

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI
CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI E ALTRE
PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)
AMBULATORIALI CONVENZIONATI INTERNI**

INDICE

GLOSSARIO	pag. 4
RIFERIMENTI LEGISLATIVI	pag. 4
PREMESSA	pag. 6
CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE	7
1. PROGRAMMAZIONE REGIONALE	pag. 8
Scelte strategiche	pag. 8
Obiettivi strategici	pag. 8
Obiettivi di salute	pag. 9
Obbiettivi di appropriatezza	pag. 10
Sviluppo delle cure primarie	pag. 10
2. AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT)	pag. 11
Definizione e Attività	pag. 12
Referente di AFT	pag. 14
Coordinatore Aziendale delle AFT	pag. 15
Regolamento di funzionamento di AFT	pag. 16
3. BRANCHE SPECIALISTICHE	pag. 16
Funzioni, compiti e compensi	pag. 16
Individuazione del responsabile di Branca	pag. 17
Funzioni e compiti del responsabile di Branca	pag. 18
4. COMPENSI	pag. 19
5. COMPITI E FUNZIONI DEI MEDICI SPECIALISTI, MEDICI VETERINARI E DI ALTRI PROFESSIONISTI AMBULATORIALI	pag. 19
6. PROGRAMMI E PROGETTI FINALIZZATI	pag. 20
7. FONDO AGGIUNTIVO AZIENDALE	pag. 21
8. TELECONSULTO SPECIALISTICO	pag. 22
9. INCOMPATIBILITA'	pag. 22
10. FORMAZIONE CONTINUA	pag. 23
MODALITA' DI REALIZZAZIONE E DI ACCESSO ALLA FORMAZIONE ECM	
OBBLIGHI ECM	pag. 24

A)	Programmazione e gestione della formazione ECM rivolta ai SAI	pag. 25
B)	Partecipazione alla formazione aziendale e regionale	pag. 26
C)	Partecipazione iniziative ECM non comprese nella programmazione regionale	pag. 27
D)	Partecipazione a iniziative ECM oltre il limite di cui ai punti B e C	pag. 27
E)	Riconoscimento del congedo retribuito e dell'orario per attività di formazioni continua	27
F)	Formazione a distanza	pag. 27
	11. INCARICHI DIRIGENZIALI	pag. 28
	12. ISTITUTO DELLA PRONTA DISPONIBILITÀ	pag. 28
	13. PUBBLICAZIONE ED ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI; TRASFERIMENTO	pag. 28
	14. MOBILITA' INTERAZIENDALE	pag. 29
	15. FLESSIBILITA' ORARIA E RECUPERO	pag. 29
	16. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO	pag. 30
	17. PARTECIPAZIONE A COMITATI, COMMISSIONI, ORGANISMI NAZIONALE E REGIONALI, ENTI O ISTITUZIONI SANITARIE PUBBLICHE	pag. 30
	18. UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI E DI BUDGET	pag. 31
	19. ASSISTENZA SPECIALISTICA ESTERNA EX ART. 32	pag. 31
	20. COMITATO REGIONALE	pag. 32
	21. COMITATO ZONALE	pag. 32
	22. INDENNITA' PENITENZIARIA E DI DISAGIATISSIMA SEDE	pag. 33
	23. LIBERA PROFESSIONE IN FAVORE DELL'AZIENDA	pag. 33
	24. ATTIVITA' DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE	pag. 34
	25. TUTELA LEGALE	pag. 34
	NORME FINALI	pag. 34
	NORME TRANSITORIE	pag. 35
	DICHIARAZIONE A VERBALE	pag. 35

GLOSSARIO:

SAI: Specialista Ambulatoriale Interno (Medico, Biologo, Chimico, Psicologo e Veterinario, convenzionato interno con il Servizio Sanitario nazionale)

Responsabile di Branca: è la figura di coordinamento prevista dall'art. 29 dell'ACN vigente. Le sue funzioni e compiti sono previsti dagli Accordi Integrativo Regionali (AIR)

Coordinatore/Referente di AFT: è' la figura di coordinamento prevista dall'art. 8 dell'ACN vigente.

PFA: Piano di Formazione Aziendale

Dossier formativo: strumento di programmazione, di rendicontazione e di verifica a livello individuale o di équipe o di gruppo professionale.

Per ulteriori definizioni si rimanda al glossario di cui all'allegato n. 1 d.1 (Glossario ECM Regione Piemonte)) del "Manuale Accredimento Provider Pubblici e Privati" di cui alla determinazione della Direzione Sanità della Regione Piemonte n. 257 del 12/04/2012.

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

- Legge 23 dicembre 1978 n. 833
- D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni
- L. n. 189/2012 (Legge Balduzzi)
- DPCM del 12.1.2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza"
- Patto per la Salute 2014-2016 rep. 82/CSR del 10 luglio 2014 (il nuovo 2017-2020 ancora non approvato definitivamente)
- DPCM 29 settembre 2015 n. 178 recante il regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE)
- DPCM 12 gennaio 2017 Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502
- Accordo Stato-Regioni n. 160/CSR del 15 settembre 2016 "Piano nazionale della Cronicità" di cui all'art. 5 comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016

- Intesa Stato-Regioni n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019"

- Intesa Stato-Regioni n. 188/CSR del 2 novembre 2017, Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020"

- Intesa Stato-Regioni n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L 5 giugno 2003 n. 131 tra il Governo, Le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'art. 1, comma 280 della L 23 dicembre 2005, n. 266

- Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali; rep. n. 49/CSR del 31 Marzo 2020

- Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – triennio 2016-2018 del 30 Marzo 2021

- Piano Regionale Cronicità

- D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015 "Riordino della rete territoriale"

- Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2022

- DM 77 del 23 maggio 2022. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

- Accordi della Conferenza Stato-Regioni che regolano l'acquisizione dei crediti formativi secondo i criteri definiti dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM).

PREMESSA

La configurazione della piramide demografica e la prevalenza delle malattie cronico-degenerative hanno da tempo assunto anche in Piemonte una rilevanza tale da poter compromettere il sistema di tutela della salute in assenza di una risposta territoriale strutturata.

Le malattie croniche infatti interessano più del 40% della popolazione piemontese e più della metà delle persone sono in condizioni di multi-cronicità con un costo stimato in continuo crescendo.

E' da tempo dimostrata l'insostenibilità di un approccio assistenziale alla cronicità strutturato su un modello di risposta prettamente ospedaliero che non appare in grado di garantire da solo né un efficace livello di prevenzione né i livelli di appropriatezza indispensabili, compromettendo inoltre l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria.

La Regione Piemonte vuole favorire la riorganizzazione dell'assistenza territoriale promuovendo un modello non burocraticamente gerarchizzato (logica top-down), ma una rete di servizi ed attività organizzate secondo una concezione bottom-up che privilegia la cooperazione e fondata sul paradigma del population health management (coinvolgere e responsabilizzare gli assistiti- self management; rafforzare la governance distrettuale; promuovere la pro-attività delle cure; sviluppare la cultura organizzativa improntata alla condivisione -Knowledge management).

La rete dovrà rappresentare l'insieme coordinato di aggregazioni monoprofessionali (AFT), multiprofessionali/multidisciplinari (UCCP/Case della Salute, Case di Comunità o comunque denominate, strutture residenziali sanitarie, Hospice, strutture di cure intermedie, Ospedali di Comunità etc), come previste dalla normativa, e competenze professionali indirizzate alle problematiche e all'assistenza dei pazienti cronici a cui bisognerà assicurare il continuum delle cure attraverso percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, coordinati ed omogenei.

Le competenze professionali e funzioni definite a complessità crescente dovranno consentire lo sviluppo di equipe multiprofessionali e multidisciplinari (MMG, SAI, PLS, infermieri di comunità, farmacisti di comunità, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, etc.) che garantiranno capillarità, prossimità e continuità dell'assistenza in grado di rispondere anche alle eventuali emergenze sanitarie.

Il modello organizzativo "a rete", con forte integrazione intra-territoriale ed ospedale-territorio, si affermerà come un sistema "multicentrico", nel quale ogni componente del sistema dovrà essere in grado di raccordarsi con le altre.

Il percorso assistenziale dovrà essere correlato all'"intensità" di cura adeguato rispetto al grado di complessità del bisogno del paziente e l'offerta dovrà essere differenziata attraverso piani di assistenza individualizzati e concordati tra i componenti dei Team multi-professionali. Il modello fondato sulla gestione delle risposte sanitarie

tramite percorsi assistenziali dovrà accompagnarsi alla valorizzazione delle nuove funzioni e responsabilità degli attori, inclusi gli specialisti ambulatoriali interni, nella gestione dei PDTA nelle reti.

All'interno di questo modello la Regione Piemonte riconosce il ruolo fondamentale degli Specialisti Ambulatoriali Interni nell'ambito delle Cure Primarie e dell'assistenza specialistica di comunità, come parte attiva e qualificante del Servizio sanitario, in integrazione e coordinamento con le altre categorie che operano sul territorio, come previsto dal comma 1 lettera a) e b) dell'art. 3 quinquies del D. L.vo 229/99 e s.m.i. per l'espletamento di tutti gli interventi specialistici diagnostico-terapeutici, preventivi, riabilitativi e palliativi in ambito territoriale.

La presenza capillare della categoria nei Distretti, la flessibilità dell'attività garantita dall'ACN, la continuità di tutti gli interventi specialistici, diagnostici, terapeutici, preventivi e riabilitativi, contribuiscono infatti a realizzare un'offerta al cittadino appropriata e qualificata, anche presso il domicilio, con il supporto della Telemedicina, Teleassistenza e Teleconsulto. Favorisce la riduzione dei tempi di attesa e la minimizzazione dei costi indiretti per l'accesso ai servizi. Garantisce inoltre la sicurezza alimentare e la sanità pubblica animale.

I criteri e le modalità di accesso ai servizi devono essere trasparenti ed equi, l'appropriatezza dell'uso delle risorse della specialistica ambulatoriale dev'essere correlata al bisogno assistenziale, in particolare la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale deve ridurre i disagi per il cittadino, attualmente in molti casi costretto a numerosi e frammentati passaggi per la prescrizione e la prenotazione delle prestazioni, che possono a volte pregiudicare la stessa continuità dell'assistenza e la disaffezione nei confronti dell'assistenza distrettuale, favorendo percorsi alternativi.

