

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 marzo 2007, n. 417.

Presa d'atto ed approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie, ai sensi degli artt. 4 e 14 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) del 23/3/2005.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA la L.R. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernente la "Riforma dell'organizzazione Regionale";

VISTA la DGR 11/98 con cui sono stati individuati gli atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale;

VISTE la DGR 1148/05 e la DGR 1380/05 relative alla denominazione e configurazione dei Dipartimenti Regionali;

VISTA la DGR 2017/05 con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnati;

VISTO l'A.C.N. del 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi), ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

RILEVATO che le norme di cui agli artt. 4 e 14 del predetto A.C.N. demandano alla negoziazione regionale la possibilità di definire i compiti e le attività dei medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi), in relazione agli obiettivi regionali e aziendali, attraverso la stipula di appositi accordi integrativi;

DATO ATTO che è preposto alla definizione degli accordi regionali il Comitato previsto dall'art. 25 dell'A.C.N. del 23.03.2005, di cui alla D.G.R. n. 135 del 06.02.2006;

VISTO l'art. 34 del citato A.C.N. che individua i soggetti legittimati alla stipula degli accordi regionali;

CONSIDERATO che, conclusasi da parte del Comitato Regionale la definizione degli istituti oggetto di contrattazione regionale nella riunione del 27.02.2007, in data 5.03.2007 si è proceduto alla definitiva stipula dell'accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici Specialisti Ambulatoriali Interni ed altre Professionalità nel testo allegato alla presente deliberazione, firmato dai rappresentanti regionali e dai sindacati maggiormente rappresentativi - ex art. 34, comma 12, A.C.N. del 23.03.2005;

RILEVATO che i costi derivanti dall'esecuzione del presente accordo sono posti a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. regionali;

RITENUTO di dover procedere alla approvazione del predetto accordo integrativo di cui al testo allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

AD unanimità di voti;

DELIBERA

- di prendere atto e di approvare l'accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici Specialisti Ambulatoriali Interni ed altre Professionalità, sottoscritto in data 05.03.2007 tra i rappresentanti della Regione Basilicata - Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità - e le rappresentanze delle OO.SS. firmatarie dell'A.C.N. del 23.03.2005, nel testo allegato alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
- di dare atto che i costi derivanti dall'esecuzione del presente accordo sono a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. regionali;
- di incaricare il Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità dei conseguenti adempimenti.

Il presente provvedimento, con l'allegato accordo, verrà pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata.

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

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

PREMESSA

“La medicina specialistica ambulatoriale è parte attiva e qualificante del Servizio Sanitario Regionale. Essa opera a livello dell'assistenza distrettuale (DL n.229/99; LR 39/2001) - in coordinamento ed integrazione con le altre aree distrettuali ed Aziendali - e, nell'ambito di percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, garantisce:

- 1. una offerta omogenea di prestazioni specialistiche ambulatoriali su tutto il territorio regionale (creazione di una rete integrata di strutture sanitarie – garanzia di livelli uniformi ed essenziali di assistenza);*
 - 2. la razionalizzazione del ricorso al ricovero ospedaliero ed alla migrazione sanitaria extra regionale (abbattimento liste di attesa e verifica e controllo della qualità della spesa sanitaria);*
 - 3. la partecipazione a programmi di home care e di deospedalizzazione protetta;*
 - 4. il supporto specialistico a progetti obiettivi, ad iniziative di educazione e promozione alla salute e ad attività di rilevazione statistico - epidemiologiche;*
 - 5. la realizzazione di progetti di prevenzione di tutte quelle patologie individuate a livello regionale, unitamente alle altre componenti della sanità pubblica regionale.” (A.I.R. approvato con DGR n.1370 del 29-07-2002)*
1. Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti la sostenibilità economica del S.S.N. a fronte di crescenti esigenze di qualificazione dei servizi sanitari offerti, richiede una riprogettazione, seppur parziale, del sistema delle cure primarie, erogate da medici di medicina generale in collaborazione con gli specialisti ambulatoriali e le altre figure professionali, con particolare attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali. Esiste la necessità di rispondere in modo adeguato, etico, deontologico e nuovo alla domanda crescente di salute, che va valutata e orientata, recuperando i valori e i principi della legge 23 dicembre 1978 n. 833, affermando l'esigenza di efficacia e appropriatezza della risposta sanitaria e sociale per un pieno utilizzo delle risorse del sistema a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema socio – sanitario.
 2. Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, approvato con il D.P.R. 23 maggio 2003, nel testo risultante dall'atto di intesa in sede di Conferenza Unificata Stato - Regioni - Città ed autonomie locali del 15 Aprile 2003, dopo 25 anni dall'entrata in vigore della Legge n. 833 del 1978, pone il problema di un ripensamento della organizzazione del Servizio Sanitario

Nazionale, individuando il territorio quale punto di forza per la organizzazione della risposta sanitaria e della integrazione socio sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali e della appropriatezza delle prestazioni.

