

successive modificazioni ed integrazioni come di seguito:

a) Presidente:

- Il Dirigente del Servizio Assistenza Distrettuale, Riabilitativa e Medicina Sociale della Direzione Sanità della Giunta Regionale d'Abruzzo;

b) Componenti:

- Dott. Francesco D'Atri – Dirigente del Servizio Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo Qualità della Direzione Sanità della Giunta Regionale d'Abruzzo;
- Dott. Emidio Di Ninni – Dirigente del Servizio Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata della Direzione Sanità della Giunta Regionale d'Abruzzo;
- Sig.ra Carla Azzolini – collaboratore amministrativo in servizio presso l'Ufficio CEE dell'Azienda USL di Pescara;
- Dott. Michele Barbato – Dirigente Medico dell'Azienda USL di Chieti;
- Sig. Mariella Polidoro – Assistente amministrativo dell'Azienda USL di Chieti;

c) Segretario:

- Il Responsabile dell'Ufficio Medicina Sociale della Direzione Sanità della Giunta Regionale d'Abruzzo;

2) di stabilire che la Commissione svolge le sue sedute in presenza della maggioranza dei componenti;

3) di pubblicare il seguente provvedimento sul *BURA*.

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 12.04.2007, n. 346:

Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante intesa nella Conferenza Stato – Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni.

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che:

- il vigente Accordo Collettivo Nazionale (di seguito denominato A.C.N.) per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni è stato reso esecutivo, in conformità delle disposizioni recate dall'art. 2-nonies, della legge 26 maggio 2004, n. 138, mediante intesa nella Conferenza Permanente per i rapporti Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, adottato il 23 marzo 2005 ed è entrato in vigore nella data medesima;
- l'art. 2 del suddetto A.C.N. definisce i livelli di negoziazione nazionale, regionale ed aziendale;
- l'art. 4 prevede la definizione di intese integrative a livello regionale;
- l'art. 14 individua i contenuti specifici demandati alla negoziazione regionale;

Richiamata la propria deliberazione n. 534 del 22.05.2006 ad oggetto l'istituzione del Comitato Permanente Regionale, composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle OO.SS. di categoria, deputato tra l'altro, ai sensi dell'art. 25 dell'A.C.N., alla definizione degli Accordi Regionali;

Evidenziato che dal nuovo assetto istituzionale delle autonomie conseguente alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, che ha attribuito potestà legislativa concorrente alle

Regioni in materia di tutela della salute, deriva la modifica del sistema della contrattazione collettiva che riserva:

- alla negoziazione nazionale la definizione degli aspetti generali del rapporto convenzionale, della struttura, del compenso nonché delle prestazioni assistenziali correlate ai Livelli Essenziali di Assistenza;
- alla contrattazione decentrata di secondo livello ampi margini d'intervento nell'individuazione degli obiettivi di salute delle modalità organizzative ed operative per attuarli, correlate alle diverse peculiarità locali;

Constatato che, in linea con gli indirizzi generali e gli obiettivi strategici espressi nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, l'A.C.N. dei medici specialisti ambulatoriali interni:

- promuove il potenziamento delle cure territoriali attraverso la realizzazione di una rete integrata di servizi in ambito distrettuale volta a garantire una più efficace risposta ai bisogni di salute dei cittadini attraverso l'aumento dell'accessibilità alle prestazioni assistenziali, facendo in modo che i cittadini trovino sul territorio la risposta alla gran parte dei loro problemi di salute;
- promuove un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione dei medici nelle scelte di politica sanitaria, nella definizione degli obiettivi di salute e nell'individuazione dei meccanismi di verifica dell'appropriatezza;
- prevede un maggior riconoscimento delle quote retributive legate alla partecipazione a progetti e a programmi assistenziali ed al raggiungimento degli obiettivi programmati;
- che la negoziazione regionale si è posta i seguenti obiettivi strategici:
 - il riconoscimento del ruolo della competente specialistica nello sviluppo del servizio sanitario abruzzese con il fine di concorrere a garantire i livelli essenziali

di assistenza e con lo scopo di contribuire a realizzare gli obiettivi della programmazione regionale ed aziendale;

- un miglioramento dell'organizzazione del lavoro dei medici ed un aumento dell'accessibilità alle prestazioni erogate dalla specialistica ambulatoriale interna per ridurre le liste di attesa e per ridurre il ricorso improprio al pronto soccorso, potenziando l'offerta sanitaria di primo livello;
- un maggior coinvolgimento del medico specialista ambulatoriale nel raggiungimento degli obiettivi di salute, concordati nel Distretto;

Considerato che i contenuti dell'allegato Accordo Regionale sono senz'altro da condividere poiché volti al graduale superamento dell'attuale organizzazione dell'assistenza specialistica territoriale interna, recependo le previsioni degli atti programmatori regionali e nazionali, con l'obiettivo prioritario di assicurare una più efficace risposta alla crescente domanda di salute e continuità dell'assistenza e di garantire la migliore fruibilità possibile e qualità delle cure da parte dei cittadini, nell'ottica anche della riduzione dei ricoveri impropri e nel rispetto del principio di appropriatezza e d'equità dell'uso delle risorse;

Ritenuto opportuno pervenire ad un sollecito recepimento dell'accordo in parola onde consentire una concreta attuazione dei criteri operativi in essi delineati, al fine di un potenziamento dell'attività dell'assistenza specialistica ambulatoriale interna su tutto il territorio regionale;

Rilevata la piena potestà amministrativa e normativa della Regione in materia sanitaria, conseguente all'attuazione della legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3 di riforma del titolo V della Costituzione;

Vista la L.R. n. 77 del 17.09.99 e successive modificazioni ed integrazioni;

Dato atto, altresì, del parere favorevole espresso dal Direttore Regionale della Direzione Sanità di questa Regione e del Dirigente del Servizio Assistenza Distrettuale Medicina di Base e Specialistica in ordine alla regolarità tecnico-amministrativa ed alla legittimità del presente provvedimento;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

DELIBERA

per le motivazioni e precisazioni espresse in narrativa

- di approvare l'Accordo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, sottoscritto dal componente la Giunta alla Sanità e dalle Organizzazioni Sindacali di categoria S.U.M.A.I. e Federazione Medici, il cui testo è allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

Segue allegato



GIUNTA REGIONALE

Regione Abruzzo Direzione Sanità



ACCORDO COLLETTIVO REGIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI TRA I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI ED IL SSN

AI SENSI DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DEL 23 MARZO 2005 E PER GLI
EFFETTI DELL'ART. 8, COMMA 1, DEL D. LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE
MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI

Documento composto da n. ³⁶..... facciate,
ALLEGATO come parte integrante alla deli-
berazione n. ³⁴⁶..... del ^{11.2} APR 2007
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

INDICE



Premessa	pag. 3
Capo I - PRINCIPI GENERALI	pag. 6
Articolo 1 Durata dell'Accordo integrativo Regionale	pag. 7
Articolo 2 Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità	pag. 8
Articolo 3 Assegnazione di turni disponibili a tempo indeterminato e determinato	pag. 10
Articolo 4 Zone disagiate	pag. 11
Articolo 5 Commissione Paritetica aziendale	pag. 12
Articolo 6 Formazione continua	pag. 13
Articolo 7 Programmi e progetti finalizzati	pag. 15
Articolo 8 Saldo quota variabile	pag. 17
Capo II – RUOLO PROFESSIONALE DELLO SPECIALISTA AMBULATORIALE	pag. 18
Principi generali	pag. 19
Articolo 1 Attività ambulatoriale	pag. 20
Articolo 2 Organizzazione del lavoro	pag. 21
Articolo 3 Integrazione della specialistica ambulatoriale con le strutture di ricovero	pag. 23
Articolo 4 Attività di programmazione della assistenza territoriale	pag. 24
Articolo 5 Coordinatore di branca specialistica	pag. 25
Articolo 6 Rappresentante degli specialisti ambulatoriali componente dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali	pag. 30
Norme finali	pag. 32






PREMESSA

1. Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti alla 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 e dai pediatri di libera scelta 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 territorio è riconosciuto dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, 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. 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. 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, con particolare riguardo ai soggetti fragili, bambini, adolescenti, anziani e soggetti affetti da patologie croniche degenerative.
4. In ottemperanza al dettato dell'articolo 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina specialistica interna (ACN), l'Accordo Regionale - secondo livello di contrattazione - deve definire gli obiettivi di salute, i modelli organizzativi e gli strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale.
5. Spetterà quindi alla successiva negoziazione aziendale definire i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.



6. Gli obiettivi di carattere generale sanciti dall'articolo 5 dell'ACN devono essere perseguiti, secondo l'articolo 6 del citato Accordo, attraverso:
- a) la realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie, al fine di garantire la continuità dell'assistenza, la individuazione e la intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente e il governo dei percorsi sanitari e sociali, riconducendo le liste di attesa entro tempi accettabili, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica.
 - b) la costituzione di una organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria composta da medici di medicina generale (assistenza primaria e medici di continuità assistenziale) e pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie, in un quadro di unità programmatica e gestionale del territorio di ogni azienda sanitaria, in coerenza con l'intesa stato - regioni del 29.07.04, con piena valorizzazione ed integrazione di tutte le componenti all'interno del sistema.
 - c) l'informatizzazione del sistema per una ottimale interrelazione fra professionisti sanitari, strutture organizzative territoriali, distretti, ospedali ed altri poli della rete integrata socio-sanitaria;
 - d) l'adeguato percorso formativo anche comune tra medici e professionisti sanitari che operano nel territorio e medici e professionisti sanitari che operano in ospedale per acquisizione strategie comuni finalizzate all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici dell'assistito e la loro appropriatezza
7. Seguendo l'enunciato dell'articolo 4 dell'ACN si procede di seguito a definire:
- a) le responsabilità nei rapporti convenzionali, in relazione agli obiettivi regionali;
 - b) l'attuazione di quanto indicato dall'art. 6 dell'ACN;
 - c) 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;
 - d) 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;

- 
- e) la modalità di partecipazione degli specialisti e professionisti nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e la responsabilità nell'attuazione dei medesimi;
 - f) i criteri e le modalità per la trasformazione dei rapporti di lavoro a tempo determinato in rapporti a tempo indeterminato
 - g) i criteri e le modalità nella organizzazione del sistema informativo fra operatori, strutture associate della medicina generale, unità operative, distretti, Aziende Sanitarie, Regioni;
 - h) l'organizzazione della formazione continua e dell'aggiornamento;
 - i) gli organismi di partecipazione e rappresentanza degli specialisti e dei professionisti a livello regionale;
 - j) l'attuazione dell'art. 8 comma 2.

8. Al fine di cogliere ogni specificità e novità a livello locale sul piano organizzativo, e consentire al contempo il conseguimento di uniformi livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale, sono demandati alla trattativa regionale, sulla base di indirizzi generali individuati nel presente Accordo, per la loro riorganizzazione e definizione i seguenti articoli:

Art.17 – Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità

Art.22 – Assegnazione di turni disponibili a tempo indeterminato e a tempo determinato

Art.25 – Comitato consultivo regionale

Art.28 – Ruolo professionale dello specialista ambulatoriale

Art.29 – Doveri e compiti dei professionisti

Art.30 Organizzazione del lavoro

Art.31 – Programmi e progetti finalizzati

Art.35 – Diritto all'informazione e consultazione fra le parti





CAPO I
PRINCIPI GENERALI





Articolo 1
DURATA DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE

1. Il presente Accordo entra in vigore dalla data di approvazione da parte della Giunta Regionale e dura fino alla stipula di nuovo Accordo.
2. Le parti firmatarie, in considerazione del fatto che le disposizioni del presente documento si inseriscono nell'attività regionale di programmazione socio-sanitaria in continua evoluzione e che, pertanto è necessario prevedere le modalità per adeguare l'Accordo Integrativo Regionale ad eventuali cambiamenti del Servizio Sanitario Regionale, convengono che il Comitato Regionale è tavolo permanente di confronto ed è la sede deputata:
 - a) al monitoraggio della spesa relativa agli accordi regionali ed aziendali con cadenza almeno trimestrale;
 - b) alla corretta interpretazione ed applicazione dell'ACN, del presente Accordo e degli Accordi aziendali;
 - c) alla negoziazione di nuovi accordi in base alle risorse che si rendessero disponibili alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni ospedale territorio o per maggiori finanziamenti.