Nel presente Accordo, ogniqualvolta ci si riferisce a SAI, è da intendersi: specialisti ambulatoriali interni medici, veterinari e professionisti sanitari ambulatoriali (psicologi, biologi, chimici).

CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE

Il presente AIR individua gli obiettivi e gli strumenti per la specialistica ambulatoriale interna, veterinaria e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali in linea con gli indirizzi della programmazione socio-sanitaria regionale, demandando alla contrattazione aziendale l'attuazione degli obiettivi individuati dalla Regione attraverso gli AAA (Accordi Attuativi Aziendali), definendo le azioni più appropriate sulla scorta delle realtà locali.

Il presente AIR entra in vigore dalla data di adozione del provvedimento di recepimento dello stesso e ha validità fino alla stipula del successivo AIR, fatte salve modifiche ed integrazioni e/o variazioni concordate in ambito regionale e/o nazionale. I precedenti AIR vengono sostituiti dal presente Accordo.

1. PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Scelte strategiche

- 1) Potenziare e consolidare l'offerta specialistica ambulatoriale territoriale e di comunità, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza;
- 2) valorizzare le competenze e attivare sinergie virtuose tra Ospedale e Territorio;
- 3) investire sull'appropriatezza clinica ed organizzativa, con particolare riguardo all'appropriatezza prescrittiva e all'utilizzo di risorse socio-sanitarie, attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile di tutti gli attori e dei cittadini, anche allo scopo di perseguire la riduzione delle liste d'attesa;
- 4) promuovere la partecipazione attiva dei SAI alla governance aziendale, anche attraverso l'attribuzione di funzioni organizzative/gestionali;
- 5) diffondere gli strumenti di clinical governance (Evidence Based Practice, Percorsi assistenziali, Clinical Audit, Clinical Risk Management, Health Technology Assessment), mirati prioritariamente alla qualità delle prestazioni e alla sicurezza dei pazienti;
- 6) promuovere la semplificazione delle procedure amministrative legate ai processi assistenziali;
- 7) definire, applicare e garantire prioritariamente standard quali-quantitativi omogenei sul territorio regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale, riducendo le differenze tra i diversi contesti e superando le disuguaglianze nell'offerta;
- 8) valorizzare le esperienze locali e promuovere le best practices;
- 9) promuovere l'empowerment degli individui e delle comunità per migliorare un appropriato utilizzo dei servizi socio-sanitari.

Obiettivi strategici

- 1) Ottimizzare la presa in carico della cronicità con riferimento al Chronic Care Model, favorendo la multiprofessionalità e multidisciplinarietà attraverso la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Specialistica ambulatoriale interna;
- 2) valorizzare le nuove funzioni del Comitato Regionale e del Comitato Zonale;
- 3) realizzare prioritariamente la presa in carico integrata con la rete MMG/PLS dei pazienti cronici, evitando alla persona in stato di bisogno inutili spostamenti e contatti frammentati con più strutture/professionisti erogatori, migliorando l'accessibilità ai servizi, semplificando le procedure e, soprattutto, valorizzando la relazione tra professionisti ed assistiti, autorizzando consulenze e consulti ambulatoriali e domiciliari;
- 4) potenziare e valorizzare le cure specialistiche a livello domiciliare, residenziale e presso le strutture di cure intermedie, anche con il supporto degli strumenti di telemedicina e teleassistenza, al fine di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio, la continuità dell'assistenza fra Ospedale e Territorio e viceversa ed evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, favorendone un rientro tutelato e coordinato al domicilio;
- 5) sviluppare l'innovazione tecnologica, la dotazione strumentale degli ambulatori territoriali e la rete informatica quali strumenti a supporto di un trattamento tempestivo reso al paziente, ma anche di fruibilità e condivisione delle informazioni al fine di garantire la continuità dell'assistenza nella sua accezione di continuità informativa;
- 6) collaborare attivamente nell'ambito dei programmi di prevenzione;

- 7) inserire i SAI nei programmi di screening individuati a livello nazionale, regionale e aziendale ai fini del miglioramento della qualità della vita e dello stato generale di salute della popolazione;
- 8) garantire la sicurezza alimentare e la sanità animale;
- 9) prevedere nell'ambito della formazione obbligatoria degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e delle altre professionalità sanitarie ambulatoriali percorsi di aggiornamento professionale trasversali con gli altri professionisti, oltre che percorsi finalizzati alla acquisizione di competenze clinico-organizzative e gestionali anche mediante pacchetti formativi prodotti dalle società scientifiche accreditate.

Obiettivi di salute

1. L'adozione di un approccio per percorsi assistenziali, delineato anche nel Piano Nazionale della Cronicità, rappresenta la sfida vincente per garantire la continuità dell'assistenza. I percorsi assistenziali costituiscono strumenti di trasversalità che consentono di definire ruoli, funzioni, responsabilità, ma che implicano, anche, una revisione del modello organizzativo in essere ed una consapevolezza delle risorse che si hanno a disposizione.
2. L'approccio per processi integrati consente di mettere a sistema e rendere routinari i meccanismi di contatto e di connessione tra i diversi nodi della rete assistenziale di offerta: lo scambio professionale non è più attivato in modo estemporaneo e sulla base delle relazioni personali tra professionisti o sulla scorta di "sintesi" affidate al paziente, ma per effetto di forme di organizzazione che producono modalità automatiche di connessione. In questo modo si modifica sia il contenuto dei servizi offerti dal SSR, sia la modalità di fruizione da parte dell'assistito.
3. E' prioritario garantire anche con i SAI la continuità delle cure attraverso l'adozione dell'Agenda interna, gestita dallo specialista e dal professionista con spazi dedicati e concordati con l'Azienda, la definizione e la condivisione di Percorsi Integrati di Cura per:
 - a) pazienti post-acuti, dimessi dall'ospedale, a rischio elevato di re-ospedalizzazione, che necessitano di competenze clinico-gestionali ed assistenziali in una struttura dedicata o a domicilio;
 - b) pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, o pazienti fragili con elevati bisogni assistenziali, che richiedono una presa in carico da parte di un team multidisciplinare;
 - c) pazienti cronici stabilizzati che necessitano di monitoraggio del loro stato di salute attraverso un approccio di medicina di iniziativa.
4. Al fine di garantire una appropriata continuità dell'assistenza, tali percorsi dovranno comprendere anche l'attivazione delle modalità organizzative al manifestarsi delle riacutizzazioni nei pazienti stabilizzati.
5. Saranno, pertanto, concordati, condivisi, aggiornati all'occorrenza ed applicati i PDTA per patologie croniche prevalenti (es. broncopneumologiche, cardiologiche, metaboliche, neurologiche, oncologiche, ecc.).

Obiettivi di appropriatezza

Il nuovo assetto organizzativo, basato sull'approccio per processi, dovrà consentire una progressiva ed effettiva responsabilizzazione di tutti gli attori del sistema sul raggiungimento dei risultati rispetto agli obiettivi assegnati, favorendo una visione d'insieme, il consolidamento del lavoro di equipe e della cooperazione e mantenendo come focus principale la centralità della persona.

Rappresentano obiettivi specifici:

- a) contribuire al buon governo del sistema attraverso percorsi di appropriatezza al fine di migliorare la qualità del servizio e consentire una nuova dimensione dell'offerta che privilegi anche l'assistenza specialistica territoriale;
- b) garantire l'appropriatezza delle richieste di prestazione specialistica secondo le disposizioni nazionali e regionali nell'ottica dell'abbattimento delle liste di attesa;
- c) utilizzare la telemedicina con il teleconsulto specialistico, prevedendo spazi di consulenza/colloqui tra specialisti, MMG e PLS per la valutazione di casi, per concordare il percorso di presa in carico e garantirne la prosecuzione;
- d) contribuire a favorire l'appropriatezza delle richieste dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al Pronto Soccorso;
- e) contribuire a garantire un utilizzo appropriato della farmaceutica attraverso il conseguimento di obiettivi e di indicatori per le aree terapeutiche a più rilevante impatto di spesa ed a maggior rischio di inappropriatezza, assegnati annualmente alle Aziende Sanitarie;
- f) incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto;
- g) perseguire l'appropriatezza nelle prescrizioni di protesi e ausili;
- h) assicurare i flussi informativi-informatici [Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ricetta dematerializzata, ecc.] ai fini del conseguimento degli obiettivi di sistema assegnati alle Aziende Sanitarie.

Sviluppo delle Cure primarie

1. Lo sviluppo delle Cure primarie con l'apporto della specialistica ambulatoriale interna attraverso la presa in carico del bisogno specialistico espresso dai cittadini richiede una maggiore integrazione e collaborazione tra professionisti operanti sul territorio e in ospedale attraverso la condivisione di percorsi di cura e indicatori, migliorando l'appropriatezza delle azioni per un efficace governo della domanda.
2. La prevalenza e l'incidenza delle malattie croniche impongono di attuare modelli assistenziali efficaci e che possano garantire la sostenibilità del sistema, prevedendo l'applicazione di PDTA per le malattie a maggiore prevalenza, nei quali gli elementi centrali sono l'integrazione tra i professionisti ed il coinvolgimento dei pazienti (*engagement*). Nell'organizzazione distrettuale, i SAI, sono parte integrante dei team multi-professionali per la presa in carico della cronicità e del paziente fragile e per la gestione dei relativi percorsi di cura.
3. Il modello assistenziale adottato dalla Regione Piemonte è il *Chronic Care Model* che ha come obiettivo il passaggio da una medicina puramente di attesa a una medicina prioritariamente d'iniziativa/pro-attiva, fondata sull'intercettazione della patologia prima che questa si manifesti in forma acuta, si aggravi e/o si cronicizzi e garantendo al paziente interventi adeguati e

differenziati in rapporto al livello di rischio, che garantisce una relazione proattiva operatore-paziente per una sanità di iniziativa. Rappresenta pertanto il modello di riferimento, per la prevenzione e per la presa in carico della cronicità attraverso la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà, assicurate tramite la realizzazione e l'operatività delle forme organizzative previste dall'ACN, articolate a livello distrettuale a copertura del fabbisogno dell'intera popolazione.