3. Particolare attenzione va riservata alla tematica della tutela della salute dei soggetti fragili, del bambino, dell'adolescente, dell'anziano e dei soggetti affetti da patologie cronico - degenerative, condizione che presuppone la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazione e interazione dei professionisti e uno stretto legame con le strutture sociali, evidenziando la peculiarità di esigenze e condizioni assistenziali.
4. La *Regione Basilicata* e le Organizzazioni Sindacali in relazione al quadro normativo vigente, riconoscono che il Sistema Sanitario Nazionale nel suo complesso garantisce la risposta ai bisogni di salute dei cittadini nel rispetto dei principi etici e ritengono improrogabile avviare una forte innovazione nella organizzazione e nella gestione del Sistema Sanitario attuando quanto indicato dal Piano Sanitario Nazionale in ordine al nuovo ruolo del territorio. È necessario, pertanto, pervenire ad un sistema di cure primarie integrato a partire dal primo intervento, riservando all'ospedale il ruolo proprio di azione per le patologie che necessitano di un ricovero.
5. Va costruita, a tal fine, un'organizzazione sanitaria integrata nel territorio capace di individuare e di intercettare, maggiormente ed ancor più efficacemente, il bisogno di salute dei cittadini, di dare le risposte appropriate e di organizzare opportunità di accesso ai servizi attraverso la costruzione dei percorsi assistenziali secondo modalità che assicurino tempestivamente al cittadino l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi territoriali, di medicina generale e specialistica ambulatoriale, e ospedalieri.

PRINCIPI GENERALI

Il presente Accordo, ai sensi dell'ART 4 dell' ACN del 23-03-05, definisce prioritariamente:

- a) l'organizzazione della assistenza specialistica territoriale in modo da partecipare al processo di deospedalizzazione, mettendo a disposizione le specificità professionali e le competenze proprie dei professionisti, a favore delle istituzioni e dei cittadini;
- b) le modalità di realizzazione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, l'organizzazione degli strumenti di programmazione, monitoraggio e controllo;
- c) la modalità di partecipazione degli specialisti e professionisti nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e la responsabilità nell'attuazione dei medesimi;
- d) l'organizzazione della formazione continua e dell'aggiornamento;

Per l'attuazione del nuovo Accordo è fondamentale la condivisione dei seguenti principi, senza derogare ai principi sull'uniformità dei livelli essenziali di Assistenza Primaria su tutto il territorio nazionale, e sulle garanzie per i medici professionisti fissate dalla disciplina generale:

- la partecipazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni e delle altre Professionalità Sanitarie alla programmazione e alla gestione con aumento di responsabilità nel governo clinico con particolare riferimento alla garanzia dei livelli di prestazione e la gestione dei budget concordati a livello di distretto;
- 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, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, 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;
- la definizione di nuovi modelli per l'organizzazione dell'attività al fine di essere sempre più rispondenti alle esigenze dell'utenza;
- l'introduzione di una retribuzione di risultato;

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 favorevoli l'integrazione con altre figure sanitarie territoriali, quali personale infermieristico ed operatori sociali. Si conferma l'utilizzo degli Specialisti ambulatoriali a copertura delle carenze di bisogni sanitari territoriali, per l'attivazione di nuove branche e/o

l'aumento di orario per branche già presenti, fatte salve diverse e motivate esigenze aziendali.

I modelli organizzativi 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 necessari:

- l'integrazione funzionale, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni;
- 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 garantire ai cittadini l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e a conseguire:

- l'appropriatezza dell'accesso alle prestazioni specialistiche;
- la promozione della salute con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione ed informazione sanitaria;
- l'ottimizzazione della diagnostica, della terapia nelle sedi poliambulatoriali specialistiche;
- il contenimento delle richieste improprie di ricoveri e di accessi al Pronto Soccorso;
- le dimissioni protette.

OBIETTIVI STRATEGICI

Ne consegue che le strategie della Medicina Specialistica sono:

- l'integrazione nel "Sistema", intesa come accettazione del raccordo organizzativo, nell'ambito dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali e nella progettazione del programma delle attività territoriali, tramite il *rappresentante* 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;
- 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 da concordare in sede di accordo aziendale;
- 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 (anche sotto forma di consulto) presso le strutture residenziali, il domicilio dei pazienti o lo studio del medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera scelta;

- 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;
- 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 a fornire assistenza organizzata in forma diretta da uno o più specialisti vicino alla sede dei cittadini con modalità e criteri previsti dagli accordi aziendali;
- conseguire un'effettiva integrazione della Specialistica Ambulatoriale Interna con i servizi e gli operatori del distretto;
- attivare percorsi diagnostico terapeutici concordati fra la Specialistica Ambulatoriale Interna e la componente ospedaliera e condivisi con la Medicina di Assistenza Primaria e la Pediatria di Libera Scelta;
- concorrere all'abbattimento delle liste di attesa.