Articolo 2
FLESSIBILITA' OPERATIVA, RIORGANIZZAZIONE DEGLI ORARI E MOBILITA'
(articolo 17 dell'ACN)

1. Al fine di adeguare maggiormente l'offerta di prestazioni o attività specialistiche e professionali, alla domanda dell'utenza, le aziende possono adottare, ferma restando la garanzia del mantenimento dell'orario complessivo di incarico dello specialista, provvedimenti di flessibilità operativa anche temporanea, riorganizzazione degli orari e mobilità come di seguito specificato.
2. La flessibilità operativa nell'ambito di una azienda può riguardare:
 - a) modificazioni dei turni orari di attività nell'ambito della stessa unità operativa;
 - b) concentrazione dell'orario di attività presso una sola unità operativa;
 - c) mobilità per una parte o per l'intero orario di servizio, tra unità operative collocate nello stesso comune;
 - d) mobilità, per una parte o per l'intero orario di servizio, tra unità operative collocate in comuni diversi.
3. I provvedimenti possono essere adottati direttamente dalla azienda solo con il preventivo consenso dello specialista interessato e comunicati al Comitato di cui all'articolo 24 dell'ACN.
4. Allo specialista verrà erogato un compenso aggiuntivo orario per le ore di mobilità pari al 10% della quota oraria di cui ai commi 1, 2, 3 e 4 della lettera A dell'articolo 42 dell'ACN, con contributo previdenziale a carico dell'azienda.
5. Qualora non sussista il consenso dello specialista ambulatoriale si darà seguito alla procedura di cui ai commi 2 (secondo periodo) e 3 dell'articolo 17 dell'ACN con mancata assegnazione del compenso aggiuntivo orario.
6. La mobilità intraaziendale, fermo restando il numero di ore di incarico, può essere richiesta dallo specialista alla direzione sanitaria aziendale, previo parere favorevole del Responsabile della Unità operativa di appartenenza. La mobilità interaziendale regionale, fermo restando il numero di ore di incarico può avvenire solo a richiesta dello specialista ambulatoriale alla direzione sanitaria aziendale di competenza, previo parere favorevole del Responsabile della Unità operativa di appartenenza e della Direzione Sanitaria di Appartenenza.
7. Nel caso di mobilità disposta dalla azienda gli specialisti ambulatoriali vengono graduati sulla base della minore anzianità di servizio da specialista.



8. Nella mobilità richiesta dallo specialista si terrà conto della maggiore anzianità di attività specialistica ambulatoriale.
9. Qualora l'azienda provveda a trasferire un dirigente medico ospedaliero in una sede territoriale, ove già operano specialisti ambulatoriali ai sensi del presente ACN, e ciò provochi conseguentemente un oggettivo esubero dei medici specialisti, il provvedimento aziendale, deve essere preventivamente concordato con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative degli specialisti ambulatoriali.



A handwritten signature in black ink, written vertically. A long arrow points from the signature towards the bottom of the page.

A handwritten signature in black ink, located at the bottom right of the page.



Articolo 3
**ASSEGNAZIONE DI TURNI DISPONIBILI A TEMPO INDETERMINATO E
DETERMINATO (articolo 22 dell'ACN)**

1. Gli incarichi assegnati a tempo determinato e rinnovati ai sensi dei commi 10 e 11 dell'articolo 23 dell'ACN per il permanere delle esigenze aziendali che ne hanno determinato la pubblicazione, economicamente più onerosi per le Aziende, devono essere trasformati nei tre mesi successivi al rinnovo in incarichi a tempo indeterminato, previo consenso dello specialista interessato, con provvedimento del Direttore Generale della Azienda. Il provvedimento andrà comunicato al Comitato Zonale competente.
2. Agli specialisti destinatari del provvedimento di trasformazione dell'incarico si applicano le condizioni economiche del tempo indeterminato e l'anzianità per la partecipazione alle assegnazioni orarie ex articolo 23 dell'ACN a far data dalla prima assegnazione a tempo determinato purché l'incarico sia stato mantenuto continuativamente fino al provvedimento di trasformazione.
3. Nel caso di incarichi a tempo determinato assegnati allo specialista in più aziende della stessa regione ed in tempi differenti, stante l'unicità del rapporto con il SSN ai sensi del articolo 13 comma 3 dell'ACN, all'atto di trasformazione dell'incarico a tempo indeterminato presso una sola azienda regionale, tutti i restanti rapporti devono intendersi trasformati alla stessa data.



Articolo 4
ZONE DISAGIATE
(articolo 42 dell'ACN)



1. Sono da considerarsi poste in zone disagiate di cui al comma 11 lettera B dell'articolo 42 dell'ACN, in analogia con quanto previsto dalla delibera della Giunta Regionale dell'Abruzzo n° 674 del 19/06/2006, tutte le unità operative che insistono in **comuni facenti parte delle Comunità Montane con popolazione fino a cinquemila abitanti.**
2. L'individuazione di ulteriori sedi disagiate e disagiatissime è demandata agli Accordi aziendali.
3. Ai medici specialisti ambulatoriali convenzionati a tempo indeterminato che svolgono l'attività nelle predette sedi spetta un compenso orario aggiuntivo pari al 20% della quota oraria di cui ai commi 1, 2, 3 e 4 della lettera A dell'articolo 42 dell'ACN.
4. Ai medici specialisti ambulatoriali convenzionati a tempo determinato che svolgono l'attività nelle predette sedi spetta un compenso orario aggiuntivo pari al 20% della quota oraria di cui ai commi 1, 2, 3 e 4 dell'articolo 50 dell'ACN.





Articolo 5
COMMISSIONE PARITETICA AZIENDALE
(articolo 22 dell'ACN)

1. La commissione paritetica aziendale è costituita da quattro componenti medici:
 - a) due medici specialisti, di cui almeno uno specialista nella branca oggetto di pubblicazione, nominato dalla azienda che richiede la pubblicazione del turno.
 - b) due medici specialisti ambulatoriali, di cui almeno uno specialista nella branca oggetto di pubblicazione o branca equipollente, nominati dai rappresentanti degli specialisti ambulatoriali componenti del Comitato Zonale che pubblica il turno.
2. All'atto della richiesta di pubblicazione del turno specialistico al competente comitato zonale, l'Azienda comunica i nominativi dei componenti di parte aziendale che costituiranno la commissione paritetica mentre in sede di Comitato Zonale le organizzazioni sindacali individueranno i nominativi di loro competenza .
3. Il Comitato Zonale individua tra coloro che avranno autocertificato all'atto della dichiarazione di disponibilità il possesso delle capacità professionali richieste, gli aventi diritto secondo le priorità sancite dall'articolo 23 dell'ACN, e li invita a produrre entro venti giorni al Comitato la documentazione di seguito indicata, comprovante le capacità professionali richieste.
4. L'elenco degli ammessi e la documentazione vengono trasmesse alla Commissione Aziendale Paritetica, che entro 20 (venti) giorni dalla ricezione fornirà a maggioranza il giudizio di idoneità degli specialisti aspiranti all'incarico, trasmettendo gli atti al Comitato Zonale che individua l'avente diritto al turno oggetto di pubblicazione.
5. La commissione paritetica valuterà le capacità professionali richieste sulla base dei seguenti titoli:
 - a) Titoli di servizio;
 - b) Attestazioni di strutture pubbliche;
 - c) Attestazioni di strutture private accreditate;
 - d) Attestazioni di istituti scientifici;
 - e) Attestazioni di istituti universitari;
 - f) Corsi.





