REGIONE DEL VENETO

GIUNTA REGIONALE

ACCORDO REGIONALE
IN ATTUAZIONE DELL'ACN RESO ESECUTIVO IN DATA 23 MARZO 2005, MEDIANTE INTESA NELLA CONFERENZA STATO – REGIONI, PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI E ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE - PERIODO 2001/2005.

Venezia, 27 settembre 2005

Ambulatoriale Interna e le altre Professionalità Sanitarie in conformità agli indirizzi della programmazione socio-sanitaria regionale, demandando ai Patti aziendali la definizione delle azioni più appropriate sulla scorta delle realtà locali.

Atti amministrativi di riferimento

Costituiscono parte integrante ed essenziale del presente Accordo Regionale i seguenti provvedimenti regionali:

- D.G.R. n. 303 del 9/02/2001 "Attivazione del Comitato regionale per la Medicina Generale ex art. 12 dell'ACN reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270, e nomina componenti."
- D.G.R. n. 304 del 9/02/2001 "Attivazione del Comitato Regionale per la Pediatria di libera scelta ex art. 12 dell'ACN reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272, e nomina componenti."
- D.G.R. n. 398 del 01/03/2001 "AACCNN per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il SSN, resi esecutivi con DDPPRR n. 270, n. 271 e n. 272 del 28.7.2000. Primi indirizzi applicativi."
- D.G.R. n. 828 del 6/04/2001 "Applicazione degli istituti economici della quota variabile degli AACCNN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e con i pediatri di libera scelta. DDPPRR n. 270 e n. 272 del 28.07.2000."
- D.G.R. n. 829 del 6/0472001 "Attivazione Comitati Aziendali per la Medicina Generale ex art.11 dell'ACN reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270."
- D.G.R. n. 830 del 6/04/2001 "Attivazione Comitati Aziendali per la Pediatria di Libera Scelta ex art. 11 dell'ACN reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272."
- D.G.R. n. 1128 del 17/05/2001 "Attivazione dei Comitati Consultivi Zonali ex art. 11, D.P.R. 28 luglio 2000, n. 271."
- D.G.R. n. 1131 del 17/05/2001 "Rinnovo del Comitato Consultivo regionale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale Interna, ex art. 12 dell'ACN 1998/2000, reso esecutivo con D.P.R. 28 luglio 2000, n. 271."
- D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001, "Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata."
- D.G.R. n. 187 del 01/02/2002 "Linee guida regionali applicative del decreto del Ministro della Salute 10 maggio 2001 in materia di sperimentazione clinica controllata in Medicina Generale e in Pediatria di libera scelta.".
- Decreto n. 73 del 7/02/2002, "Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata. Integrazione."
- D.G.R. n. 1203 del 17/05/2002 "Istituti economici della quota variabile previsti dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale di cui al D.P.R. n. 270/2000. Artt. 40 e 45. Determinazione dei tetti di spesa per l'anno 2002 e definizione del procedimento."
- D.G.R. n. 1204 del 17/05/2002 "Istituti economici della quota variabile previsti dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta di cui al D.P.R. n. 272/2000. Art. 41. Determinazione dei tetti di spesa per l'anno 2002 e definizione del procedimento."
- D.G.R. n. 1461 del 7/06/2002 "Attività di formazione continua dei Medici di Medicina Convenzionata. Provvedimenti conseguenti all'approvazione dell'Accordo Regionale di cui alla D.G.R. n. 3889 del 31.12.2001."
- D.G.R. n. 2205 del 9/08/2002 "Accordo Integrativo Regionale per i Medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale convenzionati ai sensi del capo V del D.P.R. n. 270/2000, in attuazione dell'Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata recepito con D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001."

- D.G.R. n. 2854 del 11/10/2002 "Integrazione ed aggiornamento dell'Elenco regionale degli animatori di formazione permanente istituito con la D.G.R. n. 2511/2001."
- D.G.R. n. 2924 del 29/10/2002 "Istituzione e attivazione del Centro Regionale di Riferimento per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria. DDPPRR. nn. 270, 271 e 272 del 28 luglio 2000."
- D.G.R. n. 3921 del 30/12/2002 "Assistenza programmata degli ospiti non autosufficienti in Case di riposo, RSA ed altre strutture protette. Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. 31 dicembre 2001, n. 3889 "Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata di cui agli AACCNN resi esecutivi con DDPPRR n. 270/2000, n. 272/2000 e n. 271/2000."
- D.G.R.. n. 625 del 14/03/2003 "Schematizzazione di un modello teorico-pratico di budget per il Distretto socio-sanitario. D.G.R. n. 1045 del 2 maggio 2001."
- D.G.R. n. 1182 del 30/04/2003 "Attuazione del I modulo del Progetto Cure Primarie. Capo II, Parte Terza dell'Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata recepito con D.G.R. n. 3889 del 31.12.2001."
- D.G.R. n. 2072 del 11/07/2003 "Istituti economici della quota variabile previsti dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale di cui al D.P.R. n. 270/2000. Artt. 40 e 45. Determinazione dei tetti di spesa per l'anno 2003."
- D.G.R. n. 2073 del 11/07/2003 "Istituti economici della quota variabile previsti dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta di cui al D.P.R. n. 272/20. Art. 41. Determinazione dei tetti di spesa per l'anno 2003."
- D.G.R. n. 2662 del 12/09/2003 "Modello organizzativo regionale della Pediatria di Libera Scelta per l'erogazione, nell'ambito delle cure primarie, delle prestazioni non differibili e dell'assistenza ambulatoriale prefestiva e festiva diurna. D.G.R. 31 dicembre 2001, n. 3889."
- D.G.R. n. 3826 del 12/12/2003 "Centro Regionale di Riferimento per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria. Gestione delle attività per la formazione dei medici convenzionati. D.G.R. n. 2924 del 29.10.2002."
- D.G.R. n. 3827 del 12/12/2003 "Centro Regionale di Riferimento per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria. Proroga, per il 2004, del rapporto in corso con l'Azienda sanitaria n. 9 e rinnovo del contratto con il Direttore del Centro. D.G.R. n. 2924 del 29.10.2002."
- D.G.R. n. 477 del 05/03/2004 "Decreto legislativo 17 agosto 1999 n. 368 e successive modificazioni ed integrazioni. Riorganizzazione della formazione specifica in Medicina Generale."
- D.G.R. n. 621 del 12/03/2004 "Modalità di attuazione del I modulo del progetto Cure Primarie, Parte Terza – Capo II dell'Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata recepito con D.G.R. n. 3889 del 31.12.2001."
- D.G.R. n. 1008 del 16/04/2004 "Attività di indirizzo e coordinamento per l'Accordo Regionale della Medicina Convenzionata. D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001."
- D.G.R. n. 1360 del 07/05/2004 "D.G.R. n. 3889/2001 – Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata. Trasferimento all'Azienda ULSS n. 20 di Verona delle attività regionali relative all'accesso alle convenzioni dell'area della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta. Avvio prima fase."
- D.G.R. n. 2051 del 02/07/2004 "Istituti economici della quota variabile previsti dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale di cui al D.P.R. n. 270/2000. Artt. 40 e 45. Determinazione dei tetti di spesa per l'anno 2003. Determinazione dei tetti di spesa per l'anno 2004."
- D.G.R. n. 2053 del 02/07/2004 "Sperimentazione organizzativa ai sensi dell'articolo 25 della Legge regionale 3 febbraio, n. 5 "Progetto per l'attivazione di équipe territoriali delle Cure primarie nell'Azienda sanitaria n. 4."
- D.G.R. n. 2209 del 23/07/2004 "ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina

Generale di cui al D.P.R. n. 270/2000 e Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata di cui alla D.G.R. n. 3889/2001. Razionalizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale."