Per quanto non espressamente indicato nel presente accordo, in ordine all'attuazione degli obiettivi sopra detti, si rinvia a specifici accordi aziendali che dovranno individuare modalità e criteri sulla base delle specificità territoriali ed assistenziali delle singole aziende.

ELEMENTI CONTENUTISTICI DI RILEVANZA STRATEGICA O INNOVATIVI

Vengono richiamati di seguito i contenuti di *rilevanza strategica* o *innovativi* previsti nell'ACN considerati cardine dal presente Accordo Regionale.

Istituti giuridici

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).

Forme di "aggregazione"

...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).

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)

Formazione continua

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 specialista 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

Con il presente Accordo si individuano gli obiettivi e gli strumenti per la Specialistica Ambulatoriale Interna e le altre Professionalità Sanitarie in conformità agli indirizzi della programmazione socio-sanitaria regionale, demandando agli accordi aziendali la definizione delle azioni più appropriate sulla scorta delle realtà locali.

FONDO AZIENDALE PER LO SVILUPPO DI PROGETTI CHE COINVOLGONO LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA . MODALITÀ DI COSTITUZIONE.

Le risorse finanziarie correlate al presente accordo ed agli accordi aziendali di cui allo ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005 non possono superare la percentuale del **15%** dell'ammontare globale della spesa sostenuta nell'anno precedente in applicazione dell'A.C.N. ;

- presso ciascuna azienda il fondo verrà alimentato con risorse certe e definite, così come determinate al comma precedente, all'interno degli importi trasferiti attraverso il riparto del F.S.R., nonché con risorse derivanti dai processi aziendali conseguenti alla razionalizzazione del sistema sociosanitario regionale, in applicazione dei principi dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza dell'assistenza, conformemente anche alle prescrizioni contenute nella Direttiva Vincolante di cui alla D.G.R. 1713/06;
- costituisce impegno delle Organizzazioni Sindacali la condivisione dell'obiettivo di miglioramento del rapporto costi/efficacia del sistema sanitario operando al fine di mantenere un livello di spesa compatibile con le risorse.

Commissione Paritetica

Il numero dei componenti della commissione aziendale paritetica prevista dall'art. 22 comma 4 dell'ACN 23/03/05 per la valutazione del possesso di particolari capacità professionali è definito dai singoli Comitati Zonali.

I criteri di valutazione sono:

- Titoli accademici e professionali previsti dall'Allegato A dell' ACN del 23/03/05;
- Prova teorica e/o pratica pertinente alla specifica professionalità richiesta.

Ai Comitati Zonali spetta l'individuazione della prova (teorica e/o pratica) da effettuare in relazione alle richieste dell'Azienda.

Per la partecipazione alla Commissione è previsto un gettone di presenza di Euro 100 e

rimborso chilometrico a carico dell' Azienda.

Comitati e Commissioni

Ai componenti presenti nei Comitati e Commissioni previste dall'ACN e da normative Nazionali, Regionali ed Aziendali sono corrisposti, per ciascuna seduta, svolta al di fuori dell'orario di servizio, gli emolumenti ed i contributi relativi a quattro ore di servizio (art. 32 ACN 23-marzo 2005 co.6) ed il rimborso chilometrico dal proprio domicilio alla sede del comitato e/o commissione. Tale onere per la componente medica specialistica e per le altre professionalità è a carico dell'Azienda presso la quale è svolto il maggior numero di ore, salvo la possibilità di rivalsa delle stesse per Commissioni deliberate da Aziende Ospedaliere o altro.

Hanno diritto al rimborso, nella misura sopra prevista, coloro che partecipano a:

- Comitato Zonale di cui all'art. 24.
- Comitato regionale di cui all'art. 25.
- Commissione di disciplina di cui all'art. 27.
- Gruppi di lavoro regionali previsti dal presente accordo e/o deliberati dalla Regione.
- Ufficio di Coordinamento dell'attività distrettuale.
- Altre Commissioni, Gruppi di lavoro o Tavoli Tecnici deliberati dalla Giunta Regionale o dall'Assessorato e necessari all'attuazione di quanto previsto dal presente accordo e dall'ACN.

I compensi sono riconosciuti al medico nei tempi e con le modalità previste per i compensi di cui all'ACN 23 marzo 2005 e saranno corrisposti con voce specifica tra gli emolumenti mensili.