Articolo 6
FORMAZIONE CONTINUA
(Articolo 33 dell'ACN)

1. Al fine di determinare l'ammontare del finanziamento per l'aggiornamento professionale e la formazione continua di cui all'articolo 33 dell' ACN, in analogia a quanto previsto per i dipendenti, per i quali si fa riferimento alla Circolare del Ministero della Funzione Pubblica n° 14 del 24/04/1995 che prevede una cifra annua pari al 1% del monte salari, le parti convengono sul 1% riferito all'ammontare complessivo della spesa sostenuta annualmente dalle aziende sanitarie nell'ambito regionale per la retribuzione dei medici specialisti e generici ambulatoriali convenzionati ai sensi dell'ACN del 23/03/2005.
2. Entro il mese di febbraio di ciascun anno, le aziende comunicano al comitato regionale ex articolo 25 del vigente ACN i dati risultanti dal quarto rendiconto trimestrale riferito all'anno precedente. Il comitato regionale individua l'importo complessivo annuale della suddetta spesa e sulla stessa calcola la percentuale pari al 1% da destinare alle attività di formazione nell'anno successivo.
3. Tale importo è suddiviso tra le aziende sulla base di una valutazione complessiva che la regione (direzione sanità), di concerto con il comitato regionale di cui all'articolo 25 del vigente ACN effettuerà tenendo conto delle necessità di sviluppo dell'attività di formazione e delle sue effettive possibilità di svolgimento.
4. Relativamente all'anno 2007 viene destinato alla formazione continua il 1% della spesa annuale sostenuta per la retribuzione dei medici specialisti ambulatoriali interni al 31 dicembre dell'anno precedente.
5. Nel mese di settembre di ciascun anno il Comitato Regionale si riunisce per la programmazione delle attività formative in collaborazione con la struttura competente regionale.
6. L'attività di formazione, alla quale sono tenuti a partecipare i medici specialisti, può essere svolta anche presso aziende diverse rispetto a quelle presso le quali si svolge l'attività di incarico.
7. Le attività di formazione cui destinare il suddetto finanziamento comprendono:
 - a) i corsi di aggiornamento organizzati dalle aziende su temi formativi di interesse regionale;



- b) i programmi stabiliti dalle aziende di frequenza obbligatoria ad iniziative di aggiornamento professionale attuate da altri soggetti individuati dalla stessa azienda;
- c) i percorsi formativi autogestiti dai sanitari convenzionati autorizzati dalle aziende nel rispetto di quanto previsto dalle disposizioni del vigente Accordo Collettivo Nazionale.
8. Le parti concordano per quello che attiene all'accordo regionale per la formazione continua, di stabilire un tetto massimo del corrispettivo orario di 4 settimane lavorative riservandone metà alla formazione continua promossa dal SSN e metà alla formazione autogestita.
9. Qualora la programmazione aziendale e regionale sia per qualsiasi motivo insufficiente a coprire il 70% del debito formativo annuale, lo specialista avrà la facoltà di acquisire ulteriori crediti formativi in modo autonomo allo scopo di ottenere l'intero monte crediti previsto. Il permesso retribuito ed il rimborso spese documentato dovranno essere concessi per la durata degli eventi formativi nonché per il raggiungimento della sede degli stessi se fuori regione.
10. E' prevista la possibilità di sviluppare percorsi formativi finalizzati ad acquisire competenze specifiche coerenti con gli obiettivi regionali ed aziendali. In tale ambito si possono prevedere periodi di frequenza clinica, acquisito il consenso della azienda, presso ospedali, cliniche universitarie o altre strutture idonee, fermo restando il riconoscimento del permesso retribuito.
11. Le parti inoltre concordano di promuovere appositi incontri appena saranno effettivamente operanti i nuovi regolamenti che disciplineranno la gestione dei crediti formativi.
12. Le parti convengono nell'ambito della formazione permanente, sulla funzione docente del medico specialista per la formazione professionale, infermieristica, dell'educazione sanitaria nelle scuole oltre che nelle aree dell'insegnamento universitario pre e post laurea e specialistico, aggiornamento ed audit, ricerca clinica epidemiologica e sperimentazione.





Articolo 7
PROGRAMMI E PROGETTI FINALIZZATI
(Articolo 31 dell'ACN)

1. Gli specialisti ambulatoriali costituiscono risorsa fondamentale a disposizione delle Aziende nei processi di riorganizzazione delle cure primarie, di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, di consolidamento dei livelli essenziali di assistenza. L'ACN all'art. 31 riconosce tale risorsa e demanda alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e le modalità di attuazione.
2. L'art. 2 co. 4 rimanda al livello negoziale aziendale la definizione dei progetti e delle attività necessarie all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.
3. Rappresentano programma o progetto finalizzato:
 - a) la partecipazione degli specialisti ai gruppi di cure primarie;
 - b) la partecipazione a progetti regionali o aziendali volti alla riduzione della spesa farmaceutica;
 - c) gli interventi per l'abbattimento delle liste d'attesa, che costituiscono elemento di sofferenza e distorsivo dell'intero sistema sanitario tale da mettere in pregiudizio gli stessi livelli essenziali di assistenza
 - d) 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 ed al rinvio al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta;
 - e) il miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali (trasparenza ed equità delle modalità di accesso, appropriatezza delle prestazioni, semplificazione dell'intero percorso diagnostico-terapeutico, collaborazione funzionale fra branche e servizi e concentrazione di prestazioni per ridurre gli accessi dell'utenza);
 - f) progetti obiettivo inerenti patologie ad alto impatto socio-economico;
 - g) educazione sanitaria.
4. La partecipazione almeno ad uno dei progetti e programmi finalizzati sopra elencati, comporta l'erogazione dell'intera quota di ponderazione al medico specialista, oltre allo specifico compenso progettuale.
5. La quota di ponderazione è definita dai commi 1, 2 e 3 della lettera B dell'articolo 42 dell'ACN (quota variabile).



6. L'adesione dello specialista ambulatoriale a tempo indeterminato ed a tempo determinato ai progetti di cui al precedente comma 3 comporta l'erogazione della intera quota di ponderazione di cui al comma 5.