4. Il Comitato Regionale e il Comitato Zonale garantiranno il loro supporto attraverso le nuove funzioni definite dall'ACN in vigore tra cui il monitoraggio del funzionamento delle AFT e delle UCCP.

2. AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT)

In ogni Azienda sono istituite, su base distrettuale, le AFT degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e delle altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ed inserite negli atti aziendali.

Le Aziende, per lo svolgimento delle attività specialistiche dell'AFT, assicurano le dotazioni strutturali, gestionali e strumentali necessarie, in attuazione dell'art. 7, comma 3 dell'ACN vigente.

Gli specialisti ambulatoriali, i professionisti ed i medici veterinari, nei limiti delle proprie rispettive competenze (art 6, comma 3, ACN 2020), operano obbligatoriamente all'interno delle previste forme organizzative (AFT e UCCP) e aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) della Regione ed al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.

I parametri di riferimento per l'individuazione della tipologia di AFT dei medici specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti sono:

- la densità residenziale (alta, media, bassa) rapportata al numero dei residenti nel territorio di competenza;
- i dati epidemiologici e demografici relativi al territorio medesimo;
- le "caratteristiche geomorfologiche" delle zone interessate;
- i "presidi sanitari territoriali pubblici già esistenti";
- il "sistema viario esistente";
- il "sistema di trasporto pubblico" e dei tempi di percorrenza tra zone diverse;
- le eventuali "zone disagiate" esistenti sul territorio.

L'attività assistenziale delle AFT dovrà quindi essere parametrata e proporzionata principalmente alla densità demografica territoriale ed alle patologie ricorrenti sul territorio prevedendone almeno una per

ogni Distretto, secondo l'attuale dimensionamento definito dalla DGR 1- 600/ 2014 della Regione Piemonte.

Ai sensi dell'art. 3, comma 7, ACN 30 Marzo 2021, sarà determinato preventivamente dalle Aziende il fabbisogno di ore di specialistica convenzionata interna in collaborazione con i comitati zionali ai sensi dell'articolo 18 comma 5.

Definizione e Attività

L'AFT è una forma organizzativa a carattere monoprofessionale e multidisciplinare.

Ai sensi dell'art. 7, comma 2 dell'ACN, la AFT contribuisce a garantire l'assistenza attraverso la collaborazione con le AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta e con le UCCP/Case della Salute/ Case di Comunità del Distretto.

L'AFT, attraverso una migliore possibilità di accesso a livello distrettuale, una semplificazione delle procedure di accettazione in maniera integrata, organizzata e coordinata, è in grado di garantire tutti i servizi specialistici territoriali di elezione, secondo percorsi clinici omogenei integrati con i corrispondenti servizi specialistici ospedalieri. Rappresenta, quindi, il "gruppo clinico specialistico di riferimento" strutturato per dare "la risposta" nei diversi setting assistenziali territoriali ai casi clinici di competenza specialistica che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Le AFT, nello svolgimento dei compiti previsti dall'art. 7, comma 4, dell'ACN vigente, rappresentano il principale punto di riferimento specialistico distrettuale, nell'ambito dei percorsi di cura attivati, per il controllo della cronicità, attraverso l'integrazione fra competenze ospedaliere e territoriali, sotto l'aspetto clinico e operativo.

L'attività delle AFT è finalizzata al superamento della frammentazione dell'assistenza e del "pendolarismo assistenziale".

La AFT eroga visite e prestazioni specialistiche di diagnostica, di laboratorio, consulti o interventi specialistici interdisciplinari, anche di tipo psicologico, nell'ambito dei PDTA, eroga inoltre le prestazioni specialistiche domiciliari e residenziali previste nei LEA, anche su richiesta del MMG, del PLS o di altro specialista.

Inoltre attraverso la AFT si attua la presa in carico, in stretta collaborazione con i MMG e i PLS, di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche con l'obiettivo di ridurre il ricorso ai "ricoveri impropri e l'inappropriato utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza".

La reale "presa in carico" dei pazienti non potrà inoltre prescindere dal riconoscimento, all'interno del tempo di cura, del valore intrinseco delle attività *out of office*, nonché del tempo dedicato alla *comunicazione*, ossia di tutte quelle attività dedicate non direttamente alla stretta erogazione di "prestazioni" sanitarie, ma al consolidamento di dinamiche di coinvolgimento e partecipazione degli assistiti e delle comunità al processo di cura ed all'attuazione di logiche di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Nell'ambito dei percorsi di cura attivati per il controllo della cronicità ogni AFT avrà in gestione diretta il paziente, in forma integrata con il MMG/PLS, fino alla "dimissione virtuale" programmando visite

specialistiche, prescrizioni di esami di laboratorio o strumentali, consulti con i vari specialisti che ne fanno parte (percorso interno) ovvero in caso di necessità inviando il paziente a prestazioni di day hospital o direttamente al ricovero ospedaliero (percorso esterno).

Nel caso di “percorso interno” con agende dedicate e gestite direttamente dallo specialista, una quota parte dell’orario settimanale, concordata tra referente di AFT e Direttore di Distretto e/o Struttura, verrà destinata alla attività effettuata dall’Aggregazione Funzionale Territoriale Specialistica nelle varie discipline ritenute necessarie. Tale modalità viene finalizzata a garantire, attraverso un percorso agevolato, l’iter diagnostico-terapeutico più efficace in relazione alla complessità del quadro clinico.

Nel caso di “percorso esterno”, tramite l’attivazione di definite e concordate vie preferenziali con il setting ospedaliero, sarà possibile programmare il ricovero o l’intervento specialistico di II livello ovvero tutte le attività necessarie di diagnostica di alta tecnologia.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali Specialistiche assieme alle altre Aggregazioni Funzionali della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, rappresentano il punto territoriale di riferimento certo per il cittadino attraverso il quale ottenere l’erogazione delle prestazioni a bassa e medio-bassa intensità assistenziale, così come l’ospedale assicura le attività a medio-alta ed alta intensità assistenziale e l’urgenza/emergenza.

Le AFT promuovono:

- l’equità nell’accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari nel rispetto dei LEA anche attraverso l’individuazione di percorsi di integrazione interdisciplinare e con l’assistenza ospedaliera,
- la diffusione e l’applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della EBM nell’ottica della “Clinical Governance”,
- la diffusione e l’applicazione delle buone pratiche comportamentali nell’ambito degli stili di vita e della sicurezza alimentare,
- l’appropriatezza clinica e organizzativa nell’uso dei servizi sanitari anche attraverso procedure autogestite,
- modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza,
- consulti specialistici su epidemiologia e zoonosi,
- la realizzazione di progetti di medicina di iniziativa, in collaborazione con la rete MMG/PLS,
- l’attivazione di progetti anche in ambito di igiene urbana e sanità animale,
- la stretta collaborazione funzionale con le Branche specialistiche.

Il referente di AFT

Ai sensi dell'art. 8 dell'ACN 2021, è istituita la funzione del referente della AFT.

Il Direttore Generale di ciascuna Azienda nomina il referente AFT e il suo sostituto tra gli specialisti, i medici veterinari e i professionisti ambulatoriali componenti la AFT.

Il referente e il suo sostituto sono individuati all'interno di una rosa di nomi, composta, possibilmente, da almeno 3 candidati, proposta dagli stessi componenti la AFT. I nominativi proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per una durata non inferiore a tre anni e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere; inoltre devono in ordine prioritario:

1. documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche o private in tema di problematiche connesse al governo clinico e di integrazione professionale, inclusi corsi di alta formazione universitaria, precedenti attività di responsabilità aziendale ivi compreso l'incarico di responsabile di Branca, anche come sostituto e l'incarico presso l'UCAD
2. essere titolare di incarico a tempo indeterminato con impegno orario non inferiore a 19 ore settimanali presso l'Azienda.

In subordine verrà considerata la maggiore anzianità complessiva d'incarico, l'anzianità di specializzazione e infine la minore età.

Il referente:

assicura il coordinamento organizzativo e l'integrazione professionale dei componenti della AFT, nonché tra questi e i medici e altro personale dell'Azienda, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali, raccordandosi anche con i Referenti delle branche specialistiche;

- è responsabile, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire la continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, con le AFT della medicina generale, della pediatria di libera scelta e con le UCCP;
- garantisce la coerenza tra i programmi della AFT e gli obiettivi del Distretto e/o della struttura organizzativa aziendale di riferimento;
- partecipa di diritto all'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD).
- può proporre e concorrere, con i servizi aziendali preposti, a programmare, organizzare e realizzare eventi formativi validi ai fini ECM nell'ambito della formazione obbligatoria aziendale utilizzando lo specifico finanziamento aziendale previsto nella misura minima dell'1% dell'ammontare annuo della spesa relativa alla specialistica ambulatoriale interna di cui agli articoli 43, 44 e 49 del vigente ACN.

Al referente di AFT per lo svolgimento della funzione è garantito l'utilizzo di n. ore 8 dell'impegno orario settimanale ed è attribuito un compenso mensile, ai sensi dell'art. 8, comma 8, dell'ACN 30.3.2021 definito in €1.500 di cui:

- € 600 quale compenso per le funzioni assegnate

- € 900 quale emolumento correlato al raggiungimento degli obiettivi assegnati, da riconoscere nella misura del 75% in acconto mensile e per la parte restante a saldo.

In assenza di altri candidati, l'incarico di referente di AFT può essere contemporaneamente svolto da un responsabile di Branca, con riconoscimento di entrambi i compensi, fino all'individuazione del nuovo responsabile di Branca specialistica.

La remunerazione del referente di AFT è finanziata con risorse attinte dai fondi di cui all'articolo 43, lettera B, comma 7 ed all'articolo 44, lettera B, comma 6, dell'ACN vigente.

Ogni specialista/veterinario/professionista ambulatoriale può essere referente di una sola AFT nella stessa Azienda.

Il referente di AFT partecipa alle riunioni dell'UCAD e sostituirà il rappresentante dei SAI in carica alla scadenza del relativo mandato. Da tale data, le indennità corrisposte al rappresentante del SAI, verranno erogate al referente di AFT.

Coordinatore Aziendale delle AFT

In ogni azienda, su proposta dei referenti di AFT, viene individuato, dal Direttore Generale, il coordinatore aziendale che è membro di diritto del Collegio di Direzione, quale rappresentante dei SAI.