Al fine della corresponsione del compenso di cui ai precedenti commi, il medico presenta all'ASL di appartenenza la certificazione attestante la presenza alle sedute.

Qualora la convocazione dello specialista componente di una delle suddette Commissioni avvenga in coincidenza con l'orario di servizio, intendendosi per coincidenza la sovrapposizione anche parziale di detto orario, anche per commissioni in Aziende sanitarie diverse da quella in cui, in quella data, presta la propria opera, è fatto obbligo allo specialista di presentare regolare certificazione di presenza alla seduta e, comunque, è garantito da parte della Azienda sede dell'attività di servizio il compenso ordinario previsto per quelle ore di attività lavorativa e il rimborso chilometrico dal proprio domicilio alla sede del comitato e/o commissione.

La partecipazione ai Comitati di cui sopra non è soggetta ad autorizzazione.

E' data la possibilità allo Specialista di concordare con l'Azienda le modalità di recupero delle eventuali prestazioni non effettuate nelle date di convocazione delle Commissioni. L'orario di servizio verrà retribuito come normale attività lavorativa.

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 avverrà nel contesto dell'Accordo Aziendale.

Il correlato trattamento economico è definito in analogia al trattamento del responsabile di branca, salvo ulteriori Accordi aziendali.

Responsabile di branca e Responsabile Multidisciplinare

Il presente accordo conferma quanto già previsto, a tale titolo, dal precedente Accordo regionale in particolare, si ribadiscono i criteri di individuazione del Responsabile di branca, nonché i compiti assegnati al medesimo, come di seguito riportato:

1. in ogni A.S.L., per ciascuna Branca Specialistica, ove siano presenti almeno 3 specialisti ambulatoriali convenzionati ai sensi dell'ACN, si procede ad individuare un Responsabile, con funzioni di referente tecnico per le attività specialistiche territoriali della branca stessa.
2. E' prevista la possibilità che le Aziende individuino Responsabili Multidisciplinari di Branca per tutte le Branche in cui non sia presente il numero minimo di Specialisti previsto al precedente comma 1.
3. Il Responsabile di Branca viene individuato fra gli specialisti ambulatoriali, titolari di incarico, previo assenso dell'interessato, previa consultazione e accordo tra i vari medici specialisti afferenti alla stessa Branca. Lo specialista in Patologia Clinica che svolge le funzioni di direttore tecnico responsabile di Laboratorio di Analisi assume contestualmente l'incarico di R.di B.
4. Nello svolgimento delle funzioni connesse al ruolo di referente, il Responsabile di Branca ha compiti di coordinamento e di monitoraggio, compresi gli aspetti erogativi delle prestazioni, all'interno della struttura organizzativa del Distretto.
5. E' fatta, comunque, salva l'autonomia professionale del singolo professionista.
6. Lo specialista convenzionato che è membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali garantisce un rapporto costante con i vari Responsabili di Branca al fine di assicurare all'Ufficio stesso una corretta informazione sull'andamento delle specialità a livello territoriale e sulle relative problematiche assistenziali.

Funzioni e compiti del Responsabile di Branca e del Responsabile multidisciplinare

Le funzioni di competenza del Responsabile di Branca sono di seguito indicate:

- garantire il supporto tecnico professionale alle iniziative distrettuali ed aziendali che comportino il coinvolgimento della specialistica ambulatoriale;
- fare osservazioni e proposte riguardo alle dotazioni strumentali necessarie per le attività specialistiche ed al loro rinnovo ed aggiornamento tecnologico;
- partecipazione all'organizzazione dei progetti obiettivo di branca e delle verifiche di qualità;
- fare proposte e contribuire all'organizzazione dei Corsi di formazione ed aggiornamento obbligatori;
- in relazione agli obiettivi aziendali fare proposte per la riduzione delle liste di attesa con particolare riferimento a quelle branche considerate maggiormente critiche.
- contribuire alla organizzazione dei percorsi finalizzati alla continuità terapeutica ed al completamento dell'atto terapeutico per evitare al paziente inutili liste d'attesa;
- Il Responsabile di Branca e multidisciplinare non si pongono in posizione sovraordinata nei confronti degli altri Specialisti, a cui viene riconosciuta ampia autonomia professionale.

Sono fatti salvi gli incarichi conferiti prima dell'entrata in vigore del presente accordo, fino alla loro naturale scadenza.

Individuazione del Responsabile di Branca e del Responsabile Multidisciplinare

Con l'entrata in vigore del presente accordo, vengono nominati i nuovi Responsabili di Branca. Sono fatti salvi gli incarichi conferiti prima dell'entrata in vigore del presente Accordo Regionale.

Il Direttore Generale, sentiti i Direttori di Distretto interessati, nomina il Responsabile di Branca e/o Multidisciplinare, nonché dei sostituti.