7. Sono progetti e programmi finalizzati che comportano l'erogazione di specifico compenso progettuale:

- a) lo sviluppo dell'informatizzazione sanitaria nel contesto della definizione, con il concorso del MMG e pediatri di libera scelta dei gruppi di cure primarie, di percorsi di gestione delle principali patologie (metaboliche, cardiovascolari, degenerative, neoplastiche);
- b) la gestione delle urgenze differibili;
- c) il potenziamento dell'assistenza odontoiatrica;
- d) l'organizzazione di corsi di formazione specifica per i medici ambulatoriali;
- e) la partecipazione a specifiche iniziative progettuali aziendali in risposta a criticità di interesse locale;
- f) l'educazione terapeutica;
- g) tutti i progetti e programmi finalizzati organizzati a livello regionale o aziendale nelle unità territoriali di erogazione di cure primarie.

8. Il fondo per i progetti e programmi finalizzati di cui al precedente comma è costituito dal 15% della somma annua dei compensi di cui all'articolo 42 lettera A dell'ACN così come previsto dall'articolo 31 dello stesso Accordo integrato dall'intera quota di ponderazione di cui al precedente comma 6.

9. L'adesione dello specialista ambulatoriale a tempo indeterminato ed a tempo determinato ai progetti di cui al precedente comma comporta l'erogazione di € 2 per ora di incarico per progetto, oltre allo specifico compenso progettuale di seguito definito.

10. Costituiscono necessario completamento al processo organizzativo gli accordi aziendali di cui all'art. 31 comma 3; tali accordi di durata annuale ed automaticamente rinnovati, salva diversa previsione, devono essere obbligatoriamente stipulati entro il mese di gennaio di ciascun anno; in sede di prima applicazione devono essere stipulati entro 60 giorni dalla firma del presente Accordo Regionale.



Articolo 8
SALDO QUOTA VARIABILE
(Articolo 42 dell'ACN)



1. L'emolumento corrisposto alla data di approvazione del presente accordo regionale agli specialisti ambulatoriali quale quota variabile di cui alla lettera B dell'articolo 42 dell'ACN costituisce acconto del riparto del fondo di ponderazione qualitativa, non riassorbibile in altra voce retributiva come definito dai commi 1 e 4 del citato articolo.
2. La Regione e le OO. SS. convengono che la quota residua del fondo venga erogata agli specialisti ambulatoriali per le annualità 2004, 2005 e 2006, per la partecipazione degli stessi ai programmi regionali di abbattimento delle liste di attesa, di cui al precedente Accordo Integrativo Regionale.
3. La differenza fra emolumento erogato in acconto e saldo della quota variabile ammonta ad euro 1, 925 per ora di incarico dal 01/01/2004.
4. Dal 31/12/2004 l'importo aumenta di euro 0,245 per ora di incarico; dal 31/12/2005 l'incremento è pari a euro 0,22 per ora di incarico.
5. Tali compensi verranno incrementati delle quote di anzianità resesi nel tempo disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli professionisti pari a € 0,22 per ora di incarico dal 31/12/2006 per anno; tale quota andrà erogata anche agli specialisti cessati dal servizio.
6. La mancata stipula degli accordi ed aziendali comunque comporta l'erogazione della intera quota di ponderazione a far data dal 01/01/2004.
7. L'indennità per la esecuzione delle prestazioni protesiche (protesi dentarie ed implantologia, cure ortodontiche) ed attività ortesica di cui all'Allegato "C" spetta per le ore di incarico dedicate in modo esclusivo a tali attività. La regione e le OO.SS concordano che tale indennità pari ad un emolumento aggiuntivo orario di euro 3,14 venga portato a euro 6 alla data della stipula del presente Accordo.





CAPO II

**RUOLO PROFESSIONALE DELLO SPECIALISTA AMBULATORIALE
(art. 28 dell'ACN)**





PRINCIPI GENERALI

1. Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino, intesa quale fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) demanda al livello "dell'assistenza specialistica distrettuale", il compito di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica di integrazione con l'assistenza di medicina generale e di apporto e di interconnessione con quella ospedaliera e degli altri servizi.
2. Le Aziende si avvalgono degli specialisti ambulatoriali, parte attiva e qualificante del Servizio Sanitario, per l'erogazione di tutti gli interventi specialistici, diagnostico-terapeutici, preventivi e riabilitativi nell'assistenza primaria, utilizzando le ore di attività formalmente deliberate in sede aziendale e garantendo, comunque, la partecipazione della componente specialistica ambulatoriale alla copertura delle espansioni di attività dell'area complessiva dell'assistenza specialistica, in relazione alle future esigenze, secondo regole e modalità della programmazione sanitaria regionale, alla definizione della quale partecipa di diritto la componente sindacale dei medici specialisti ambulatoriali.
3. Lo specialista ambulatoriale è di diritto inserito dall'ACN negli organismi preposti alla definizione ed alla programmazione della assistenza territoriale, a livello delle unità operative, dei distretti e delle aziende.
4. Le Aziende provvederanno alla ricognizione del monte ore storico della specialistica ambulatoriale da comunicarsi a livello regionale. Nel caso di potenziamento delle attività di una o più branche specialistiche, le ore derivanti saranno attribuite con le modalità di cui agli artt.22 e 23 dell'ACN.
5. le attività dei medici specialisti ospedalieri sul territorio, derivanti dalla riorganizzazione della rete ospedaliera e dal potenziamento dei servizi territoriali, non devono comportare un utilizzo delle ore di cui ai commi precedenti.





Articolo 1

ATTIVITA' AMBULATORIALE

1. 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 attraverso progetti obiettivo specifici;
 - c) partecipa alle disposizioni aziendali in materia di preospedalizzazione, di dimissioni protette anche con compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale. Le visite dei pazienti in regime di ricovero aperto verranno sempre considerate come attività esterna e quindi remunerate in base all'art. 32 dell'ACN.
2. Assicura il consulto con il medico di medicina generale, con il pediatra di libera scelta, nonché il consulto specialistico interdisciplinare previa autorizzazione della azienda (responsabile della unità operativa) che dovrà motivare per iscritto l'eventuale diniego. I consulti saranno remunerati in base al nomenclatore tariffario allegato D.
3. Realizza le attività specialistiche di supporto e di consulenza richieste dall'azienda finalizzate a certificazioni medico legali (legge 626, enpi, etc.). Tali prestazioni andranno sempre considerate come attività esterna quindi remunerate in base all'art. 32 dell'ACN. Nel caso in cui un presidio ospedaliero manchi di reparti specialistici, lo specialista ambulatoriale in forza nel territorio su cui insiste il presidio stesso, deve essere prioritariamente consultato per la disponibilità ad effettuare detta attività di consulenza.
4. Redige certificazioni medicolegali a fini pensionistici ed amministrativi, considerate attività esterna e quindi remunerate in base all'art. 32 dell'ACN.