- D.G.R. n. 2483 del 06/08/2004 "D.P.R. 21 settembre 2001, n. 446. Trasferimento gestione conferimento incarichi a tempo determinato e aumenti orari relativamente a biologi, chimici e psicologi ambulatoriali, all'Azienda sanitaria n. 20."
- D.G.R. n. 2481 del 06/08/2004 "Sperimentazione organizzativa ai sensi dell'art. 25 della LR 03/02/1996, n. 5 – Progetto per l'attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di dismissione ospedaliera."
- D.G.R. n. 2993 del 01/10/2004 "Istituti economici della quota variabile previsti dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta di cui al D.P.R. n. 272/20. Art. 41. Determinazione dei tetti di spesa per l'anno 2003. Determinazione dei tetti di spesa per l'anno 2004."
- D.G.R. n. 3527 del 12/11/2004 "D.Lgs. 17 agosto 1999 e succ. mod. e integr. – D.G.R. 5 marzo 2004 n. 477. Attività triennale della Scuola di formazione specifica in Medicina Generale."
- D.G.R. n. 3639 del 19/11/2004 "D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001. Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata. Progetto di: "Trasferimento all'Azienda ULSS n. 20 di Verona delle attività regionali relative all'accesso alle convenzioni dell'area della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta." Approvazione."
- D.G.R. n. 3640 del 19/11/2004 "Formazione continua per i Medici della Medicina Convenzionata. Sviluppo dell'attività di formazione continua rivolta ai Medici della Medicina Convenzionata."
- D.G.R. n. 3731 del 26/11/2004 "Indirizzi per la definizione dei Patti aziendali per l'esercizio 2005, per la Medicina Convenzionata di assistenza primaria e disposizioni collegate. D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001."
- D.G.R. n. 3856 del 3/12/2004 "LR n. 5 del 3 febbraio 1996, art. 13. Erogazione prestazioni sanitarie: "Approvazione schema tipo convenzione tra Aziende ULSS e Centri Servizio."
- D.G.R. n. 3926 del 10/12/2004 "ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale di cui al D.P.R. n. 270/2000 e Accordo Regionale per la Medicina Convenzionata di cui alla D.G.R. n. 3889/2001. Razionalizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale. Proroga."
- D.G.R. n. 646 del 4/3/05 - D.G.R. n. 2481 del 06/08/2004 "Sperimentazione organizzativa ai sensi dell'art. 25 della LR 03/02/1996, n. 5 – Progetto per l'attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di dismissione ospedaliera. Integrazione e precisazione".
- Decreto n 37 del 6/4/2005 sul nuovo trattamento economico.
- D.G.R. n. 2424 del 9/08/2005 "Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. ...".
- D.G.R. n. 2692 del 20/09/2005 "Comitato Regionale Medicina Generale" – Costituzione.
- D.G.R. n. 2693 del 20/09/2005 "Comitato Consultivo Regionale SAI" – Costituzione.
- D.G.R. n. 2694 del 20/09/2005 "Attuazione fondo ex art. 46 dell'ACN per la Medicina Generale".

Decorrenza economica dell'Accordo

Il presente Accordo decorre dalla data di adozione del provvedimento di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti.
Il presente accordo conferma la retribuzione prevista dall'art 42 commi 7 e 10.
Agli specialisti ambulatoriali spetta il compenso previsto dal nomenclatore tariffario per le prestazioni di cui all'allegato D.
Per l'esecuzione delle prestazioni protesiche (protesi dentarie ed implantologia, cure ortodontiche)

ed attività ortesica di cui all'allegato "C" e per le ore di incarico dedicate in modo esclusivo a tali attività, agli specialisti spetta un emolumento aggiuntivo orario di € 3,14. Tale emolumento aggiuntivo orario non comprende le prestazioni aggiuntive di cui all'art. 31 comma 4 e le ulteriori attività e specifiche prestazioni di cui all'art. 42 comma 12, fatto salvo il lavoro della commissione di cui appresso.
Per l'applicazione dell'art. 31 comma 4 e dell'art. 42 comma 12 si rinvia alla sottoindicata commissione che sarà istituita, con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale, entro sei mesi dalla data di adozione del provvedimento di recepimento del presente Accordo.
Alla commissione spetta la definizione delle materie di cui agli articoli 31 comma 4 e 42 comma 12.

Per le prestazioni domiciliari degli specialisti incaricati a tempo determinato svolte in orario di servizio, qualora l'incarico non sia stato conferito specificamente ed esclusivamente per attività domiciliari, spetta oltre al compenso orario di cui all'art. 50 comma 1 dell'ACN, un compenso forfetario omnicomprensivo per ogni prestazione eseguita di € 25,82. In caso di accessi in strutture protette, sempre in orario di servizio, che prevedano prestazioni a favore di più assistiti, il compenso per le prestazioni successive alla prima, salvo diverse determinazioni definite dagli Accordi aziendali, è determinato in € 10,00 omnicomprensive.
Su tali compensi grava il contributo previdenziale a carico dell'Azienda.

La determinazione del nuovo trattamento economico degli Specialisti Ambulatoriali Interni titolari di un incarico settimanale inferiore alle 12 ore potrebbe essere minore di quello maturato ai sensi del D.P.R. n. 271/2000. A tale proposito si precisa che l'ACN, all'art. 42, lettera B, comma 4, nell'ambito della disciplina dell'utilizzo del Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie, contiene esplicitamente l'inciso "*fatti salvi i livelli retributivi al 31.12.2003 come determinati dal DPR 271/2000 (art. 30, commi 1 e 2, art. 31 e art. 32)*". Tale norma stabilisce, pertanto, che determinato il nuovo trattamento economico al 01/01/2004, qualora esso, nei casi di incarichi settimanali di cui sopra, dovesse risultare inferiore a quello del mese di dicembre 2003, la differenza dovrà essere mantenuta ad personam, attingendo dal fondo di ponderazione, riassorbibile esclusivamente in caso di variazione dell'orario di incarico.
Al trattamento economico spettante si applicano gli incrementi contrattualmente previsti per il 1° gennaio 2005 e per il 1° gennaio 2006.
Tale disposizione si applica anche ai casi analoghi relativi alle altre Professionalità Sanitarie (ex art. 43 lett. B comma 2).

Durata dell'Accordo Regionale

Il presente Accordo Regionale ha durata fino all'entrata in vigore del nuovo Accordo Regionale per l'attuazione del prossimo ACN per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni e le altre Professionalità Sanitarie.

Assegnazione turni disponibili

La determinazione del numero dei componenti della commissione aziendale paritetica per la valutazione del possesso di particolari capacità professionali e i criteri di valutazione sono definiti dai singoli Comitati Zonali.