Il coordinatore aziendale in collaborazione con i Direttori di Distretto e/o i Direttori di Dipartimento aziendali:

- concorre alla definizione dei programmi aziendali finalizzati all'abbattimento dei tempi di attesa;
- propone programmi finalizzati al miglioramento dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali mediante un miglior utilizzo delle risorse disponibili;
- propone programmi finalizzati ai miglioramenti dell'appropriatezza prescrittiva anche in accordo con il DPCM 12 gennaio 2017 (nuovi LEA);
- favorisce attività coerenti con la programmazione aziendale accordandosi anche con i Referenti aziendali delle Branche specialistiche e con i Referenti delle UCCP;
- concorre alla programmazione per il raggiungimento degli obiettivi di budget;
- partecipa al Collegio di Direzione e alle riunioni dei dipartimenti aziendali ove sono presenti gli specialisti ambulatoriali;
- rileva i bisogni formativi espressi dagli specialisti ed è parte attiva della programmazione, organizzazione e realizzazione del piano formativo aziendale.

Al coordinatore di AFT per lo svolgimento della funzione è garantito un compenso mensile aggiuntivo di € 407,22.

Regolamento di funzionamento di AFT

Le Aziende dovranno predisporre apposito regolamento, sentite le Organizzazioni sindacali firmatarie dell'AIR, per disciplinare il funzionamento interno della AFT e i compiti del suo referente, in attuazione degli artt. 7 e 8 dell'ACN in vigore, entro 90 giorni dalla approvazione del presente accordo.

Il regolamento aziendale definisce i seguenti aspetti :

- caratteristiche generali delle AFT;
- compiti e funzioni della AFT;
- obiettivi della AFT;
- modalità di individuazione dei Referenti di AFT e del Coordinatore aziendale delle AFT;
- modalità di convocazione dei componenti della AFT e/o dei Referenti di Brancha da parte del Coordinatore e/o del referente di AFT;
- numero minimo di incontri annuali dei Referenti (non inferiore a 6);
- rendicontazione degli incontri e registrazioni delle presenze.

3. BRANCHE SPECIALISTICHE

Funzioni, compiti, compensi

E' requisito essenziale per la costituzione delle Branche per medici specialisti, veterinari e professionisti la presenza di un numero di convenzionati non inferiore a 3 e non superiore a 25 nonché di un monte ore settimanale aziendale per singola disciplina non inferiore a 70 ore settimanali, fatto salva la possibilità per le Aziende di procedere in deroga a questo accordo anche con numeri inferiori.

Qualora l'uno o l'altro dei requisiti venissero a mancare, si aggregeranno le branche specialistiche affini per disciplina o aree specifiche funzionali, fino ad un numero massimo di 25 componenti-

La formalizzazione della costituzione delle equipe e la nomina del relativo responsabile di Brancha deve essere effettuata entro 60 giorni dal raggiungimento dei predetti requisiti.

L'identificazione della branca specialistica determina la costituzione delle "equipe degli specialisti convenzionati interni".

Gli Specialisti componenti l'equipe sopracitata, si riuniscono con frequenza minima quadrimestrale, su convocazione dei responsabili di Brancha, al di fuori dell'orario di servizio, al fine di definire protocolli operativi comuni, proporre linee guida aziendali, percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, audit, percorsi formativi ECM, segnalare eventuali criticità e formulare proposte finalizzate all'organizzazione ed erogazione dei servizi.

Al fine di favorire l'integrazione del sistema di coordinamento delle Branche Specialistiche con le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), il responsabile di Brancha può richiedere la partecipazione alle riunioni del referente di AFT e/o del Coordinatore Aziendale delle AFT. Qualora le attività progettuali coinvolgano più branche, sono previste riunioni congiunte.

Il responsabile di Branca può convocare riunioni aggiuntive riservate ad una o più discipline e/o aree specifiche funzionali di intervento in relazione a particolari argomenti o progetti-obiettivo.

La comprovata partecipazione alle riunioni, la cui modalità di svolgimento è di competenza del responsabile di Branca, comporta, per ogni Specialista e/o Professionista, compresi il responsabile di Branca, il referente di AFT e il Coordinatore Aziendale delle AFT, l'erogazione dei seguenti emolumenti:

- un'indennità di partecipazione di € 270 per ogni riunione di equipe in modalità telematica, in presenza o ibrida;
- un'indennità di rimborso spese di € 106 per i SAI che risiedono al di fuori del comune, sede della riunione, con percorrenza minima complessiva (andata e ritorno) non inferiore a 30 Km.

Gli emolumenti saranno corrisposti entro il mese successivo alla consegna dell'attestazione di presenza, all'ufficio aziendale preposto. Il responsabile di Branca è tenuto all'inoltro della relazione sulla seduta effettuata, oltre che a tutti i componenti dell'equipe, al Direttore Sanitario Aziendale, ai Direttori di Distretto, ai Direttori dei Presidi ospedalieri ove operino specialisti/professionisti ambulatoriali e, ove previsto, al Responsabile aziendale della specialistica ambulatoriale.

Individuazione del responsabile di Branca

Per l'identificazione dei candidati all'incarico di responsabile delle equipe di nuova costituzione è convocata la Conferenza di branca dal Direttore Sanitario aziendale o suo delegato. L'invito è notificato formalmente con un preavviso di almeno 15 giorni a tutti gli specialisti della branca mono o multidisciplinare operanti presso l'Azienda.

Il responsabile di Branca viene individuato dal Direttore Generale fra almeno 2 candidati proposti in conferenza di Branca che devono in ordine prioritario:

- 1 documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche o private in tema di problematiche connesse al governo clinico e integrazione professionale, inclusi corsi di alta formazione universitaria, precedenti attività di responsabilità aziendale ivi compresa la responsabilità di branca, anche come sostituto, e l'incarico presso l'UCAD;
- 2 essere titolari a tempo indeterminato del maggior numero di ore d'incarico esercitate presso l'Azienda.

In subordine verrà considerata la maggiore anzianità complessiva d'incarico, l'anzianità di specializzazione e infine la minore età.

L'incarico di responsabile di branca, di norma, non è compatibile nella medesima Azienda con lo svolgimento contemporaneo dell'incarico di referente di AFT. Qualora espletate con esito negativo le procedure previste per l'individuazione del responsabile di Branca, il Direttore Generale nomina, pro tempore, lo specialista della branca disponibile a svolgere tale funzione anche se referente di AFT. In quest'ultimo caso allo specialista saranno riconosciuti tutti gli emolumenti previsti per entrambe le funzioni svolte.

L'incarico, definito mediante deliberazione aziendale, ha durata triennale ed è rinnovato automaticamente, salvo valutazione negativa dell'operato da parte del Direttore Generale, da comunicare all'interessato mediante PEC/lettera raccomandata, almeno sessanta (60) giorni prima della scadenza dell'incarico.

Medesima valutazione negativa motivata, con conseguente revoca dell'incarico, da recepirsi obbligatoriamente da parte del Direttore Generale, potrà essere espressa dai due terzi dei componenti dell'equipe.

Lo Specialista può dare le dimissioni dall'incarico di responsabile di Branca, con un preavviso di almeno sessanta (60) giorni, da comunicare mediante PEC/lettera raccomandata diretta al Direttore Generale della ASL.

Per cessazione del mandato, nei predetti sessanta (60) giorni i componenti della branca individuano almeno 2 candidati da sottoporre al Direttore Generale per la nomina del nuovo responsabile di Branca-

Il responsabile di Branca individua un sostituto fra i componenti dell'equipe al fine di garantire la continuità delle attività dell'equipe in caso di sua prolungata assenza.

Il sostituto per l'esclusivo svolgimento dei compiti del responsabile di Branca utilizza fino ad un massimo di 2 ore settimanali oltre il proprio orario di incarico e considerate come attività di servizio, agli effetti economici, di cui all'Art. 43 lettere A e B e Art. 44 lettere A e B del vigente ACN.

Funzioni e compiti del responsabile di Branca

Ai sensi dell'art. 29 comma 7 ACN vigente, il responsabile di Branca ha il compito di coordinare gli Specialisti afferenti alla branca mono o eventualmente multidisciplinare, nell'ambito dei programmi aziendali, raccordandosi con i Referenti di AFT e/o con il Coordinatore delle AFT aziendali nonché con i Referenti aziendali.

Il responsabile di Branca svolge le funzioni di referente tecnico per le specialità di competenza.

Il responsabile di Branca è parte attiva nella programmazione, organizzazione, gestione e monitoraggio dell'assistenza specialistica convenzionata interna.

Il responsabile di Branca deve essere sentito dal competente Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD), per le problematiche nel territorio di riferimento concernenti le relative specialità, compresi gli aspetti erogativi delle prestazioni.

I referenti di AFT curano un costante rapporto con i reponsabili di Branca, anche al fine di assicurare all'Ufficio di Coordinamento Aziendale Distrettuale una completa e tempestiva informazione sull'andamento dell'erogazione dell'attività specialistiche assicurate a livello territoriale e sulla eventuali criticità.

Inoltre il responsabile di Branca:

1. garantisce il competente supporto per l'innovazione tecnologica delle dotazioni strumentali necessarie allo svolgimento delle attività specialistiche ambulatoriali;
2. propone forme gestionali ed organizzative, anche a carattere sperimentale, per garantire un appropriata offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali, in rapporto alla domanda espressa dai cittadini;
3. definisce con i componenti della branca, anche al fine della programmazione delle agende di prenotazione, la determinazione dei tempi medi di esecuzione e le modalità di erogazione delle prestazioni al fine di uniformarle e armonizzarle nei setting assistenziali di competenza;

4. propone progetti-obiettivo anche finalizzati all'abbattimento dei tempi d'attesa, all'appropriatezza delle prescrizioni e alla riduzione dell'accesso improprio al pronto soccorso;
5. concorre all'elaborazione dei PDTA per la gestione dei pazienti cronici;
6. raccoglie, anche in sede di riunione di branca, i bisogni formativi espressi dai componenti dell'equipe;
7. propone eventi formativi validi ai fini ECM nell'ambito della formazione obbligatoria utilizzando lo specifico finanziamento aziendale previsto nella misura minima dell'1% dell'ammontare annuo della spesa relativa alla specialistica ambulatoriale interna di cui agli articoli 43, 44 e 49 del vigente ACN.