Articolo 2
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO



1. Al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate, le aziende devono garantire nei poliambulatori pubblici, i requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi necessari allo svolgimento delle attività, quali ad esempio la presenza di personale tecnico ed infermieristico, le misure idonee alla tutela della salute psico-fisica degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti sul luogo di lavoro, secondo le norme vigenti.
2. Spetta ai Responsabili di Branca e/o allo specialista componente l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali vigilare sugli standard qualitativi delle strutture.
3. Agli specialisti ambulatoriali è riconosciuta piena autonomia professionale.
4. L'accesso ai servizi specialistici avviene con un sistema di prenotazioni, gestito attraverso le agende cup.
5. L'organizzazione di tali agende compete allo specialista sentito il Responsabile di Branca, e al fine di garantire l'appropriatezza delle prestazioni, deve prevedere tempi dedicati alle cosiddette prime visite e tempi dedicati alle visite successive ed alle prestazioni accessorie. La prenotazione delle prime visite può essere effettuata da qualunque punto di accesso al cup aziendale.
6. Per una completa presa in carico del paziente, le visite successive e le prestazioni accessorie vengono richieste direttamente dallo specialista ambulatoriale su ricettario del SSN e immediatamente dallo stesso prenotate.
7. Ai fini di una corretta rilevazione statistica delle prestazioni eseguite, le stesse dovranno essere in seguito inserite tra le prestazioni realmente effettuate, o se eseguite nella stessa giornata, inserite in più con il meccanismo della forzatura.
8. Qualora le prenotazioni siano state tutte soddisfatte prima del termine dell'orario stabilito dalla lettera d'incarico, lo specialista ambulatoriale o il professionista resta a disposizione fino alla scadenza di detto orario e utilizza l'orario residuo per i compiti legati alla organizzazione del servizio o derivanti da eventuali incarichi aziendali.
9. Si demanda alla contrattazione aziendale la disponibilità ad eseguire le prestazioni di urgenza differita.
10. Qualora sia necessario superare occasionalmente l'orario di servizio, anche a richiesta dello specialista ambulatoriale l'azienda provvede ad autorizzare il



prolungamento previo assenso dello specialista, con modalità organizzative
compenso da definire in sede di accordo aziendale.

11. Con accordo regionale si definisce che fermo restando quanto previsto dall'art. 16,
comma 2, ACN 23-03-2005, le ore non effettuate vanno comunicate allo specialista
entro 90 giorni. Lo specialista è tenuto a recuperare le ore non effettuate,
concordando le modalità di recupero con il responsabile della struttura ove opera,
nei 90 giorni successivi, e solo in caso di mancato recupero potranno essere
trattenute dallo stipendio base.



[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]



Articolo 3
**INTEGRAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CON LE STRUTTURE DI
RICOVERO**

1. Ai fini dell'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e strumentali presenti nelle strutture della ASL e della razionalizzazione degli acquisti, nell'ambito del concetto di strutture a rete integrata tra presidi ospedalieri e distrettuali si prevede quanto segue:
 - a) possibilità di utilizzare su richiesta dello specialista ambulatoriale la strumentazione esistente nei presidi ospedalieri della asl, ottimizzandone l'utilizzo della stessa;
 - b) definizione dei percorsi di utilizzazione su richiesta dello specialista ambulatoriale dei presidi ospedalieri della ASL, per dare attuazione alla continuità terapeutica di cui all'articolo 2 comma 1 lettera e;
 - c) l'eventuale impossibilità ad autorizzare la richiesta dei precedenti commi 1 2 deve essere motivata dal direttore sanitario del presidio, sentiti i sindacati maggiormente rappresentativi.
2. Nel caso in cui un presidio ospedaliero manchi di reparti specialistici, lo specialista ambulatoriale in forza nel territorio su cui insiste il presidio stesso, deve essere prioritariamente consultato per la disponibilità ad effettuare attività di consulenza per i degenti.





Articolo 4

ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE DELLA ASSISTENZA TERRITORIALE

1. La partecipazione dei medici specialisti ambulatoriali interni alla definizione e programmazione della attività assistenziale sanitaria territoriale è realizzata dai:
 - a) coordinatori di branca specialistica;
 - b) rappresentanti degli specialisti ambulatoriali componenti dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali ai sensi del comma 2 dell'articolo 28 della legge 229/99.



Articolo 5
COORDINATORE DI BRANCA SPECIALISTICA



A Individuazione

1. L'ambito di riferimento per l'individuazione del responsabile di branca è variabile in relazione alla situazione organizzativa complessiva della Azienda ed alle sue dimensioni.
2. Per rispondere adeguatamente alle esigenze dipendenti dall'assetto aziendale, in ciascuna azienda viene definito tra i rappresentanti della Azienda ed i rappresentanti della Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, il livello di individuazione del responsabile di branca, che può essere diversamente articolato all'interno della stessa Azienda, cioè:
 - a) L'*Unità Operativa*, purché sussistano i requisiti a livello di unità operativa;
 - b) Il *Distretto (Macroarea)*, purché sussistano i requisiti a livello di macroarea;
 - c) Il *Dipartimento* purché sussistano i requisiti a livello di dipartimento;
 - d) L'*Azienda*, qualora i requisiti sussistano in relazione all'ambito territoriale complessivo della Azienda.
3. Sono requisiti per l'individuazione del responsabile di branca:
 - a) La presenza di più di un sanitario convenzionato addetto alla stessa.
 - b) Le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale possono disporre, in accordo con l'Azienda, l'accorpamento di più branche specialistiche, secondo criteri di affinità e di funzionalità.
 - c) La titolarità della direzione tecnica di laboratorio.
4. Con riferimento agli ambiti individuati con i criteri su esposti, il Responsabile della Macroarea, il Responsabile della Unità Operativa, il Responsabile del Distretto e il Direttore Sanitario, secondo le rispettive competenze, indicano entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo la "Conferenza di branca" per l'individuazione tra loro, da parte degli specialisti convenzionati, del responsabile di branca.
5. Alla Conferenza partecipano di diritto gli specialisti convenzionati della branca operativa nell'ambito precedentemente definito
6. Lo specialista in patologia clinica che ai sensi della normativa vigente, svolge la funzione di direttore tecnico responsabile del laboratorio analisi, assume l'incarico di responsabile di branca (art. 30, comma 15). Qualora la direzione tecnica sia