Le funzioni, i compiti e i compensi spettanti al Responsabile di Branca e Interdisciplinare decorrono dal giorno successivo alla data del provvedimento di nomina adottato dal Direttore Generale.

NOMINA

Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo:

- a) il Direttore Generale dell'Azienda USL procederà alla pubblicazione di un avviso attraverso il quale reperire le disponibilità del singolo specialista, interessato alla funzione di responsabile di branca o di sostituto, nonché le proposte di individuazione di candidati, formulate dalla stessa categoria.
- b) comunica al Comitato Zonale provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di appartenenza i nominativi dei Medici specialisti distinti per Branca.
- c) Presso il Comitato Zonale i Medici specialisti verranno convocati e procederanno ad individuare, al loro interno, il Coordinatore.

- d) Il Comitato Zonale darà comunicazione al Direttore Generale dell'Azienda USL interessata dei nominativi dei Medici individuati.
- e) Il D.G. dell'azienda provvederà alla loro nomina con apposito atto deliberativo.
- f) La durata dell'incarico di Responsabilità di Branca è di 1 anno e si intende tacitamente rinnovato qualora non sussistano atti di sfiducia formali e motivati da parte dei 2/3 degli Specialisti afferenti alla branca. Gli atti di sfiducia devono essere inoltrati al Direttore Generale dell'Azienda almeno 2 mesi prima della scadenza dell'incarico.
- g) Il Coordinatore può dimettersi dall'incarico con un preavviso di 30 giorni a mezzo lettera Raccomandata al Direttore generale dell'Azienda che provvederà ad espletare la procedura prevista ai punti b) , c), d) , e) , f). In tal caso le funzioni vengono assicurate dal sostituto fino alla scadenza del mandato.

Il Direttore Generale può revocare l'incarico dandone motivazione scritta.

COMPENSI

Al Responsabile di Branca è corrisposto mensilmente un incremento del compenso pari a 250,00 Euro per tredici mensilità.

In caso di espletamento delle proprie funzioni in sede diversa da quella in cui opera abitualmente come Specialista ambulatoriale viene riconosciuto il rimborso spese di accesso per la distanza intercorrente dalla sede di lavoro alla sede oggetto del suo spostamento.

E' fatto obbligo all'Azienda provvedere all'assicurazione per il rischio in itinere sia per il Responsabile che per il mezzo di trasporto.

Perseguimento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa

Nelle Commissioni e/o Gruppi di Lavoro o organismi sia a livello regionale che Aziendale deputati a discutere di prestazioni specialistiche e della loro organizzazione deve essere prevista la figura dello Specialista Ambulatoriale ai sensi dell'A.C.N. del 23-03-05 e del presente Accordo Regionale.

Il rappresentante della Specialistica ambulatoriale è indicato dalle OO.SS. maggiormente rappresentative tenendo conto di quanto previsto nei singoli atti istitutivi.

Equipes territoriali

La Specialistica Ambulatoriale partecipa attivamente al processo in atto di rimodulazione dell'attività assistenziale in ambito territoriale, attraverso l'équipe territoriale.

Le équipes territoriali realizzano forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro, la continuità dell'assistenza, la presa in carico del paziente e il conferimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali.

L'attivazione di tali forme associative è potenzialmente in grado di gestire con efficacia

ed efficienza le necessità di salute di una comunità:

- Mantenendo la persona nel proprio ambiente di vita e nel proprio domicilio;
- Individuando soluzioni efficaci per garantire la continuità assistenziale;
- Assicurando un approccio integrato socio sanitario volto anche all'elaborazione di nuovi modelli di integrazione del sanitario con il sociale.

Le modalità organizzative saranno definite dalle singole Aziende U.S.L. in relazione ai programmi e agli obiettivi delle singole équipes.

Allo Specialista che vi partecipa al di fuori dell'orario di servizio verrà corrisposto il normale compenso orario dovuto previsto all'art. 30 ACN del 23-3-05 comma 13 e comma 14 oltre al rimborso spese di accesso se competono.

Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

L'Osservatorio ha sede presso l'Assessorato Regionale alla Sanità, è presieduto dall'Assessore Regionale alla Sanità o da un suo delegato e ne fa parte un rappresentante della specialistica ambulatoriale, per ciascun sindacato medico firmatario dell' Accordo regionale.

Tra i compiti dell' Osservatorio Regionale è l'individuazione, a livello regionale, di linee guida per la prescrizione farmaceutica, destinate a tutte le figure professionali operanti nel SSR per promuovere e favorire l'adozione, a tutti i livelli del sistema, di principi di qualità offerti dalla medicina basata sulle evidenze scientifiche.