Indennità riunioni dei Comitati e delle Commissioni

Per la partecipazione alle riunioni dei Comitati e delle Commissioni di cui agli artt. 22 comma 4,

24, 25 e 27 ai componenti di parte pubblica ed al segretario, spetta, fatto salvo l'ordinamento dell'Ente di appartenenza, se effettuato fuori dall'orario di servizio, il compenso forfetario onnicomprensivo di € 51,65 lorde, a carico dell'Azienda ULSS o Ente di appartenenza degli interessati.
Per la partecipazione alle riunioni previste dal presente accordo, non in orario di servizio, in località diversa da quella di residenza/servizio, le Aziende ULSS devono assicurare i rappresentanti dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni 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.

Ai Comitati e alle Commissioni è ammessa la presenza di componenti tecnici delle OO.SS. ivi rappresentate, tuttavia detta partecipazione non è remunerata né dà diritto di voto.

Sedi operative

In attuazione del presente Accordo, attraverso i Patti aziendali, le parti concordano una revisione organizzativa delle sedi e degli assetti dei poliambulatori e delle modalità di erogazione delle prestazioni con riferimento alla nota regionale n. 46941/50.01.22 del 7 ottobre 2002, ribadendone l'afferenza alle competenze distrettuali.

Attribuzione di compiti e/o incarichi

L'attribuzione di compiti e/o incarichi agli specialisti può avvenire ai sensi dell'art. 20 comma 1 lett. d), dell'art. 28 comma 5 lett. c), dell'art. 30 comma 2, secondo quanto disposto dalla legge nazionale per il primo caso, dall'ACN e dal presente Accordo regionale per gli altri casi.

Attribuzione di incarico aziendale di struttura semplice o complessa

Le disposizioni applicabili in materia sono analoghe a quanto previsto per il personale dipendente. Tale personale decade, dal momento dell'affidamento dell'incarico, dalle Commissioni e Comitati previsti dal presente Accordo.

Attribuzione di compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale

Nell'ambito di progettualità aziendali riguardanti i poliambulatori, il consultorio, i servizi specifici di riabilitazione, la continuità assistenziale, la riorganizzazione dell'offerta, sono possibili, ai sensi dell'art. 28 comma 5 lett. c), attribuzioni di compiti e/o incarichi relativi all'organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale da parte dell'Azienda, nell'ambito del rapporto convenzionale ai sensi dell'ACN.
L'individuazione dei professionisti potrà avvenire nel contesto del Patto o di specifici progetti aziendali.
Il correlato trattamento economico sarà definito in analogia al trattamento del responsabile di branca, salvo ulteriori Accordi aziendali.
Ai sensi del comma 2 dell'art. 28 dell'ACN, lo Specialista Ambulatoriale Interno che partecipa al Collegio di Direzione viene nominato conformemente alle linee guida regionali sugli atti aziendali

di cui alla D.G.R. n. 3415 del 29/11/2002. Le parti ritengono di favorire la presenza delle componenti della medicina convenzionata, per ciascuna area.

Responsabile di branca

1. Individuazione

1.1 L'ambito di riferimento per l'individuazione del responsabile di branca è variabile in relazione alla situazione organizzativa complessiva dell'Azienda ULSS e alla dimensione della stessa.

1.2 Per rispondere adeguatamente alle esigenze correlate all'assetto aziendale, in ciascuna Azienda ULSS viene definito, con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale, il livello di individuazione del responsabile di branca, che può essere diversamente articolato all'interno della stessa Azienda ULSS, cioè:

- il presidio sanitario (poliambulatorio), purché i requisiti sussistano a livello di presidio;
- il Distretto, purché i requisiti siano presenti a livello distrettuale;
- l'Azienda ULSS, qualora i requisiti sussistano in relazione all'ambito territoriale complessivo dell'Azienda ULSS.

1.3 Sono requisiti per l'individuazione del responsabile di branca:

- la presenza di più di un sanitario convenzionato (specialista o professionista) addetto alla stessa branca, ad esclusione delle branche indicate al punto seguente;
- la presenza di almeno tre sanitari per le branche di radiologia, analisi cliniche e fisiochinesiterapia;
- la funzione di direttore tecnico responsabile di laboratorio.

In assenza dei requisiti di cui sopra, per propri fini organizzativi l'Azienda ULSS può disporre, d'intesa con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale, l'accorpamento di più branche specialistiche, secondo criteri di affinità e di funzionalità.

1.4 Con riferimento agli ambiti su definiti, il Direttore Sanitario dell'Azienda ULSS, entro 30 giorni dalla data di cessazione dell'incarico, richiede ai sanitari convenzionati della branca l'individuazione di una rosa di candidati a ricoprire l'incarico di responsabile di branca e la disponibilità personale a ricoprire detto incarico.

1.5 Qualora l'Azienda ULSS non provveda ad attivare la procedura di individuazione dei responsabili di branca entro il termine previsto, le OO. SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale, formulano una proposta complessiva per la loro individuazione.

1.6 La scelta del responsabile di branca viene effettuata entro la rosa di sanitari convenzionati individuati e disponibili, con provvedimento del Direttore Generale, su proposta del Direttore Sanitario.

1.7 Lo specialista in patologia clinica che ai sensi della normativa vigente, svolge la funzione di direttore tecnico responsabile, assume contestualmente l'incarico di responsabile di branca (art. 30, comma 15).

1.8 L'incarico di responsabile di branca ha durata annuale ed è tacitamente rinnovabile, salvo revoca o rinuncia dello specialista.

1.9 La revoca da parte dell'Azienda ULSS, sentite le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale, è determinata da gravi inadempienze o mancata condivisione di programmi o progetti aziendali.

1.10 Il procedimento per l'individuazione e l'affidamento degli incarichi vacanti alla data di adozione del provvedimento di recepimento del presente Accordo regionale, dovrà concludersi entro 60 giorni da tale data.

2. Funzioni e compiti

2.1 Il responsabile di branca svolge le funzioni di referente tecnico per la specialità nei confronti

del Direttore del Distretto o degli altri sanitari responsabili delle attività erogate nei presidi ove operano Specialisti Convenzionati. L'attività del responsabile di branca è finalizzata all'integrazione funzionale con gli altri servizi dell'Azienda ULSS, all'integrazione interprofessionale e al conseguimento di specifici obiettivi indicati nei Patti aziendali.

2.2 Ferma restando l'autonomia professionale dei singoli Specialisti, al responsabile di branca possono essere assegnati dai competenti dirigenti sanitari dell'Azienda ULSS compiti organizzativi di indirizzo o di monitoraggio delle attività specialistiche territoriali relative alla branca stessa.

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

2.4 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.

2.5 In particolare il responsabile di branca si fa parte attiva, mediante proposte e pareri, nei confronti della dirigenza medica responsabile del servizio presso il quale opera (Distretto, poliambulatorio, altra struttura aziendale) e con lo Specialista responsabile di area specialistica (ex art 28 comma 5 lett. c) al fine di migliorare e ottimizzare il servizio e per il perseguimento degli obiettivi indicati nel Patto aziendale.