4. COMPENSI

Le ore di attività aggiuntiva, rispetto all'orario risultante dalla lettera d'incarico, autorizzate dall'Azienda sanitaria e dedicate in modo esclusivo allo svolgimento dei compiti del responsabile di Branca sono considerate come attività di servizio agli effetti economici di cui agli artt. 43 lettera A e B (Specialisti Ambulatoriali e Veterinari) e 44 lettera A e B (Professionisti) del vigente ACN.

A titolo di indennità di funzione, nell'ottica dell'armonizzazione tra le varie figure professionali con funzioni di coordinamento operanti nell'Azienda, al responsabile di Branca è riconosciuto per l'indennità di coordinamento, un emolumento mensile pari al 20% della retribuzione oraria, comprensiva degli effetti economici di cui agli artt. 43 lettera A e B (specialisti ambulatoriali e veterinari), 44 lettera A e B (professionisti) e 47 del presente ACN calcolata sulle ore risultanti dalla lettera d'incarico dell'Azienda in cui svolge la funzione di coordinamento.

5. COMPITI E FUNZIONI DEI MEDICI SPECIALISTI, MEDICI VETERINARI E DI ALTRI PROFESSIONISTI AMBULATORIALI

Il medico veterinario o altro professionista convenzionato, ai sensi del presente Accordo ed inserito nel Sistema Sanitario della regione Piemonte, concorre, congiuntamente ai dipendenti e agli altri operatori sanitari, allo svolgimento delle attività istituzionali ed al raggiungimento degli obiettivi di salute specificatamente individuate dal Piano Sanitario Regionale.

Ai SAI vengono richiesti pertanto gli stessi requisiti dei dipendenti in modo che le Autorità Competenti regionali e territoriali (ASR) possano avvalersi di personale omogeneo dal punto di vista della formazione, delle qualifiche giuridiche e del potere di esprimere la volontà della Pubblica Amministrazione, nel solco della normativa nazionale e comunitaria vigente, in particolare dai Regolamenti UE 429/2016 e 625/2017 e s.m.i. in materia di Controlli Ufficiali ed altre Attività Ufficiali nel campo della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Avendo le medesime funzioni e operando per gli stessi obiettivi del personale dipendente, essi devono pertanto essere incardinati nei funzionigramma delle predette Autorità Competenti, con particolare

riferimento ai Servizi Veterinari della Sanità Animale (Area A), dell'Ispezione degli alimenti di origine animale (Area B) e dell'Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C), Servizio Igiene degli alimenti e Nutrizione.

Per l'esercizio della propria attività ispettiva e di controllo ufficiale sulla base di un mandato della Pubblica Amministrazione al fine di dare attuazione a normative che prevedono obblighi e restrizioni per il cittadino/imprenditore, lo specialista ambulatoriale veterinario, biologo o chimico, ricopre la funzione di Pubblico Ufficiale coi poteri ed i doveri previsti dal codice penale.

In qualità di pubblico ufficiale, sulla base di quanto disposto dall'art. 13, commi 1, 2 e 3, della L. 689/81, in presenza di fattispecie di reato, è chiamato, nell'ambito delle attribuzioni e competenze assegnate dall'Amministrazione di appartenenza, a svolgere funzioni di Ufficiale di Polizia Giudiziaria. A tal proposito il medico veterinario, biologo, chimico convenzionato, all'atto della firma del contratto, dovrà essere dotato di cartellino identificativo attestante la qualifica Pubblico Ufficiale e di UPG, nell'ambito delle competenze attribuite dall'Amministrazione di appartenenza, rilasciato dal Direttore Generale dell'ASL o dal Direttore di Struttura Complessa come avviene per il personale dipendente.

6. PROGRAMMI E PROGETTI FINALIZZATI

1. La programmazione aziendale deve prevedere annualmente progetti e programmi finalizzati da assegnare ad ogni singolo specialista, veterinario e professionista aderente agli stessi. Ogni Azienda pertanto concorda congiuntamente ai Responsabili di Branca, ai Referenti di AFT e al Coordinatore delle AFT aziendali fino ad un massimo di n. 3 progetti finalizzati, con valenza anche pluriennale.

2. Le Aziende dovranno, entro il 31 dicembre di ogni anno, stipulare uno specifico Accordo Attuativo Aziendale con le OO.SS. firmatarie del presente accordo, che individui le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi e ne definisca le modalità di esecuzione e valutazione.

3. I fondi previsti dagli artt. 43 lettera B (specialisti ambulatoriali e veterinari), 44 lettera B (professionisti) e 49 comma 6 (incarichi a tempo determinato) dell' ACN vigente, incrementati dalle quote previste dall'art. 43 lettera B) comma 7 (€ 0,46/ora + € 0,20/ora), dall'art. 44 lettera B) comma 6 (€ 0,33/ora + € 0,13/ora) e dall'art. 49 comma 7 (€ 0,44/ora + € 0,32/ora) saranno erogati secondo le modalità già previste dalla DGR 37-4929 del 18 dicembre 2006.

Il fondo di ponderazione inoltre è integrato con le quote di anzianità rese disponibili fino alla data del 31 dicembre 2009 per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli specialisti ambulatoriali.

Per Specialisti e Veterinari a tempo indeterminato le quote del fondo pari a € 1,925/ora sono incrementate di € 0,46/ora + € 0,20/ora; per Specialisti e Veterinari a tempo determinato le quote del fondo pari a € 3,505/ora sono incrementate di € 0,44/ora + € 0,32/ora.

Per i Professionisti a tempo indeterminato le quote del fondo pari a € 1,920/ora sono incrementate di € 0,33/ora + € 0,13/ora; per i Professionisti a tempo determinato le quote del fondo pari a € 1,920/ora sono incrementate di € 0,44/ora + € 0,32/ora.

Le quote derivanti dall'art. 43, lettera B, comma 7 terzo capoverso, pari a € 0,20/ora per Specialisti e Veterinari e € 0,13/ora per i Professionisti contribuiscono alla remunerazione del referente di AFT e del Coordinatore Aziendale di AFT.

4. Per i progetti obiettivo aziendali, di cui sopra, viene erogata mensilmente una quota pari al 75% di € 1,925/ora + € 0,46/ora + € 0,20/ora per Specialisti e Veterinari a tempo indeterminato; una quota pari al 75% di € 3.505/ora + € 0,44/ora + € 0,32/ora per Specialisti e Veterinari a tempo determinato. Per i Professionisti a tempo indeterminato una quota pari al 75% di € 1,920/ora + 0,33/ora + € 0,13/ora; per i Professionisti a tempo determinato una quota pari al 75% di € 1,920/ora + 0,44/ora + € 0,32/ora. A seguito della verifica del raggiungimento degli obiettivi si procederà al proporzionale conguaglio entro ogni anno solare successivo.

Le quote del fondo resesi disponibili per il parziale o mancato raggiungimento degli obiettivi e/o mancata adesione di alcuni specialisti, incrementano il fondo di ponderazione dell'anno successivo.

7. FONDO AGGIUNTIVO AZIENDALE

1. Si costituiscono il *fondo aziendale aggiuntivo per gli Specialisti e Veterinari* composto da una quota pari a € 2,368/ora e il *fondo aggiuntivo aziendale per i Professionisti* composto da una quota pari ad € 1,002/ora, calcolato sulle ore al 31 dicembre dell'anno precedente.

I due distinti fondi così costituiti, deliberati annualmente, finalizzati e non assorbibili, sono destinati a progetti obiettivo o prestazioni, anche fuori orario di servizio, che potranno coinvolgere anche solo alcune specialità e alcuni specialisti, veterinari e professionisti.

2. I progetti e le prestazioni hanno di norma valenza annuale, sono concordati nella commissione paritetica composta dai Referenti per la specialistica ambulatoriale interna (Direttore di Distretto, Direttori di Dipartimento, o altre figure aziendali) ed i Referenti AFT/Rappresentanti UCAD, referenti di Branchia.

3. Per partecipare all'utilizzo di tale fondo ogni Specialista, Veterinario e Professionista dovrà effettuare attività, finalizzata all'obiettivo, concordata in sede aziendale.

L'entità della remunerazione oraria non può essere inferiore a quella prevista per le prestazioni aggiuntive della dirigenza medica.

Le modalità organizzative ed economiche possono essere anche definite in maniera differente con le OO.SS. firmatarie del presente accordo attraverso gli accordi attuativi aziendali.

4. I fondi di cui al presente articolo sono destinati alle attività degli Specialisti, Veterinari e Professionisti di cui all'ACN vigente. La retribuzione dell'attività svolta sarà corrisposta con le competenze del mese successivo.

5. Le quote del fondo resesi disponibili per il parziale o mancato utilizzo e/o raggiungimento degli obiettivi nell'anno in corso, verranno redistribuite, mediante conguaglio da effettuarsi entro il primo trimestre dell'anno successivo, agli specialisti che hanno partecipato ai progetti obiettivo anche attraverso l'attività aggiuntiva.

6. La valutazione di risultato dei progetti e programmi è delegata alla commissione paritetica di cui al comma 2 del presente articolo. La Commissione paritetica si avvale della collaborazione dei Responsabili di Brancha.

8. TELECONSULTO SPECIALISTICO

Nell'ambito della Telemedicina il Teleconsulto specialistico, in ottemperanza all'allegato 3 del vigente ACN, rappresentando un ulteriore strumento finalizzato alla integrazione professionale e alla continuità dell'assistenza dei pazienti :

1. consente un'attività di consulenza a distanza fra gli specialisti ambulatoriali interni (SAI) e fra SAI e MMG/PLS; inoltre, in relazione alle specifiche necessità assistenziali e nella visione complessiva di sistema, il Teleconsulto può estendersi agli altri attori dei setting assistenziali territoriali e ospedalieri ;
2. in ragione della specifica formazione e competenza dello specialista, è utilizzato per la valutazione di casi clinici, per accordi sul percorso di presa in carico del paziente, per la promozione dell'appropriatezza prescrittiva;
3. viene attuato attraverso l'individuazione di fasce orarie concordate e riservate anche durante l'orario di incarico per richieste previamente programmate in cui i SAI si rendono telefonicamente contattabili attraverso numeri dedicati;
4. nell'ambito dello sviluppo della gestione di più canali di comunicazione digitale, il servizio di Teleconsulto specialistico potrà essere attuato anche con modalità innovative, attraverso piattaforme "multicanale" consentendo l'invio di dati, video e immagini, se ritenuti utili al fine del teleconsulto;
5. sarà effettuato nel rispetto della normativa vigente sulla privacy;
6. per la valorizzazione prestazionale si farà riferimento alle vigente normativa regionale;
7. rappresenta uno strumento di notevole ausilio anche in occasione di emergenze sanitarie.

Entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente AIR in ogni ASL dovranno essere concordate con Referenti di AFT e Responsabili di Brancha le modalità di realizzazione delle attività di Teleconsulto anche attraverso specifici progetti finalizzati ai sensi degli Artt. (Programmi e progetti e Fondo aggiuntivo Aziendale) del presente AIR.

9. INCOMPATIBILITA'

1. Al fine di assicurare la continuità diagnostica e terapeutica le ASR, visto l'art. 27 comma 1, lettera i) ACN vigente, garantiscono presso le proprie strutture, le risorse strumentali e umane agli Specialisti ambulatoriali Interni (Medici specialisti, Veterinari e Professionisti) per lo svolgimento delle attività istituzionali previste dai nomenclatori tariffari vigenti.
2. Ai sensi dell'art. 36 comma 2 ACN vigente in caso di assenze dello specialista ambulatoriale inferiori a 20 giorni, il titolare può proporre per la sostituzione:

- a) specialisti ambulatoriali titolari di incarico presso la stessa Azienda, nel rispetto del massimale orario di cui all'art. 28 comma 1 ACN vigente;
- b) specialisti iscritti nella graduatoria relativa al medesimo ambito zonale;
- c) specialisti iscritti nella graduatoria di disponibilità;

qualora non sia possibile reperire alcuno specialista appartenente alle categorie summenzionate si può attingere in subordine a:

- d) specialisti disponibili ad assumere l'incarico di sostituzione temporanea non previsti dai punti b) e c).

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza per gli specialisti di cui alle lettere b), c) e d) è sospesa, esclusivamente per il periodo di sostituzione, l'eventuale incompatibilità con lo svolgimento delle attività previste dall'ACN vigente ai sensi dell'art. 27 comma 1 lettera i).

10. FORMAZIONE CONTINUA

La Regione Piemonte ritiene fondamentale una visione ed un governo complessivo della Formazione relativamente a tutto il Personale Sanitario (Dipendente e Convenzionato) e ritiene necessaria l'individuazione di un livello sovra - aziendale a carattere regionale per la gestione della formazione dei SAI. Tale funzione verrà espletata utilizzando ed integrando gli strumenti attualmente in uso per la Formazione Continua in Sanità al fine di garantire l'accesso a tutti i soggetti interessati (AA.SS.RR., Comitati Consultivi Zonali, Specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti convenzionati interni).

La Regione individua nella formazione continua e nell'aggiornamento professionale un elemento indispensabile per svolgere attività specialistica qualificata e ne promuove e favorisce l'attivazione secondo quanto previsto nell'art. 40 del vigente ACN.

Nel rispetto delle specificità di settore, si favorisce lo sviluppo di tutte le competenze e tutte le professionalità presenti nella Regione in coerenza con l'Accordo Collettivo Nazionale e con le reali esigenze del territorio.

La Regione si impegna quindi, attraverso il Comitato Regionale degli Specialisti Ambulatoriali Interni, ad attivare anche specifici corsi di formazione in tema di management sanitario per il governo clinico e l'integrazione professionale.

Il Comitato Regionale costituisce pertanto anche il riferimento per i diversi organismi aziendali e regionali istituiti per il governo della Formazione (Osservatorio Regionale sulla Qualità della Formazione e Comitato Regionale ECM).

Nello specifico, esso costituisce il riferimento in merito alla Programmazione e Indirizzo sulla formazione per il Comitato Regionale ECM e in merito alla valutazione dei dati e al monitoraggio della qualità della formazione per l'Osservatorio Regionale.

Viene istituito presso il Comitato Regionale l'albo dei formatori per i SAI, il cui funzionamento e regolamento è demandato al Comitato stesso.

Per l'aggiornamento professionale e la formazione permanente degli specialisti ambulatoriali interni è previsto un finanziamento, per ogni Azienda, nella misura minima dell'1% dell'ammontare annuo della spesa relativa alla specialistica ambulatoriale interna, di cui all'articolo 43, 44 e 49 del vigente ACN. Lo specifico fondo aziendale costituito, deliberato e interamente utilizzato annualmente, è finalizzato

esclusivamente alla formazione degli specialisti ambulatoriali interni (SAI) e possono accedere al suo utilizzo anche i Responsabili di Branca e i Coordinatori/Referenti di AFT. La gestione del fondo va verificata annualmente in sede di contrattazione aziendale, contabilizzando anche i costi derivanti dagli eventi realizzati in collaborazione tra le Aziende Sanitarie o gestiti direttamente dalla Regione. Il fondo sarà anche utilizzato per finanziare l'attività di docente/moderatore/tutor di cui alla lettera A del paragrafo successivo "Modalità di realizzazione e di accesso alla formazione ECM dei SAI" e per la partecipazione degli specialisti ambulatoriali interni a iniziative formative e/o approfondimenti in tema di management sanitario per il governo clinico e l'integrazione professionale.

La rendicontazione della tipologia delle singole attività formative autorizzate, finanziate ed effettivamente svolte saranno inviate annualmente dalle Aziende Sanitarie al competente Comitato Zonale ex art. 18 nonché al Comitato Regionale ex art. 17 ACN vigente.

E' fatto obbligo allo specialista di trasmettere alle Aziende l'attestato di partecipazione e al Comitato Zonale ex art. 18, le copie delle certificazioni E.C.M., ottenute in orario di servizio o attraverso FAD, al fine di opportuna verifica e archiviazione.

Per le specifiche relative all'impiego delle risorse finanziarie vincolate, alla realizzazione ed accesso alla Formazione ECM dei SAI si rinvia al paragrafo successivo.

Nell'ambito della programmazione aziendale per il miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate, per l'apprendimento di metodiche diagnostiche e/o terapeutiche e per la partecipazione a stage formativi, le Aziende si avvalgono dei SAI con modalità da concordare tra le Aziende coinvolte e lo specialista interessato. Tale attività verrà considerata orario di servizio.

Per i SAI incaricati a tempo determinato si applica quanto previsto nel presente Accordo regionale.

I percorsi formativi da ricomprendere nel programma formativo aziendale devono essere preventivamente concordati con i Responsabili di branca e/o con i Coordinatori/Referenti di AFT.

Tra i Referenti di AFT e i Responsabili di branca viene individuato il rappresentante degli Specialisti Ambulatoriali che partecipa di diritto alla redazione del Piano Formativo Aziendale annuale.

MODALITA' DI REALIZZAZIONE E DI ACCESSO ALLA FORMAZIONE ECM

OBBLIGHI ECM

Premesso che tutti i professionisti della sanità sono soggetti all'obbligo dell'educazione continua, sia in caso di attività libero-professionale sia in caso di attività derivante da un rapporto di dipendenza o di convenzione con il SSN, anche la partecipazione dei SAI alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere l'attività ai sensi dell'ACN in vigore.

Le Aziende garantiscono il permesso retribuito di cui all'art. 40 ACN vigente finalizzato al raggiungimento dei previsti crediti formativi (150 crediti nei tre anni). Di questi devono essere acquisiti un numero minimo di 25 e un numero massimo di 75 crediti all'anno.

Per le specifiche relative al triennio di riferimento, si rimanda a quanto di volta in volta definito negli Accordi della Conferenza Stato-Regioni di cui è data informazione sulla Piattaforma Regionale per la Formazione Continua.

I SAI sono tenuti a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi attraverso attività che tengano conto di obiettivi formativi sia di interesse nazionale, sia di specifico interesse regionale e aziendale.

Ai sensi del D.L.vo n.502/92 e s.m.i., la formazione continua è sviluppata anche secondo percorsi formativi autogestiti.

A. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELLA FORMAZIONE ECM RIVOLTA AGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI.

La gestione dei processi legati alla formazione rivolta agli Specialisti verrà coordinata dalle strutture già individuate a livello aziendale per tutto il personale dipendente e convenzionato, anche al fine di realizzare sinergie organizzative ed economiche nonché di orientare la progettazione e programmazione della formazione continua in maniera integrata e coerente tra tutti gli operatori sanitari.

In ciascuna Azienda dovrà essere predisposto ed adeguatamente pubblicizzato un piano di formazione o comunque essere prevista, nell'ambito del PFA, la pianificazione e programmazione di attività rivolte specificatamente per i SAI, anche in modalità FAD, sia attraverso progetti esclusivamente ad essi dedicati, sia attraverso percorsi formativi che coinvolgano anche altre figure professionali.

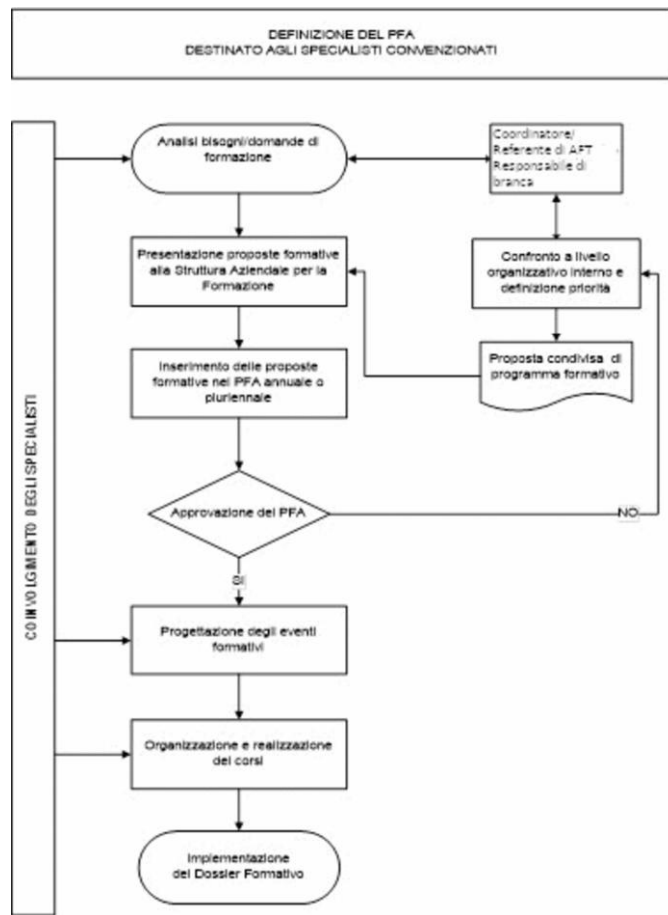
L'attività di docente/moderatore/tutor può essere svolta da parte dei SAI sia in coincidenza che fuori orario di servizio.