Le linee guida, in particolare, dovranno comprendere raccomandazioni per la prescrizione appropriata nell'ambito delle categorie terapeutiche maggiormente critiche

Modalità prescrittive

Nel caso lo specialista ritenga necessaria l'esecuzione di ulteriori accertamenti utilizzerà per la prescrizione degli stessi il ricettario del SSR, al fine di semplificare le necessarie prenotazioni da parte dell'assistito.

L'Accordo aziendale definisce i criteri affinché lo specialista, ai fini della definizione della diagnosi e per necessità terapeutiche, abbia la possibilità di programmare successivi controlli o interventi, secondo i tempi e i modi stabiliti dallo stesso.

I Direttori Generali delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere provvedono a diffondere le disposizioni che regolano i rapporti tra medici di assistenza primaria e medici specialisti, relativamente alle procedure di accesso a prestazioni sanitarie a carattere diagnostico – terapeutico - riabilitativo e alle relative modalità di prescrizione, vigilando sulla loro corretta applicazione, anche attraverso la diffusione degli strumenti già elaborati dall' Osservatorio per l'Appropriatezza.

Eventuali anomalie riscontrate sono comunicate all'Ufficio di Coordinamento distrettuale competente per territorio, che propone alla Direzione Generale l'adozione delle misure di

competenza. I comportamenti recidivi sono segnalati per conoscenza anche all'Ordine dei Medici.

Per quanto sopra non previsto fanno testo l'ACN e il Codice Deontologico.

Assume particolare importanza la responsabilizzazione di tutti i medici operanti direttamente o per conto del SSR alla puntuale adesione agli obblighi prescrittivi posti a loro carico, anche ai fini del rispetto dei livelli di spesa programmati.

A tal fine si concorda quanto segue:

- le prescrizioni debbono essere emesse secondo le normative vigenti e riportare oltre il codice SIAS, il nome ed il cognome del prescrittore, il titolo di specializzazione e la struttura di appartenenza nonché i dati del paziente acquisiti dalla Tessera Sanitaria.

Mobilità, orario di lavoro e intra-moenia

Al fine di dare attuazione al disposto dell'art. 17 dell'ACN, qualora siano presenti più specialisti ambulatoriali o più professionisti, si stabiliscono i seguenti criteri per adottare il provvedimento di mobilità:

- minore anzianità complessiva di incarico;
- minore anzianità di incarico presso l'Azienda USL;
- minore numero di ore di incarico;
- residenza anagrafica (minore distanza dalla nuova sede d'incarico).

Per quanto riguarda il recupero di eventuali ritardi, si procede, ove possibile, previo consenso dello specialista, protraendo nello stesso giorno l'orario d'incarico fino al completamento del medesimo. A garanzia degli utenti le prestazioni prenotate dovranno comunque essere soddisfatte.

Ove ciò non sia possibile, il recupero di eventuali ritardi d'orario sarà organizzato entro il semestre successivo secondo modalità concordate tra lo specialista interessato e il dirigente del presidio, allo scopo di migliorare l'offerta di prestazioni e/o di contenere le liste d'attesa (Ad. es.: Recupero dell'intero ritardo in unica soluzione, in data diversa concordata tra lo Specialista ed il responsabile della struttura, inserendo ulteriori pazienti in agenda per quella data).

Per assenze legate a congedi o permessi e/o malattia, ove non sia possibile la sostituzione, i pazienti prenotati sono inseriti in altre date dell'Agenda prenotazioni, sfruttando gli spazi disponibili appositamente previsti ed eventualmente in soprannumero su indicazione dello specialista.

Limitatamente alle spese di accesso nello stesso ambito zonale (art. 46 – ACN 23-03-2005), nel caso in cui uno specialista presti servizio nella stessa giornata in più sedi della stessa Azienda USL o di Aziende USL diverse, il rimborso delle spese di accesso deve tenere conto del chilometraggio effettivamente percorso dal Comune di residenza dello specialista alla prima sede di servizio qualora sia ubicato in un Comune diverso da quello di residenza,

da questa alla seconda sede ed infine da questa al comune di residenza. Tale criterio dovrà essere adottato nei casi in cui il margine di tempo tra un incarico e l'altro non sia sufficiente da consentire allo specialista il rientro al proprio comune di residenza.