3. Compensi

3.1 Al responsabile di branca è corrisposto, per lo svolgimento dei compiti previsti dal presente Accordo Regionale, un incremento del 10% dei compensi di cui all'art. 42, A-Quota Oraria punti 1 - 2 –3 – 4, B Quota variabile 1 a - b – c – d – e – g ed all'art. 50 comma 1 e 2.

3.2 L'Azienda ULSS definisce con ciascun coordinatore di branca il numero di ore da dedicare esclusivamente al coordinamento, individuandolo all'interno dell'orario settimanale. Qualora si renda necessario anche un orario aggiuntivo per il coordinamento, gli orari di tale attività sono considerati come attività di servizio agli effetti economici di cui all'art. 42, A-Quota Oraria punti 1 - 2 – 3 - 4, B Quota variabile 1 a - b – c - d - e – g ed all'art. 50 comma 1 e 2, incrementati del 10%.

Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità. Criteri di individuazione.

Al fine di dare attuazione al disposto dell'art. 17, nel rispetto della programmazione regionale per la ridefinizione del rapporto territorio – ospedale, favorendo le attività territoriali come enunciato in premessa, si stabiliscono, fatte salve le particolari capacità professionali richieste per gli incarichi già ricoperti e l'eventuale disponibilità da parte di uno specialista, i seguenti criteri per l'individuazione dello Specialista Ambulatoriale nei cui confronti adottare il provvedimento di mobilità:

- minore anzianità complessiva di incarico di Medico Specialista Ambulatoriale Interno;
- minore anzianità di incarico di Medico Specialista Ambulatoriale Interno presso l'Azienda ULSS;
- minore numero di ore di incarico;
- situazione familiare (es. minore numero di persone a carico, presenza di familiari portatori di handicap);
- residenza anagrafica (minore distanza dalla nuova sede d'incarico).

Dal provvedimento di mobilità sono, comunque, esclusi i professionisti incaricati in zone disagiatissime di cui all'art. 42, comma 11.

Formazione

La formazione obbligatoria ha una triplice articolazione: nazionale, regionale e aziendale.

La formazione regionale è gestita conformemente al Sistema Organizzato di Formazione di cui alla DGR n. 1461 del 07/06/2002.

La formazione aziendale (e/o interaziendale) viene gestita dai competenti Uffici di Formazione Aziendali su percorsi formativi concordati con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale dei medici Specialisti Ambulatoriali Interni e delle altre Professionalità Sanitarie.

Lo Specialista Ambulatoriale Interno può conseguire, in mancanza di corsi regionali e/o aziendali, e previa autorizzazione aziendale su parere del Comitato Zonale competente, fino al massimo del credito obbligatorio attraverso percorsi autogestiti.
Si richiamano per quanto compatibili le note interpretative e pareri del Comitato Consultivo Regionale, del 19 aprile 2004, n. 268672/50.07.03.01.

La partecipazione ad iniziative formative oltre il limite di cui al comma 8 dell'art. 33 dell'ACN è a carico dello Specialista Ambulatoriale (o del Professionista).
Lo Specialista Ambulatoriale Interno è comunque tenuto alla partecipazione dei corsi obbligatori previsti a livello regionale o aziendale, anche oltre il credito massimo eventualmente conseguito con percorsi autogestiti.

L'ammontare dello specifico finanziamento destinato alla formazione continua obbligatoria regionale è fissato annualmente con provvedimento della Giunta regionale, secondo il programma degli eventi formativi indicato dalla Commissione regionale per la formazione continua dei Medici convenzionati.

Dovranno essere considerati elementi peculiari nell'organizzazione della formazione i seguenti criteri:

- prevedere eventi formativi, quando possibile, tra Specialisti Convenzionati e Dipendenti afferenti alla stessa branca, al fine di migliorare l'uniformità di approccio a livello aziendale;
- prevedere eventi formativi curati dagli stessi Specialisti e rivolti ai Medici convenzionati e dipendenti, e al personale tecnico e sanitario su tematiche definite a livello aziendale;
- prevedere una formazione con caratteristiche di multidisciplinarietà e multiprofessionalità, finalizzata all'avvio di attività integrata nell'ambito della struttura di afferenza;
- prevedere la formazione continua dello Specialista Ambulatoriale Interno anche attraverso la frequenza di centri Specializzati Universitari ed Ospedalieri, volontaria e previa autorizzazione dei Comitati Zonali, o per determinati fini istituzionali aziendali previo consenso dell'interessato;
- riconoscere attività formative nell'area dell'insegnamento universitario post laurea, insegnamento di base pre laurea, aggiornamento e audit, ricerca clinico epidemiologica e sperimentazione. (art. 33 comma 3);
- attivare la F.A.D. con permesso retribuito (art. 33 comma 8).

Qualora lo Specialista, o il professionista, svolgano incarichi presso più Aziende, l'onere per l'attività formativa dovrà essere ripartito fra le Aziende Ulss in proporzione alle ore di incarico svolte in ciascuna di esse, indipendentemente dal fatto che le ore di formazione coincidano con le ore di servizio di una o più Aziende, o non coincidano affatto.

Al fine di razionalizzare la materia sulla formazione, si prevede la costituzione di una apposita Commissione regionale, con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale, entro sei mesi dalla data di adozione del provvedimento di recepimento del presente Accordo.

LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA

ASPETTI NORMATIVI-FORMALI

Indennità per orari notturni, festivi o notturni festivi

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.

Indennità di disagiatissima sede

Le zone disagiatissime, comprese le piccole isole, vengono individuate dalle Aziende ULSS previo parere del Comitato consultivo zonale ex art. 24 dell'ACN.

Le zone così individuate dalle Aziende ULSS sono dichiarate disagiatissime dalla Regione.
Le zone disagiatissime vengono individuate sulla base di una valutazione complessiva fondata sui seguenti criteri:

- elevato rapporto superficie del territorio/popolazione (popolazione sparsa, spopolamento);
- condizioni di viabilità e percorribilità delle strade o delle comunicazioni lagunari e assenza di strutture ospedaliere;
- condizioni oro-geografiche e ambientali.

Per lo svolgimento di attività nelle zone individuate come disagiatissime, comprese le piccole isole, spetta, ai sensi del comma 11 dell'art. 42 dell'ACN, ai Medici Specialisti Ambulatoriali Interni un emolumento forfetario aggiuntivo orario pari al 50% di quanto stabilito dall'art. 42, A-Quota Oraria punti 1 - 2 - 3 - 4, B-Quota variabile 1 a - b – c – d – e – g e dall'art. 50 comma 1 e 2.