Nel caso di attività di docente/moderatore/tutor svolta in corsi accreditati aziendali o regionali in orario di servizio verrà riconosciuto un emolumento forfettario aggiuntivo di € 100 per la preparazione dell'evento.

Nel caso tale attività venga svolta fuori orario di servizio ai SAI incaricati è riconosciuto un compenso di 100 euro per ora o frazione di ora di attività.

La programmazione e la gestione dei percorsi formativi rivolti agli specialisti ambulatoriali interni dovrà prevedere il coinvolgimento degli stessi in tutte le fasi sottoelencate secondo le seguenti modalità:

1. **Analisi dei bisogni/ domanda di formazione:** si individuano nel responsabile di Branca e nei Coordinatori/Referenti di AFT le figure deputate all'analisi dei bisogni formativi attraverso il confronto e la valutazione della domanda di formazione espressa dai SAI ed alla formulazione di una proposta di programma formativo annuale.
2. **PFA:** le relative proposte formative, anche FAD, vengono inserite nel PFA annuale secondo le specifiche modalità aziendali previa valutazione e validazione da parte delle strutture aziendali deputate e successiva comunicazione al Comitato Zonale territorialmente competente.
3. **Programmazione, organizzazione e realizzazione dei singoli eventi formativi:** negli eventi formativi rivolti agli Specialisti Ambulatoriali Interni o altro personale sanitario è prevista la partecipazione dei SAI sia nella fase di programmazione che di realizzazione, anche in qualità di responsabili scientifici e/o di docenti. Il seguente diagramma individua il processo e gli attori coinvolti:



B. PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE AZIENDALE E REGIONALE

La partecipazione a iniziative ECM: Aziendali o Regionali o ad attività formative universitarie che esonerano dall'acquisizione di crediti ECM, sarà garantita con il relativo permesso retribuito, ex Art 40 ACN vigente, fino al raggiungimento di un massimo del 70% del debito formativo annuale, pari a 35 crediti ECM, proporzionato al numero di ore di incarico complessivamente esercitato.

A titolo esemplificativo, prendendo come base di calcolo 38 ore settimanali/35 crediti anno, la proporzione su 22 ore settimanali corrisponderà a 20 crediti, indipendentemente dall'Azienda in cui verranno fruiti.

Per la partecipazione a iniziative ECM Aziendali e Regionali che si svolgano in coincidenza dell'orario di incarico, lo Specialista dovrà inoltrare la richiesta di autorizzazione all'Ufficio competente dell'ASR di riferimento, secondo le modalità dalla stessa predisposte, di norma con preavviso di 30 giorni.

I corsi FAD previsti nel PFA danno luogo al relativo congedo ex art. 40 ACN vigente, fruibile in orario di servizio in modalità concordata e compatibile con le esigenze assistenziali.

Qualora l'acquisizione dei crediti non sia assicurata dai corsi regionali e/o aziendali, lo specialista provvede a colmare il proprio debito formativo usufruendo del permesso retribuito, ex Art 40 ACN

vigente, fino al raggiungimento del 70% dei crediti previsti dalla vigente normativa oltre il limite delle 32 ore annue di cui al punto C.

Gli eventi formativi organizzati dalle Aziende la cui partecipazione è resa obbligatoria per i SAI è considerata a tutti gli effetti come attività svolta in orario di servizio.

C. PARTECIPAZIONE INIZIATIVE ECM NON COMPRESSE NELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Lo Specialista ha facoltà di partecipare a iniziative formative non comprese nella programmazione regionale e/o aziendale, purché accreditate ECM ed inerenti la specialità svolta in Azienda, usufruendo del permesso retribuito ex art. 40 ACN vigente, fino ad un massimo del 30% del debito formativo annuale e nel limite massimo di 32 ore annue. Il permesso retribuito è fruibile presso una o più Aziende in cui lo Specialista presta servizio ai sensi dell'art. 2, comma 1, ACN vigente.

Le ore di permesso retribuito eventualmente non fruite potranno essere utilizzate su proposta del SAI ed autorizzate dall'Azienda per attività di formazione anche non ECM purché inerente la disciplina specialistica.

D. PARTECIPAZIONE A INIZIATIVE FORMATIVE ECM OLTRE IL LIMITE DI CUI AI PUNTI B e C

La partecipazione ad iniziative formative oltre il limite di cui ai precedenti punti B e C del presente documento è a carico del SAI e, laddove coincida con il normale orario di incarico, dovrà comunque prevedere la preventiva autorizzazione aziendale, secondo le modalità concordate con le singole ASR.

E. RICONOSCIMENTO DEL CONGEDO RETRIBUITO E DELL'ORARIO PER ATTIVITA' DI FORMAZIONE CONTINUA

Per la partecipazione ad iniziative ECM, anche FAD, che si svolgano in coincidenza dell'orario di incarico, il SAI, dovrà inoltrare la richiesta di autorizzazione all'Ufficio competente della ASL di riferimento su apposita modulistica ove prevista. Sarà concesso il relativo permesso retribuito con le modalità previste dall'art. 33 comma 2 ACN vigente.

IL SAI che partecipi alle fasi di programmazione, organizzazione, alla realizzazione o frequenti eventi formativi validi ai fini ECM direttamente organizzati dalle ASR e che si svolgano nelle proprie sedi in coincidenza dell'orario di incarico, è tenuto a registrare la propria presenza secondo le modalità definite dalle singole Aziende.

Lo Specialista che partecipi ad attività di formazione in sedi esterne all'ASR di riferimento otterrà, per la parte coincidente con l'orario di incarico, il riconoscimento dell'orario indicato nell'attestato di partecipazione o, se non specificamente indicato sullo stesso, nel programma dell'iniziativa formativa. Qualora i corsi si svolgano al di fuori della sede di servizio, viene inoltre riconosciuto il tempo di percorrenza fino al raggiungimento del debito orario giornaliero derivante dall'orario di incarico.

F. FORMAZIONE A DISTANZA (F.A.D.)

Lo specialista ambulatoriale interno, può soddisfare il proprio debito formativo annuale anche attraverso la partecipazione ad attività accreditata ECM svolta in modalità e-learning (Formazione

online, FAD sincrona e a-sincrona ecc..) da effettuarsi preferibilmente fuori orario di servizio ai sensi del punto B e C del presente allegato.

Le Aziende, verificato il tempo ufficialmente definito per evento formativo per acquisire i crediti, concedono il relativo permesso retribuito nei termini previsti dai precedenti punti del presente articolo. Le ore per le suddette attività effettuate fuori orario di servizio si sommano al congedo ex art. 33 ACN vigente e saranno fruito in modalità concordata nel rispetto delle esigenze assistenziali e nei limiti previsti dai precedenti punti B e C.

11. INCARICHI DIRIGENZIALI

1. Gli Specialisti Ambulatoriali, Medici Veterinari e gli altri Professionisti a tempo indeterminato possono partecipare alle procedure, così come previsto dall'ACN pubblicato in GU n. 110 del 29/04/2020, per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa, compresa la direzione di distretto, ai sensi del DM della Sanità 23 marzo 2000, N. 184.
2. Per l'attribuzione degli incarichi si fa riferimento alla normativa nazionale vigente in materia.
3. Nei casi di incarico di cui al comma 1 la verifica dei risultati attesi seguirà le stesse modalità previste per la dirigenza area sanità.
4. Ai fini del calcolo dell'anzianità di servizio per l'attribuzione dei suddetti incarichi si rimanda a quanto disciplinato dalla vigente normativa in materia.
5. Al termine del periodo di affidamento dell'incarico lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista, riprende l'incarico secondo quanto previsto dall'ACN vigente.

12. ISTITUTO DELLA PRONTA DISPONIBILITÀ

Gli specialisti ambulatoriali, i medici veterinari ed i professionisti, titolari di incarico a 38 ore settimanali che svolgono la propria attività nella stessa ASL, , in un servizio in cui è attivato l'istituto della pronta disponibilità, ove sia necessario effettuare turnazioni notturne e festive, pur conservando la propria autonomia professionale, se non esonerati, devono garantire la pronta disponibilità al pari del personale dipendente; lo specialista ambulatoriale, il veterinario e il professionista che sia titolare di incarico per numero di ore inferiore oppure per numero di 38 ore settimanali ma svolte in ASL diverse, deve prestare espresso consenso in merito e l'istituto assume carattere volontario.

13. PUBBLICAZIONE ED ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI; TRASFERIMENTO

- Ciascuna Azienda, espletate le procedure di cui al comma 6 dell'art. 30, ai sensi dell'art. 20 comma 1, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi, verifica la possibilità di completare l'orario degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti già titolari a tempo indeterminato, anche attraverso il frazionamento degli incarichi, tenuto conto delle esigenze organizzative aziendali condivise con il responsabile di Branca. Quanto sopra si applica anche durante il periodo di prova. Le Aziende rendono nota tale disponibilità sul proprio sito

istituzionale e le mantengono in pubblicazione per almeno cinque giorni, inviandone contestuale comunicazione ai componenti della Branca interessata

- I SAI che partecipano al completamento dell'orario di servizio fino a 38 ore settimanali sono soggetti alle procedure di cui all'art. 20 comma 2 ACN vigente.

- Le Aziende definiscono, viste le linee di indirizzo espresse dal Comitato regionale ex art. 17 ACN vigente, le modalità e i criteri di mobilità intraaziendale da attuare, prima delle procedure di cui all'art. 20, riservate a coloro che abbiano svolto almeno 18 mesi di servizio nella sede di provenienza.