Formazione

Nelle more della formulazione del piano nazionale di aggiornamento del personale sanitario e dell'attivazione del Sistema Regionale di Educazione Continua, le parti convengono che continuano ad applicarsi le seguenti disposizioni contenute nell'Accordo Integrativo Regionale approvato con DGR 1370 del 29 luglio 2002

a) L'ammontare delle risorse finanziarie da destinare alla Formazione continua dei Medici Specialisti Ambulatoriali è stabilito in misura non inferiore all'1% della spesa per la Specialistica convenzionata interna, sostenuta da tutte le Aziende Sanitarie regionali per l'anno precedente, salvo eventuali incrementi di tale percentuale che dovessero derivare da innovazioni di carattere normativo a livello nazionale;

b) Tale percentuale sarà rideterminata annualmente sulla scorta dei dati a consuntivo di bilancio delle singole Aziende riferito all'anno precedente. Quanto non utilizzato nell'anno previsto dovrà essere riportato ed impegnato nelle successive annualità;

c) Il finanziamento sarà utilizzato:

1. per iniziative di formazione continua a frequenza obbligatoria organizzate dalle Aziende o da providers accreditati ed all'uopo individuati dalle Aziende stesse;

2. per percorsi formativi autogestiti dallo Specialista che prevedano la partecipazione ad eventi accreditati come ECM presso il Ministero della Salute, in coerenza con le linee guida in materia che saranno emanate in futuro.

Per la partecipazione agli eventi formativi di cui al punto 2 è riconosciuto allo Specialista un minimo complessivo di 32 ore di permesso retribuito, sempre che tale tetto sia sufficiente a raggiungere il numero di credito ECM previsto per ogni anno.

Le parti concordano inoltre quanto segue:

- Le iniziative per l'aggiornamento continuo degli Specialisti ambulatoriali possono essere comuni a quelle previste per il personale medico ospedaliero di branca analoga o affine;
- È facoltà delle Aziende di prevedere modalità operative comuni, anche con delega ad una singola Azienda, per la gestione della formazione continua ;
- La possibilità di utilizzare allo scopo modalità telematiche (compreso Internet) e multimediali, nell'ambito di una informatizzazione dei poliambulatori specialistici.

Le parti concordano di riesaminare la materia disciplinata nel presente paragrafo, quando verranno definite le linee guida in materia a livello nazionale.

ASPETTI STRATEGICI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI

Progetti finalizzati e Accordi aziendali

Per lo svolgimento di programmi e progetti finalizzati aziendali concernenti l'attività specialistica distrettuale, le disposizioni dell'art. 31 dell'ACN 23/03/2005 sono integrate con quanto stabilito dal presente Accordo Regionale.

La definizione e la redazione dell'Accordo con gli Specialisti Ambulatoriali Interni rientra fra i compiti dell'Azienda USL; ciò comporta che, entro 60 gg. dalla data di adozione del provvedimento di approvazione del presente Accordo, le Aziende debbano avviare le procedure per la definizione degli accordi aziendali.

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 diagnostico-terapeutico-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 sia all'Assistenza Domiciliare Integrata;
- consulenza specialistica presso le RSA, Ospedali territoriali ed altre strutture intermedie;
- coinvolgimento dello Specialista Ambulatoriale Interno negli screening individuati dai programmi 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 aziendale;
- partecipazione alla sperimentazione 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, Professionalità Sanitarie e Dirigenti Medici di Distretto, in un quadro di unità programmatica e gestionale del territorio di ogni Azienda.
- sperimentazione di strutture specialistiche mobili, al fine di diminuire il disagio degli utenti delle fasce più deboli per la lontananza dell'ambulatorio pubblico di riferimento dal luogo di residenza;

- coinvolgimento degli 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;
- coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali nelle attività previste dal vigente Piano Regionale della Prevenzione;
- coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali nei progetti finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;

Le Aziende indicano, all'atto della presentazione dei progetti, gli indicatori per la loro valutazione, misurabili e pertinenti, nonché gli standard collegati.

COMPENSO ECONOMICO

- a) In attuazione dell'art. 42 comma 3, agli specialisti ambulatoriali che partecipano ai **progetti finalizzati** al conseguimento degli obiettivi regionali ed aziendali verrà corrisposto un compenso omnicomprensivo di Euro 40 per ogni ora di servizio espletata al di fuori dell'orario settimanale di lavoro;
- b) L'esito positivo comporterà una maggiorazione del compenso orario nella misura non inferiore al 15% (Compenso di risultato);
- c) Qualora il progetto individuato non comporti un orario aggiuntivo, allo specialista ambulatoriale sarà corrisposta, al raggiungimento degli obiettivi, soltanto la maggiorazione di cui al punto b) riferita all'impegno orario previsto dal progetto stesso;
- d) In caso di mancato o parziale raggiungimento degli obiettivi predefiniti in sede progettuale, valutati sulla base di specifici indicatori di risultato, in grado di definire il livello di conseguimento degli obiettivi prefissati, che devono essere praticabili, raggiungibili e misurabili, verranno concordate con i sindacati firmatari una maggiorazione dei compensi di cui ai punti a) e b) in una misura proporzionalmente ridotta ed iniziative concrete tendenti all'eliminazione delle cause responsabili dell'insuccesso;
- e) I progetti finalizzati potranno essere rinnovati, previo accordo con i sindacati firmatari, modulandoli sulle esigenze e variazioni, individuate dalle aziende e/o dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale e/o da tutti quei soggetti che a vario titolo concorrono al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

E' prevista la possibilità di ulteriori compensi, il cui importo va concordato tra parte pubblica e OO.SS., nell'ambito di singoli progetti regionali e nazionali a specifico finanziamento.