Trasformazione degli incarichi, già assegnati a tempo determinato, in incarichi a tempo indeterminato

L'art. 1, comma 177, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2005, prevede che: "*Le regioni, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni, definiscono le fattispecie per l'eventuale trasformazione da tempo determinato a tempo indeterminato del rapporto di lavoro dei professionisti convenzionati a carico del protocollo aggiuntivo ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000 n. 271 e 21 settembre 2001 n. 446, in modo da assicurare una riduzione della relativa spesa pari ad almeno il 20 per cento. La predetta trasformazione è possibile entro il limite del numero di ore di incarico attivate a titolo convenzionale presso ciascuna azienda sanitaria locale alla data del 31 ottobre 2004.*"

L'art. 23, commi 13 e 14 dell'ACN, prevede che: comma 13 "*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, con applicazione del relativo trattamento economico e normativo. La trasformazione di un incarico da tempo determinato a tempo indeterminato avviene con provvedimento del Direttore Generale, sulla base delle intese definite con accordo regionale. Il*

INDICE

PREMESSE 4

ALCUNI ELEMENTI DI CONTESTO 5
OBIETTIVI STRATEGICI 6
ELEMENTI CONTENUTISTICI DI RILEVANZA STRATEGICA O INNOVATIVI 7
DISPOSIZIONI GENERALI 9
LIVELLI DI CONTRATTAZIONE 9
ATTI AMMINISTRATIVI DI RIFERIMENTO 10
DECORRENZA ECONOMICA DELL'ACCORDO 12
DURATA DELL'ACCORDO REGIONALE 13
ASSEGNAZIONE TURNI DISPONIBILI 13
INDENNITÀ RIUNIONI DEI COMITATI E DELLE COMMISSIONI 13
SEDI OPERATIVE 14
ATTRIBUZIONE DI COMPITI E/O INCARICHI 14
ATTRIBUZIONE DI INCARICO AZIENDALE DI STRUTTURA SEMPLICE O COMPLESSA 14
ATTRIBUZIONE DI COMPITI DI ORGANIZZAZIONE E COORDINAMENTO FUNZIONALE E GESTIONALE 14
RESPONSABILE DI BRANCA 15
FLESSIBILITÀ OPERATIVA, RIORGANIZZAZIONE DEGLI ORARI E MOBILITÀ. CRITERI DI INDIVIDUAZIONE. 16
FORMAZIONE 17

LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA 19

ASPETTI NORMATIVI-FORMALI 19
INDENNITÀ PER ORARI NOTTURNI, FESTIVI O NOTTURNI FESTIVI 19
INDENNITÀ DI DISAGIATISSIMA SEDE 19
TRASFORMAZIONE DEGLI INCARICHI, GIÀ ASSEGNATI A TEMPO DETERMINATO, IN INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO 19
ASPETTI STRATEGICI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI 20
PROGETTI FINALIZZATI E PATTI AZIENDALI 20
TRATTAMENTO DEI DATI – CODICE PRIVACY 22
DIRITTO ALL'INFORMAZIONE E CONSULTAZIONE TRA LE PARTI 22
NORMA FINALE N. 1 23
NORMA FINALE N. 2 23
NORMA TRANSITORIA N. 1 23
NORMA TRANSITORIA N. 2 23

provvedimento di trasformazione viene comunicato al Comitato Zonale". Comma 14 "*La non accettazione, da parte dello specialista ambulatoriale e del professionista, dell'incarico a tempo indeterminato, comporta la revoca del rapporto convenzionale.*"

A fronte del permanere delle esigenze organizzative e di servizio e dal combinato disposto delle sopra richiamate disposizioni, la trasformazione degli incarichi, già assegnati a tempo determinato, in incarichi a tempo indeterminato è soggetta ai seguenti criteri:

- deve assicurare una riduzione della relativa spesa pari ad almeno il 20%;
- è possibile entro il limite del numero di ore di incarico attivate a titolo convenzionale presso ciascuna Azienda ULSS alla data del 31 ottobre 2004;
- è possibile per incarichi già assegnati a tempo determinato, ovvero ex Protocollo Aggiuntivo D.P.R. n. 271/2000 art. 2 - comma 1 e art. 23 - comma 10 dell'ACN, con anzianità di servizio in tali incarichi non inferiore a due anni continuativi ed in essere al momento del provvedimento di trasformazione;
- può comportare la modifica di alcuni elementi del rapporto di lavoro, quali la flessibilità operativa, la riorganizzazione degli orari e la mobilità;
- non è possibile per gli incaricati ex Protocollo Aggiuntivo D.P.R. n. 271/2000 art. 2 - comma 2 o art. 23 - comma 11 dell'ACN.

Le modalità di individuazione e conferimento dell'incarico sono le seguenti:

- l'individuazione del personale interessato compete al Direttore Generale;
- avviene con provvedimento dello stesso Direttore Generale;
- tale provvedimento viene contestualmente comunicato al competente Comitato Consultivo Zonale e alla Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari;
- 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;
- la non accettazione dell'incarico a tempo indeterminato, da parte dello Specialista Ambulatoriale, o del Professionista, comporta la revoca del rapporto convenzionale.

Qualora lo Specialista ricopra incarichi presso più Aziende la trasformazione di un incarico in una Azienda deve, poiché il rapporto di lavoro con il SSN è unico, comportare, previo accordo fra le Aziende interessate, la trasformazione contestuale degli incarichi.
In ogni caso la riduzione della relativa spesa, pari ad almeno il 20%, deve essere calcolata sulle singole ore trasformate.

ASPETTI STRATEGICI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI

Progetti finalizzati e Patti aziendali

Per lo svolgimento di programmi e progetti finalizzati aziendali concernenti l'attività specialistica distrettuale, le disposizioni dell'art. 31 sono integrate con quanto stabilito dal presente Accordo Regionale.

La definizione e la redazione del Patto con gli Specialisti Ambulatoriali Interni rientra fra i compiti dell'Azienda ULSS; ciò comporta che, entro 60 gg. dalla data di adozione del provvedimento di recepimento del presente Accordo, le Aziende debbano avviare le procedure per la definizione dei Patti. In merito si richiama la D.G.R. n. 2424 del 9/08/2005, con la quale l'attuazione dei Patti aziendali è stata individuata come uno degli obiettivi di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie.

Si indicano, qui di seguito, alcune aree di intervento da attuare in collaborazione con i Medici di Assistenza Primaria e/o Pediatri di Libera Scelta, secondo modalità da definire in sede aziendale:

- individuazione di percorsi preferenziali clinico-assistenziali per pazienti multiproblematici, assicurando nello stesso accesso al poliambulatorio la consulenza plurispecialistica. Tale modalità è finalizzata a ridurre le liste di attesa e a diminuire il disagio del paziente derivante da più accessi;
- individuazione di modalità organizzative finalizzate alla consulenza telefonica da parte dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni ai Medici di Assistenza Primaria e ai Pediatri di Libera Scelta ed altre Professionalità, con il coinvolgimento del personale tecnico e/o sanitario;
- partecipazione dello Specialista Ambulatoriale Interno sia alla Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) sia all'Assistenza Domiciliare Integrata;
- consulenza specialistica presso le RSA, Country hospital, Ospedali territoriali ed altre strutture qualora richiesta dal Medico di Assistenza Primaria;
- consulenza specialistica presso gli Ospedali di rete e le strutture sanitarie pre-accreditate previa autorizzazione dell'Azienda di appartenenza;
- coinvolgimento obbligatorio dello Specialista Ambulatoriale Interno negli screening individuati dai programmi nazionali, regionali e aziendali ai fini del miglioramento della qualità della vita e dello stato generale di salute della popolazione;
- partecipazione alla definizione e realizzazione di progetti finalizzati ad evadere le richieste di prestazioni a carattere di urgenza differibile con modalità da concordare a livello di Distretto nell'ambito dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali;
- partecipazione alla sperimentazione, definita in sede regionale d'intesa con le OO.SS. maggiormente rappresentantive, di strutture operative complesse organizzate dagli stessi professionisti e fondate sul lavoro di gruppo con sede unica, composte da Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni ed altre Professionalità Sanitarie, in un quadro di unità programmatica e gestionale del territorio di ogni Azienda, in coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 29/07/04, anche al fine di ridurre le liste d'attesa e perseguire l'appropriatezza diagnostica e terapeutica.