- affidata ad altro specialista non convenzionato, il responsabile di branca è individuato secondo le regole generali
7. Previo suo assenso, il Responsabile di Branca è individuato a maggioranza dagli specialisti presenti operanti nella branca. In caso di parità prevale lo specialista con maggior orario di incarico a tempo indeterminato o maggiore anzianità di incarico nella struttura di riferimento di cui al punto 1.2.
 8. Della conferenza è redatto apposito verbale, sottoscritto dal soggetto che l'ha indetta e dagli specialisti convenzionati presenti.
 9. Sulla base del verbale di cui al comma precedente, il responsabile di branca è nominato con provvedimento del Direttore Generale
 10. Qualora il suddetto termine di 30 giorni dalla data di entrata in vigore del presente accordo sia trascorso senza che la conferenza di branca sia stata indetta, le organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale ai sensi dell'articolo 20, comma 11 dell'accordo nazionale, sentiti gli specialisti interessati e ottenuto il consenso degli specialisti designati a responsabili di ciascuna branca, formulano una proposta complessiva per la loro individuazione, tenendo conto dei requisiti necessari per la formalizzazione degli stessi, indicati al numero 1.3 del presente articolo.
 11. L'Azienda ha la facoltà di convocare entro 15 giorni dal ricevimento della proposta sindacale di cui al punto precedente, le "Conferenze di branca", per l'espletamento delle formalità già descritte al punto 1.4.
 12. Nel caso in cui l'Azienda non eserciti la facoltà di convocazione nel termine stabilito, la proposta sindacale s'intende accolta ed è recepita con provvedimento del Direttore Generale.
 13. Le funzioni, i compiti ed i compensi spettanti al responsabile di branca decorrono dalla data della notifica del provvedimento allo specialista interessato.
 14. L'incarico di responsabile di branca ha durata biennale ed è tacitamente rinnovabile non oltre l'anno successivo, salvo rinuncia dello specialista.
 15. Dopo il primo anno di incarico almeno un terzo degli specialisti aventi titolo può avanzare richiesta scritta, al responsabile di cui al n° 1.4 affinché indichi la conferenza di branca per l'individuazione di un nuovo responsabile.
 16. Lo specialista può dare le dimissioni dall'incarico di responsabile di branca in qualsiasi momento, con un preavviso di 20 giorni, mediante lettera raccomandata

diretta al Direttore Generale e, per conoscenza, al responsabile dell'attività specialistica nel cui ambito svolge il proprio servizio.



B Funzioni e compiti del responsabile di branca

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 specialistiche ambulatoriali erogate nei presidi ove operano specialisti convenzionati.
2. Ferma restando l'autonomia professionale dei singoli specialisti, al responsabile di branca possono essere assegnati dai competenti dirigenti sanitari della azienda compiti organizzativi di indirizzo e di monitoraggio delle attività specialistiche territoriali relative alla branca stessa.
3. Il responsabile di branca deve essere sentito dall'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali per le problematiche concernenti la relativa specialità, compresi gli aspetti erogativi delle prestazioni.
4. Lo specialista convenzionato membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali cura un costante rapporto con i responsabili di branca al fine di assicurare all'Ufficio stesso una corretta informazione sull'andamento erogativo delle specialità assicurate a livello territoriale e sulla sussistenza di eventuali problematiche assistenziali.
5. In particolare il responsabile di branca collabora mediante proposte e pareri con la dirigenza medica responsabile del servizio presso il quale opera (distretto, poliambulatorio, altra struttura aziendale) al fine di:
6. Assicurare una offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali adeguata al bisogno di salute dei cittadini.
7. Partecipare alla costruzione di percorsi clinicodiagnostici unitamente ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, ai medici dei dipartimenti ospedalieri al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza al sistema delle cure primarie.
8. Affrontare e risolvere, nell'ambito delle risorse disponibili, i problemi operativi concernenti la branca specialistica;
9. Garantire il supporto tecnico-professionale alle iniziative distrettuali ed aziendali che comportano il coinvolgimento della specialistica ambulatoriale;
10. Organizzare gli orari d'erogazione delle prestazioni in modo da facilitare l'accesso da parte dei cittadini;



11. Organizzare ed assicurare l'assistenza specialistica domiciliare ed ambulatoriale anche nell'ambito della assistenza domiciliare integrata (ADI);
12. Organizzare ed assicurare l'attività specialistica ambulatoriale nelle strutture residenziali e semiresidenziali, nelle strutture di ricovero e negli hospice.
13. Inoltre il responsabile di branca può avanzare proposte ai dirigenti sanitari responsabili della gestione dei servizi per:
14. L'organizzazione di un sistema corretto di informazione su disponibilità e modalità di accesso alle attività specialistiche ambulatoriali a favore dei cittadini, compresi modelli di comunicazione efficaci;
15. L'elaborazione di programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, mediante il pieno utilizzo delle risorse assistenziali disponibili ed il miglioramento della appropriatezza delle prescrizioni secondo quanto previsto dalle linee guida formulate dai competenti soggetti in base al piano sanitario nazionale;
16. L'innovazione tecnologica delle dotazioni strumentali necessarie allo svolgimento delle attività specialistiche ambulatoriali;
17. La stesura di programmi aziendali concernenti la formazione continua degli specialisti ambulatoriali in modo da assicurare la corrispondenza dell'aggiornamento professionale e della formazione permanente alle necessità evidenziate a livello territoriale attraverso l'analisi della domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali avanzate dalla utenza.

C Compensi

1. Al responsabile di branca di unità operativa e di distretto (macroarea), è corrisposto per lo svolgimento dei compiti previsti dal presente accordo regionale, un emolumento pari a quello previsto dal comma 1 dell'articolo 3 del punto 1 dell'Accordo regionale per la Medicina Specialistica Ambulatoriale di cui alla DGR dell'Abruzzo n° 411 del 23/05/2001, riferito all'intero monte ore settimanale di incarico e comunque non inferiore ad un minimo di tre ore settimanali, con contributo previdenziale a carico dell'azienda.
2. Al responsabile di branca aziendale e/o del dipartimento è corrisposto per lo svolgimento dei compiti previsti dal presente accordo regionale, l'emolumento di cui al comma 1 del presente articolo, maggiorato del 5% del compenso orario riferito



all'intero monte ore settimanale di incarico e comunque non inferiore ad un minimo di quattro ore settimanali, con contributo previdenziale a carico dell'azienda.