ACCORDI DI INTERESSE COMUNE

Eventuali accordi di comune interesse introdotti nell'AIR della Medicina Generale e compatibili con l'area di riferimento, saranno recepiti nel presente Accordo regionale.

ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE e SANITA' PENITENZIARIA

Ogni disposizione del presente Accordo Integrativo Regionale si applica, indipendentemente dal richiamo formale ed in quanto compatibile, alle altre Professionalità Sanitarie di cui all'ACN del 23-03-05, ivi compresi le figure professionali della sanità penitenziaria individuati nel DM del 10.4.02, destinatari dell'ACN stesso a far data dalla sua entrata in vigore.

INFORMAZIONE

Le Aziende USL comunicano 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.

DISPOSIZIONE CONTRATTUALE DI GARANZIA

Qualora le Aziende non aprano il tavolo di trattativa entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, la Regione convoca, su richiesta delle OO.SS. firmatarie del presente AIR i Direttori Generali delle ASL inadempienti e le parti sindacali al fine di avviare il processo di negoziazione Aziendale.

CLAUSOLA TRANSITORIA E FINALE

Il presente Accordo Regionale entra in vigore alla data del relativo provvedimento di approvazione da parte della Giunta della Regione Basilicata ed ha durata quadriennale e comunque fino all'entrata in vigore del successivo Accordo Integrativo Regionale.

Allo scopo di monitorare e vigilare sull'uniforme applicazione del presente Accordo, il Comitato Regionale verrà convocato trimestralmente.

DICHIARAZIONE A VERBALE:

- Le parti concordano sulla necessità, da parte della Regione, di implementare, nei tempi più brevi possibili, il Prontuario Terapeutico Ospedale – Territorio, orientandone e facilitandone l'utilizzo.
- Le OO.SS. chiedono il riesame del Disciplinare tecnico sulle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali per adattarlo alle singole Branche specialistiche ed al nuovo Accordo regionale.
- *Gli Specialisti Ambulatoriali auspicano l'istituzione a livello regionale di un OSSERVATORIO delle PATOLOGIE AMBULATORIALI.* Gli Specialisti ambulatoriali, infatti, con la loro partecipazione ai percorsi informativi, possono svolgere un ruolo determinante nel sistema sanitario regionale quale punto di riferimento diretto per il monitoraggio e lo studio delle patologie maggiormente incidenti in ragione dell'età, del

sesso e del luogo di residenza. In relazione alle migliaia di visite che ogni giorno vengono effettuate negli ambulatori territoriali ed in riferimento alle numerose branche specialistiche interessate, gli Specialisti Ambulatoriali sono elementi insostituibili all'interno di un processo informativo che consentirebbe in tempo reale l'afflusso di dati aggiornati essenziali per condurre ad un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa. Non deve, tra l'altro, essere sottovalutata l'importanza che tali dati rivestono per una più adeguata valutazione dell'attività prescrittiva e della spesa farmaceutica. Attraverso l'analisi delle patologie preminenti negli ambulatori territoriali, profondamente diverse dalle patologie ospedaliere, si può giungere:

- 1) ad una più attenta programmazione e razionalizzazione delle risorse professionali nelle diverse specialità, con conseguente maggiore efficienza del sistema che porterebbe ad una riduzione dei ricoveri impropri;
- 2) ad una maggiore integrazione dei servizi assistenziali distrettuali con il MMG ed il PLS;
- 3) ad una migliore analisi della spesa farmaceutica.

Per la Regione - Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità

Assessore

F.to Dott. Rocco Colangelo

Dirigente Generale

F.to Dott. Giuseppe Montagano

Dirigente Ufficio Questioni Amministrative Settori Sociosanitario e Sanitario, Politiche del Personale in Convenzione con il SSR, Autorizzazioni ed Accreditamento Strutture

F.to D.ssa Rocchina Giacoia

Per le OO.SS.

SUMAI F.to Dott. Maurizio Capuano

F.to Dott. Nicola Sabatino

F.to Dott. Paolo Rosa

F.to Dott. Giovanni Eufemia

F.to Dott. Antonio Di Dio

AUPI F.to Dott. Salvatore Gentile

CGIL FP F.to Dott. Vincenzo Lauria

UIL FPL F.to Dott. Nicola Di Chiara

CISL FP _____