Oltre a quanto sopra precisato, le Aziende ULSS coinvolgono, secondo quanto previsto dal presente Accordo regionale, gli Specialisti Ambulatoriali Interni nei progetti-obiettivo aziendali che prevedono la partecipazione del personale medico convenzionato e dipendente ai sensi del comma 5 dell'art. 31 dell'ACN.

Gli incentivi economici corrisposti allo Specialista Ambulatoriale Interno per la partecipazione alle attività di cui sopra, sono individuati dai programmi e progetti finalizzati e derivano dal "Fondo aziendale per l'assistenza specialistica ambulatoriale interna", costituito con risorse certe e definite pari a: € 3,10 per la Quota a) e € 1,35 per la Quota b), per il numero annuale di ore di incarico, ed eventuale Quota c). Nel rispetto dei principi contabili vigenti, ciascuna Azienda provvederà alla costituzione di un apposito fondo rischi ed oneri, inserendone l'importo previsto nel Bilancio Economico Preventivo.
In merito si applica la D.G.R. n. 3731 del 26/11/2004 "Indirizzi per la definizione dei Patti aziendali per l'esercizio 2005, per la Medicina Convenzionata di assistenza primaria e disposizioni collegate. D.G.R. n. 3889 del 31/12/2001."
Al fine di mantenere nel tempo il valore economico del sistema incentivante introdotto con la D.G.R. n. 3731/2004, si prevede l'adeguamento annuale, a partire dal 1° gennaio 2006, del valore economico delle quote a) e b) dei patti aziendali, conformemente agli obiettivi da perseguire nell'anno di riferimento.

Orientativamente le sezioni tematiche dei Patti aziendali dovranno essere finalizzate al

miglioramento, in senso lato, dell'appropriatezza delle prestazioni e dovranno nel dettaglio riguardare:

- l'uso degli strumenti informatici laddove disponibili presso le Aziende ULSS ed eventualmente con l'ausilio dell'assistenza infermieristica (previo opportuno training), implementando anche, in via sperimentale, attività di teleconsulto volte alla riduzione delle liste d'attesa;
- l'elaborazione, in caso di diagnosi più complesse, di percorsi diagnostici integrati a livello poliambulatoriale ed in concorso con altri Specialisti intra-ospedalieri. In quest'ottica il Medico Specialista Ambulatoriale Interno dovrà essere disponibile all'aggiornamento professionale (cfr. sezione Formazione) finalizzato a migliorare la qualità delle prestazioni e dei servizi in ambito distrettuale, nonché alla applicazione dei percorsi e delle linee guida concordate tra i Responsabili di Branca Specialistica ed i Responsabili delle U.O. ospedaliere;
- la definizione di una efficiente riorganizzazione delle attività, ad esempio attraverso:
  - l'adesione volontaria a meccanismi di "sostituzione" e/o "recupero" delle visite prenotate in caso di improvvisa assenza del Medico Specialista Ambulatoriale Interno;
  - l'adozione di modalità organizzative efficienti di lavoro (in team), laddove vi sia la presenza di un numero sufficiente di Medici Specialisti Ambulatoriali Interni afferenti alla medesima branca;
- La partecipazione ai progetti e percorsi di Sistema di Gestione Qualità (SGQ).

Inoltre, qualora l'Azienda ULSS promuova forme più avanzate di associazionismo tra la Medicina Convenzionata, quali le UTAP, potrà essere previsto il coinvolgimento diretto dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, al fine di implementare un modello più evoluto di strutturazione dell'attività delle cure primarie.

Per l'attuazione della D.G.R. n. 3535 del 12/11/2004, in tale contesto la possibilità concreta di contatto diretto tra i Medici di Assistenza Primaria e Medici Specialisti Ambulatoriali Interni favorisce:

- la riduzione complessiva dei tempi di attesa nei poliambulatori ospedalieri e distrettuali;
- la riduzione dei tempi di diagnosi e di attivazione dei percorsi di cura.

Le Aziende ULSS devono comunicare preventivamente alle OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale i progetti ed i programmi finalizzati previsti dal presente Accordo Regionale e dall'art. 31 dell'ACN.

Trattamento dei dati – codice privacy

I Medici Specialisti Ambulatoriali Interni e le altre Professionalità Sanitarie dovranno applicare le regole in tema di rispetto della normativa sulla privacy, concordate con l'Azienda ULSS di appartenenza e dalla stessa adottate.

Diritto all'informazione e consultazione tra le parti

Nelle materie indicate nell'art. 35, vengono garantite, da parte dell'Azienda e nei confronti delle OO.SS. dell'Area, adeguate forme di informazione e di accesso ai dati, nel rispetto della legislazione sulla riservatezza delle informazioni di cui al D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003.

Norma finale n. 1

In tutti i casi in cui l'ACN rinvia all'Accordo regionale, per quanto non viene modificato dall'Accordo regionale stesso, la materia rimane regolata dall'ACN.

Norma finale n. 2

Eventuali miglioramenti che fossero introdotti nell'ACR della Medicina Generale e compatibili con l'area di riferimento, saranno automaticamente recepiti nel presente Accordo regionale.

Norma transitoria n. 1

Gli incarichi libero professionali conferiti per l'effettuazione di attività di cui all'ACN in oggetto devono essere, di norma, ricondotti nell'ambito della disciplina del medesimo ACN e del presente Accordo regionale.

Norma transitoria n. 2

Dalla data di adozione del provvedimento di recepimento del presente Accordo cessano gli incarichi affidati agli Specialisti Ambulatoriali Interni presso tutte le Commissioni regionali.

Entro 15 gg. da tale data le OO.SS maggiormente rappresentative a livello regionale di cui all'art. 34 comma 12 dovranno individuare i nuovi componenti.

ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE

Ogni disposizione del presente Accordo regionale si applica, indipendentemente dal richiamo formale ed in quanto compatibile, alle altre Professionalità Sanitarie di cui all'ACN in oggetto.

Dichiarazione a verbale n. 1

Le OO.SS. hanno condiviso la strategia regionale di considerare i Medici e gli altri Professionisti in convenzione di ambito specialistico parte integrante del Sistema e quindi chiedono venga valorizzato e privilegiato l'utilizzo dei Professionisti di ambito specialistico in convenzione nel riequilibrio delle risorse tra Territorio ed Ospedale.

Venezia, …

LE PARTI FIRMATARIE:

ASSESSORE alle Politiche Sanitarie della Regione Veneto

SUMAI

CGIL F.P. Medici

CISL Medici

Federazione Medici- UIL FPL

AUPI

SNUBCI

SICUS

SNALBIP

ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE 23

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 1 23

LE PARTI FIRMATARIE: 24

PREMESSE

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

- un ampio potere delle Regioni di modificare ed integrare la disciplina nazionale,
- la responsabilizzazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni e delle altre professionalità sanitarie sugli obiettivi aziendali,
- un nuovo trattamento economico,
- una funzionale organizzazione del lavoro,
- il ruolo della formazione continua,
- l'introduzione, in via sperimentale, delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP).