3. Gli orari di attività aggiuntivi rispetto all'orario risultante dal provvedimento di conferimento di incarico, dedicati in modo esclusivo allo svolgimento dei compiti che fanno carico al responsabile di branca sono considerati come attività di servizio agli effetti economici di cui all'articolo 42 lettera A. Detti orari aggiuntivi devono essere preventivamente concordati con l'azienda. Verranno corrisposti anche i rimborsi chilometrici motivati ai sensi dell'articolo 46, e riconosciuta la copertura assicurativa globale contro i rischi derivanti dall'incarico ai sensi dell'articolo 41 dell'ACN.



Handwritten signature and a large arrow pointing upwards.



Articolo 6
**RAPPRESENTANTE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI COMPONENTE
DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI**

A Individuazione

1. Ai sensi dell'art. 3-sexies, comma 2, del D.L.vo n.229/99, lo specialista partecipa di diritto, insieme al rappresentante dei medici di medicina generale, dei medici di continuità assistenziale e al rappresentante dei pediatri di libera scelta, all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.
2. Il rappresentante è eletto dai medici specialisti ambulatoriali in servizio presso il distretto (macroarea) con le stesse modalità e negli stessi tempi dei rappresentanti delle altre categorie sanitarie presenti nell'Ufficio di coordinamento.

B Funzioni e compiti

1. Il Rappresentante degli specialisti ambulatoriali componente dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali svolge le funzioni di referente funzionale ed organizzativo per le specialità in cui operano specialisti ambulatoriali nei confronti del Responsabile del Distretto (Macroarea).
2. Cura un costante rapporto con 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.
3. Partecipa alla progettazione, organizzazione, coordinamento e verifica delle attività integrate nei gruppi di cure primarie (equipe territoriale)
4. Partecipa alla progettazione, organizzazione anche in fase sperimentale di unità complesse (UTAP).
5. Si rapporta con il referente aziendale, al fine di garantire livelli uniformi di assistenza in ambito aziendale per quanto attiene l'attuazione della organizzazione della assistenza specialistica:
 - a) nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI);
 - b) nell'ambito delle strutture residenziali e semiresidenziali;
 - c) negli hospices.

C Compensi

1. Al Rappresentante degli specialisti ambulatoriali componente dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è corrisposto per lo svolgimento dei compiti previsti dal presente accordo regionale, un emolumento pari a quello previsto per la figura del responsabile di branca aziendale o di dipartimento.
2. Gli orari di attività aggiuntivi rispetto all'orario risultante dal provvedimento di conferimento di incarico, dedicati in modo esclusivo allo svolgimento dei compiti che fanno carico al rappresentante sono considerati come attività di servizio agli effetti economici di cui all'articolo 42 lettera A. Detti orari aggiuntivi devono essere preventivamente concordati con l'azienda. Verranno corrisposti anche i rimborsi chilometrici motivati ai sensi dell'articolo 46, e riconosciuta la copertura assicurativa globale contro i rischi derivanti dall'incarico ai sensi dell'articolo 41 dell'ACN.



NORME FINALI**NORMA FINALE n° 1**

1. La costituzione di Comitati Tecnici, Commissioni, Gruppi di Lavoro ed Organismi per progetti e sperimentazioni inerenti l'assistenza sanitaria territoriale, deve prevedere la presenza dei medici specialisti ambulatoriali interni designati rispettivamente:
- dalle organizzazioni sindacali tramite i comitati zionali di cui all'art. 24 ACN del 23-03-2005, per progetti e sperimentazioni a livello aziendale;
 - dal comitato regionale di cui all'art. 25 ACN del 23-03-2005, per progetti e sperimentazioni a livello regionale.

NORMA TRANSITORIA n° 1

1. Resta fermo l'obbligo per le aziende di assicurare la copertura dei turni specialistici ambulatoriali disponibili attraverso le branche contemplate nell'allegato A Parte Prima dell'ACN. Limitatamente ai rapporti posti in essere nell'ambito dell'assistenza agli internati tossicodipendenti, in virtù del decreto legislativo 230/99, le parti concordano che possono essere applicate le disposizioni di cui all'articolo 13, comma 1 dell'ACN anche ai rapporti instaurati successivamente alla data di entrata in vigore dell'ACN stesso, purché in sostituzione di medici addetti ad attività generica, individuati dal Decreto del Ministero di Grazia e Giustizia e Ministero della Salute del 10/04/2002, a condizione peraltro che il relativo incarico sia stato conferito entro e non oltre il 31/12/2006.

DICHIARAZIONE A VERBALE N° 1

Le parti sindacali in ordine alla figura del referente aziendale, considerato che detta figura svolge un ruolo essenziale e qualificante nel governo clinico della medicina specialistica, raccomandano di affrontare lo specifico problema in una prossima fase successiva, ed in attesa dell'emanazione del Piano Sanitario Regionale e degli Atti Aziendali, anche e per effetto dell'art. 28, comma 2, dell'ACN 23/03/2005.

Accordo collettivo regionale per la disciplina dei rapporti tra i medici specialisti ambulatoriali interni ed il SSN



DICHIARAZIONE A VERBALE N° 2

Le parti sindacali in ordine all'art. 7, comma 7, punto a) del presente Accordo Collettivo Regionale, auspicano che il progetto descritto venga prioritariamente organizzato e finanziato dalla Regione Abruzzo, compatibilmente con le risorse disponibili.

Le parti sindacali si impegnano alla realizzazione e costruzione del progetto, in quanto ritenuto strategico ai fini del governo clinico e concorrere peraltro all'abbattimento dei costi impropri della Sanità Abruzzese.



Letto, approvato e sottoscritto



L'Assessore Regionale alla Sanità dr. Bernardo MAZZOCCA

FIRMATO

[Handwritten signature]

Il Segretario Regionale SUMAI dr. Franco LONGHI

FIRMATO

[Handwritten signature]

Il Segretario Regionale FEDERAZIONE MEDICI dr. Cesare DI CARLO

FIRMATO

[Handwritten signature]

Il Segretario Regionale

FIRMATO

Pescara, **2 APR. 2007**



La presente copia è conforme all'originale
e si compone di fogli 36 e di 36
Fogli per comodità e utilizzo da apposto
in data 03/04/2007 presso la Direzione Regionale Sanità.

Pescara, li 3 APR. 2007

[Handwritten signature]
Ufficio Convenzioni, Graduatorie e
Formazione Medicina Specialistica
Il Responsabile
Dott.ssa Anna Maria SCARAZZA