Sostanzialmente l'attuazione della nuova disciplina, appena citata, è demandata alla capacità delle Regioni di trasformare gli indirizzi in essa richiamati in azioni per il governo della Medicina Convenzionata. Si tratta di un documento che definisce principi non immediatamente operativi, frutto di un confronto complessivo fra la Parte Pubblica e le OO.SS., da rendere operativi in un contesto dalle risorse economiche predefinite.

Il risultato negoziale è anche il prodotto di un intenso sviluppo normativo:

- legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 52, comma 27, di istituzione della struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il SSN (SISAC),
- legge 26 maggio 2004, n. 138. art. 2 - nonies, che attribuisce efficacia erga omnes al nuovo ACN,
- legge 30 dicembre 2004, n. 311, comma 177, per la trasformazione del rapporto di lavoro degli Specialisti Ambulatoriali Interni da tempo determinato a tempo indeterminato,
- legge 30 dicembre 2004, n. 311, comma 178, sulla durata degli accordi: quadriennale per la parte normativa e biennale per la parte economica.

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

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

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

I punti di riferimento del nuovo Accordo sono il Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005, approvato con D.P.R. 23 maggio 2003, e l'Accordo del 29 luglio 2004, tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

ALCUNI ELEMENTI DI CONTESTO

Il Sistema delle cure primarie richiede in particolare una parziale rimodulazione organizzativa che scaturisce, da una parte, dall'accentuarsi delle problematiche inerenti la sostenibilità economica del SSN e, dall'altra, dalla nuova ed accresciuta domanda di salute, a cui bisogna fornire una risposta sanitaria e sociale efficace ed appropriata per un pieno utilizzo delle risorse a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del Sistema. Si rende pertanto necessaria una integrazione tra i professionisti impegnati nella *primary care*, che concorra soprattutto a garantire servizi più efficienti ai cittadini, che sia in grado di risolvere il problema della frammentarietà delle cure e dell'assistenza, che realizzi l'unitarietà di approccio ai loro bisogni e che produca in definitiva una maggiore qualità del SSN e SSR.
Questo comporta una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale, una riorganizzazione e nuova strutturazione degli ambulatori e/o poliambulatori distrettuali specialistici, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni sul territorio, riservando l'assistenza ospedaliera sempre più alle patologie acute, modificando il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale, a favore del territorio: quest'ultimo deve caratterizzarsi come "*soggetto attivo*" che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario e continuativo delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini. L'assistenza territoriale deve dunque prevedere un maggiore coinvolgimento della Medicina Convenzionata (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni) nel governo dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorenti l'integrazione con le altre figure sanitarie territoriali. In particolare il processo di integrazione dei diversi attori può avvenire con gradualità, dai modelli caratterizzati dall'integrazione professionale dei Medici di Assistenza Primaria, dei Pediatri di Libera Scelta, dei Medici di Continuità Assistenziale (es. équipe territoriali), a modelli con partecipazione aggiuntiva rispetto a quella di base, ovvero dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni e del personale infermieristico, fino a modelli che contemplino anche la presenza di operatori sociali e che prefigurino un intervento complessivo tra Aziende ULSS e Comuni (es. le cosiddette UTAP).

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

- l'integrazione funzionale tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni;
- lo sviluppo delle politiche già avviate di budget di Distretto;
- l'adeguamento strutturale, strumentale e tecnologico dei poliambulatori ed ambulatori distrettuali specialistici, con la presenza di personale sanitario e tecnico;
- l'implementazione di percorsi clinico assistenziali condivisi dai diversi operatori;
- lo svolgimento di percorsi formativi multidisciplinari.

L'integrazione di cui sopra è finalizzata a conseguire:

- un incremento dell'appropriatezza dell'accesso alle prestazioni specialistiche;
- la garanzia di una risposta ai bisogni sanitari afferenti alle cure primarie 24 ore su 24 per 7 giorni su 7, definendo con le OO.SS. maggiormente rappresentative i compiti, le funzioni e le relazioni fra le figure convenzionate impegnate;
- la promozione della salute e la prevenzione;
- la promozione della salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione ed informazione sanitaria;
- l'ottimizzazione della diagnostica, della terapia e riabilitazione nelle sedi poliambulatoriali

specialistiche;
- il contenimento delle richieste improprie di ricoveri e di accessi al Pronto Soccorso;
- lo sviluppo dell'integrazione informativa (rete comunicativa).

OBIETTIVI STRATEGICI

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

- l'integrazione nel "Sistema" intesa come accettazione del raccordo organizzativo, tramite il responsabile di area specialistica (ex art. 28 comma 5 lett. c e norma finale n. 5 comma 2 dell'ACN) e/o il responsabile di branca (art. 30 comma 2 dell'ACN), con la Struttura della Azienda ULSS di afferenza (una delle tre Strutture previste dal D.Lgs. n. 229/99). Detta attività deve essere definita con i responsabili organizzativi della specifica Struttura per consentire l'integrazione del lavoro dei Medici Specialisti con l'attività svolta dai dipendenti e/o convenzionati, nello stesso ambito, al fine di perseguire gli obiettivi aziendali;
- la flessibilità per la sede di lavoro e per l'orario e la modalità di effettuazione della attività, nel rispetto dell'autonomia professionale e delle norme contrattuali;
- la disponibilità alla consulenza per i colleghi delle U.O. ospedaliere delle sedi in cui la specifica specialità non sia presente;
- la disponibilità alla consulenza (preferibilmente sotto forma di consulto) presso le strutture residenziali, il domicilio dei pazienti o lo studio del medico, su richiesta dei Medici di Assistenza Primaria;
- la disponibilità al consulto interdisciplinare su pazienti multiproblematici al fine di abbreviare l'iter diagnostico per una risposta sanitaria e sociale appropriata;
- la disponibilità per la consulenza specialistica al Medico di Assistenza Primaria e/o al Pediatra di Libera Scelta su casi presentati dagli stessi anche telefonicamente e/o con sperimentazioni di telemedicina;
- la riorganizzazione strutturale e funzionale dei poliambulatori e ambulatori Distrettuali al fine di un miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta di prestazioni specialistiche in ambito distrettuale;
- la disponibilità ad operare nelle UTAP, con modalità da concordare con il responsabile di branca e/o con il responsabile di area specialistica (ex art. 28 comma 5 lett.c), qualora l'Azienda ULSS intenda avviare tale sperimentazione.

Il presente Accordo Regionale, anche attraverso la flessibilità operativa della categoria, individua i seguenti obiettivi strategici:

- conseguire un'effettiva integrazione della Specialistica Ambulatoriale Interna con i servizi e gli operatori del territorio,
- attivare percorsi clinico assistenziali concordati fra la Specialistica Ambulatoriale Interna e la componente ospedaliera e condivisi con la Medicina di Assistenza Primaria e la Pediatria di Libera Scelta,
- sperimentare forme complesse di assistenza primaria,
- concorrere all'abbattimento delle liste di attesa attraverso modalità previste dalla D.G.R. n. 3535/2004 da concordare a livello regionale ed aziendale.

ELEMENTI CONTENUTISTICI DI RILEVANZA STRATEGICA O INNOVATIVI

Vengono richiamati di seguito i contenuti di *rilevanza strategica* o *innovativi* previsti nell'ACN e articolati nelle cinque aree-tematiche considerate cardine dal presente Accordo Regionale e che saranno successivamente oggetto di ulteriori specificazioni. La citazione testuale è riportata in corsivo.

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, con applicazione del relativo trattamento economico e normativo. La trasformazione di un incarico da tempo determinato a tempo indeterminato avviene con provvedimento del Direttore Generale, sulla base delle intese definite con accordo regionale. Il provvedimento di trasformazione viene comunicato al Comitato Zonale (art. 23 – comma 13)
I rapporti convenzionali a tempo determinato instaurati per lo svolgimento di attività specialistica ambulatoriale o delle altre aree professionali, in corso alla data di pubblicazione del presente Accordo, devono essere conformi a quanto disposto dall'art. 2-nonies della legge 26.5.2004 n. 138. *I rapporti convenzionali non conformi adottano, dalla data di pubblicazione del presente Accordo e fino alla loro scadenza, le clausole normative ed economiche del presente Accordo.* *Qualora continuino a sussistere le relative necessità assistenziali, le ore di incarico sono assegnate ai sensi dell'art 23 del presente Accordo* (norma transitoria n. 4)
Per lo svolgimento di attività esterna al professionista è attribuito un emolumento forfetario aggiuntivo calcolato sul compenso orario dovuto ai sensi dell'art. 43, lettera A, commi 1 e 2 maggiorato del 35% in caso di attività esterna svolta al di fuori dell'orario di servizio o maggiorato del 25% in caso di svolgimento di tale attività durante l'orario di servizio (art. 32 – comma 6).
...Lo specialista partecipa di diritto, insieme al rappresentante dei Medici di Medicina Generale e al rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta, all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali. Lo specialista è individuato con modalità definite a livello regionale. *Con le stesse modalità è individuato lo specialista partecipante all'ufficio di direzione aziendale, qualora previsto dalle norme e dagli indirizzi regionali* (art. 28 – comma 2)
...La partecipazione degli specialisti nelle articolazioni organizzative del distretto che attuano l'assistenza primaria, al fine di favorire la realizzazione di percorsi integrati sia con l'attività di assistenza primaria che con quella ambulatoriale ospedaliera, nonché la gestione clinica complessiva del paziente fino alla definizione del problema e al rinvio al medico di famiglia o pediatra di libera scelta, è definita con accordi di livello regionale con le organizzazioni sindacali di cui all'art. 34, comma 12 (art. 28 – comma 6). *Le articolazioni organizzative del distretto finalizzate all'integrazione professionale sono anche le équipes territoriali e le unità di assistenza primaria (UTAP)* (art. 28 – comma 7).
L'équipe territoriali e l'UTAP sono strumenti attuativi della programmazione sanitaria, per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale (art. 28 – comma 8)
La costituzione delle UTAP, quali strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, è prevista dalla Regione, in coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004, e in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari (art. 28 – comma 9)

Miglioramento qualitativo dei servizi e delle prestazioni

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

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

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

Informatizzazione e flussi comunicativi

E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo (art. 35 – comma 1).
L'azienda deve garantire, a richiesta dei Sindacati di cui all'art. 34 comma 13, una costante informazione e consultazione sugli atti ed i provvedimenti che riguardano:
a) la programmazione dell'area specialistica extra-degenza specie per quanto riguarda la funzionalità dei servizi specialistici funzionanti presso le strutture pubbliche specialistiche extra-degenza e delle altre aree professionali;
b) gli atti pubblici riguardanti il personale dipendente e quello convenzionato ai sensi del presente Accordo, attinenti all'attività specialistica e delle altre aree professionali, l'organizzazione del lavoro compresa l'attività libero-professionale intramuraria, il funzionamento dei servizi nonché i programmi, i bilanci, gli investimenti e lo stanziamento relativo agli oneri per l'effettuazione del numero complessivo di ore di attività (art. 35 – comma 2).
Su richiesta di una delle parti sono effettuati incontri a livello di azienda, con la eventuale partecipazione anche di altre categorie dei medici impegnati nell'area delle attività ambulatoriali

extra-degenza, per lo scambio di informazioni sul funzionamento dell'attività ambulatoriale e per la formulazione di proposte idonee a rimuovere eventuali disfunzioni concordemente rilevate (art. 35 – comma 3)

(segue)

Le Regioni possono riconoscere, anche in accordo con l'Università e per le parti di rispettiva competenza, attività formative dello specialista ambulatoriale e del professionista nelle seguenti aree: *a) insegnamento universitario di base pre laurea* *b) aggiornamento e audit* *c) ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione.* (art. 33 – comma 3)
Gli eventi (residenziali, formazione a distanza, ecc.) accreditati sulla base degli indirizzi e priorità individuate dalle regioni e dalle aziende danno titolo ad un credito didattico. Danno altresì luogo a crediti formativi, le attività di formazione sul campo incluse le attività di ricerca e sperimentazione, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza Stato-Regioni (art. 33 – comma 6)
Fino ad un massimo del 30% del credito obbligatorio, lo specialista ambulatoriale e il professionista, ha facoltà di partecipare, con le modalità previste all'art. 38 commi 2 e 3, a corsi non compresi nella programmazione regionale, purché accreditati e inerenti l'attività svolta in azienda. Tale partecipazione determina il riconoscimento di un permesso retribuito, per ognuna delle giornate di assenza e per le corrispondenti ore di incarico non svolte, nel limite massimo di 32 ore annue. Sono fatti salvi gli Accordi regionali ai quali si rimanda, anche per la disciplina dei permessi retribuiti in caso di formazione a distanza (F.A.D.) (art. 33 – comma 8). *Le Regioni e le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale concordano annualmente l'ammontare dello specifico finanziamento destinato alla formazione continua* (art. 33 – comma 10). *Ai sensi del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, la formazione continua è sviluppata anche secondo percorsi formativi autogestiti* (art. 33 – comma 11). *La partecipazione ad iniziative formative, oltre il limite di cui al comma 8, previa comunque autorizzazione aziendale, è a carico dello specialistica ambulatoriale e del professionista* (art. 33 – comma 12).
I corsi regionali ed aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale. *Le aziende garantiscono le attività formative, nei limiti delle risorse disponibili e ad esse assegnate, sulla base degli accordi regionali e nel rispetto della programmazione regionale, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli Ordini e/o Collegi professionali e sentite le Organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative, a livello aziendale, assicurando la partecipazione delle categorie professionali ai corsi direttamente organizzati (art. 33 – comma 7)*

DISPOSIZIONI GENERALI

Livelli di contrattazione

Il quadro normativo di riferimento definisce due livelli di contrattazione:

- Nazionale (art. 3);
- Regionale (art. 4).

Con il presente Accordo si individuano gli obiettivi e gli strumenti per la Specialistica