14. MOBILITA' INTERAZIENDALE

1. Al fine di dare attuazione al disposto dell'art. 30 comma 2 dell'ACN vigente si stabiliscono i seguenti criteri in ordine prioritario per l'attuazione di un eventuale provvedimento di mobilità determinato dalle Aziende:
 - minore anzianità complessiva di incarico;
 - minore anzianità di incarico presso l'Azienda;
 - minore numero di ore di incarico;
 - residenza anagrafica (minore distanza dalla nuova sede d'incarico).
2. L'Azienda non può adottare il provvedimento di mobilità nei confronti dei SAI qualora lo stesso venga proposto in conseguenza della contrazione dell'attività di servizio ascrivibile a specifiche carenze tecnico-organizzative.
3. In presenza di una pluralità di figure professionali nelle strutture aziendali, la mobilità verrà attuata nel rispetto della pari dignità dei ruoli di tutti gli operatori indipendentemente dal profilo giuridico di rapporto di lavoro.
4. Dal provvedimento di mobilità sono comunque esclusi gli specialisti convenzionati con invalidità civile riconosciuta, quelli che operano negli istituti penitenziari e gli incaricati in zone disagiatissime e disagiate a popolazione sparsa definite dalla Regione.
5. Lo Specialista, Veterinario o Professionista soggetto alla mobilità ha diritto a percepire il rimborso di cui all'art. 51 poiché si configura come nuovo incarico.
6. Lo Specialista, veterinario e professionista soggetto a mobilità avrà garantito l'orario complessivo d'incarico e, compatibilmente con l'organizzazione della nuova sede e , l'articolazione oraria dei rapporti pre-esistenti.

15. FLESSIBILITA' ORARIA E RECUPERO

1. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista deve osservare l'orario di attività indicato nella lettera d'incarico;

2. è consentita una flessibilità di norma di 15 minuti prima o dopo l'inizio del turno e di 15 minuti prima o dopo il termine dello stesso, fermo restando l'obbligo di soddisfare tutte le attività programmate. Per alcune specifiche professionalità o attività, in ragione della peculiarità e della difficile programmabilità delle stesse, è consentita, su autorizzazione dei relativi referenti aziendali, anche una maggiore flessibilità oraria per le esigenze del servizio;
3. il computo dell'orario di servizio ai fini della retribuzione è calcolato su base mensile e l'eventuale compensazione, in entrata e uscita, deve avvenire di norma nell'arco del trimestre, salvo diverse autorizzazioni del dirigente della struttura di riferimento;
4. in presenza di minus orario l'Azienda applica la decurtazione del compenso corrispondente;
5. ai fini del recupero psicofisico l'intervallo tra due turni successivi deve essere di norma di almeno 10 minuti; non sono previsti intervalli per turni lavorativi di 6 ore o meno; sono fatte salve le definizioni orarie dei turni già in essere alla data di pubblicazione del presente accordo;
6. per lo svolgimento delle attività ai sensi dell'ACN vigente le ore o frazioni di ora eccedenti il debito orario mensile, al netto della flessibilità di cui al comma 2, sono autorizzate e remunerate come plus orario o recuperate in modalità concordata con il dirigente della struttura di riferimento.

16. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

- Ai sensi dell'Art. 29, comma 2, ACN vigente, al fine di consentire la continuità diagnostico-terapeutica e la presa in carico dei soggetti cronici e/o con pluripatologie l'erogazione delle visite successive alla prima, anche mediante l'utilizzo di agende riservate, avviene secondo modalità di programmazione e protocolli concordati con i Responsabili di branca.
- Fermo restando quanto definito dall'Art 29, comma 3, ACN vigente, il responsabile di Branca definisce con i componenti della branca, la determinazione dei tempi medi di esecuzione e le modalità di erogazione delle prestazioni al fine di uniformarle e armonizzarle nei setting assistenziali di competenza, anche al fine della programmazione delle agende di prenotazione.
- Nel caso di non agibilità temporanea della struttura, l'Azienda assicura l'impiego temporaneo dello specialista, veterinario o professionista, in altra struttura idonea nel Distretto senza danno economico per l'interessato mantenendo la stessa articolazione oraria ed accessi, salvo diversi accordi tra OO.SS. firmatarie del presente accordo ed Azienda.

17. PARTECIPAZIONE A COMITATI, COMMISSIONI, ORGANISMI NAZIONALI E REGIONALI, ENTI O ISTITUZIONI SANITARIE PUBBLICHE

Ai sensi dell'Art 16, comma 1, ACN vigente, agli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti convenzionati sono corrisposti dall'Azienda tutti gli emolumenti e i contributi relativi al completo orario di servizio per la partecipazione, sia in presenza sia in remoto, a comitati, commissioni previsti dal vigente ACN o per la partecipazione ad organismi previsti da norme nazionali e regionali e

provvedimenti aziendali, nonché per le attività connesse a tali partecipazioni, inclusi i tempi di percorrenza in caso di riunioni in presenza.

Analogamente tutti gli emolumenti e i contributi relativi all'orario di servizio si corrispondono ai titolari di incarico a tempo indeterminato per attività extra-assistenziali, approvate dalla Direzione Generale, richieste presso Enti o Istituzioni pubbliche richiedenti specifiche competenze e capacità riconosciute.

Per la partecipazione *fuori orario di servizio* alle attività previste dal presente articolo, agli specialisti ambulatoriali è riconosciuta un'indennità forfettaria di partecipazione di euro 150 per un impegno fino a 4 ore e di euro 300 per un impegno superiore alle 4 ore. Per riunioni in presenza fuori dal comune sede di incarico è previsto un rimborso per le spese di accesso di euro 30 per una percorrenza minima complessiva (andata e ritorno) non inferiore a 30 Km.

18. UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI E DI BUDGET

1. I SAI sono parte attiva dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), strumento della programmazione, monitoraggio e coordinamento delle attività inerenti le cure primarie e intermedie svolte nel Distretto.

2. Agli specialisti ambulatoriali membri di diritto dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e/o di budget, è riconosciuta, indipendentemente dalle riunioni convocate, un'indennità mensile di funzione di euro 407.

3. Per riunioni fuori orario di servizio agli specialisti ambulatoriali membri è riconosciuta un'indennità forfettaria di partecipazione di euro 150 per un impegno fino a 4 ore e di euro 300 per un impegno superiore alle 4 ore.

4. Per le riunioni fuori dal Comune sede di incarico è previsto un rimborso per le spese di accesso di euro 30 per una percorrenza minima complessiva (andata e ritorno) non inferiore a 30 Km a carico dell'Azienda che indice l'incontro,

5. Per le riunioni coincidenti con l'orario di servizio di altra ASL, l' Azienda presso cui lo specialista dovrebbe prestare servizio autorizza la partecipazione e garantisce tutti gli emolumenti e i contributi correlati all'orario di servizio.

19. ASSISTENZA SPECIALISTICA ESTERNA EX ART. 32

Nell'ambito dello sviluppo dell'assistenza di prossimità, anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie, la Regione Piemonte assegna un ruolo di rilevanza strategica all'assistenza specialistica esterna ex art. 32 ACN vigente in relazione alla crescente complessità diagnostica e terapeutica delle persone in condizioni di fragilità.

L'attività specialistica esterna dei SAI, svolta nelle sedi e nei contesti definiti dall'art. 32, comma 3, ACN vigente, nonché nelle strutture previste dal PNRR, si attua in integrazione con le altre figure professionali territoriali, nei vari livelli di intensità e complessità assistenziale.

Fermo restando gli emolumenti previsti dall'art. 32 ACN vigente, per l'attività specialistica esterna a maggiore intensità e complessità assistenziale indeterminate e strutturate in un progetto di cura o presa in carico (vedi ad esempio ADP, ADI, ADI/UOCP o analoghi livelli di assistenza) sono previsti i seguenti emolumenti aggiuntivi:

- se svolta *durante l'orario di servizio* è previsto un emolumento forfettario aggiuntivo di euro 25 per ogni accesso al paziente,
- se svolta *fuori dell'orario di servizio* è previsto un emolumento forfettario aggiuntivo di euro 50 per ogni accesso al paziente.

20. COMITATO REGIONALE

Fermo restando quanto definito dall'art. 17 ACN vigente:

1. La Regione assegna al Comitato Regionale il compito di fornire corrette ed uniformi interpretazioni del vigente ACN e AIR su quesiti specifici formulati dalle Aziende o dai sindacati firmatari del presente accordo.
2. Qualora all'odg siano presenti argomenti che riguardano più categorie (medici specialisti, professionisti) le OO.SS e la parte pubblica, identificano tra i membri titolari e supplenti del Comitato quale fra i due assume il ruolo di titolare per lo specifico argomento.
3. Le ASR, anche al fine di monitorare quanto previsto dall'art. 3 comma 7 ACN vigente, entro il primo quadrimestre di ogni anno, inviano al Comitato Regionale la programmazione relativa alle attività di assistenza specialistica convenzionata interna nonché l'impegno di spesa relativa.
4. Le Aziende inviano l'elenco degli incarichi, il monte ore totale, il monte ore per branche specialistiche ed i relativi costi in essere al 31.12 dell'anno precedente, utilizzando la modulistica predisposta dal Comitato.
5. Il Comitato Regionale è l'organismo di riferimento per il governo della formazione degli specialisti ambulatoriali interni secondo le modalità previste dall'articolo Formazione continua del presente AIR.
6. Il Comitato Regionale calendarizza ad inizio anno le riunioni che si svolgeranno con cadenza minima bimestrale. Su specifica e formale richiesta di una delle parti potranno essere convocate riunioni aggiuntive.
7. Il Comitato Regionale può attivare gruppi di lavoro per l'approfondimento su specifiche tematiche della specialistica convenzionata interna anche con l'eventuale ausilio di esperti esterni.

21. COMITATO ZONALE

Fermo restando quanto definito dall'art. 18 ACN vigente e nei precedenti articoli (Obiettivi strategici, Sviluppo delle Cure Primarie, Formazione Continua,...):

1. le ASR assicurano ai Comitati Zonali di riferimento tutte le risorse finanziarie, tecnologiche, informative ed umane per lo svolgimento dei compiti assegnati;
2. le ASL assicurano gli oneri sostenuti secondo il criterio della popolazione residente; le ASO/AOU concorreranno agli oneri attraverso specifici accordi con le ASL sedi del Comitato Zonale;
3. si confermano le Commissioni tecnico-scientifiche regionali istituite e attive presso il Comitato Zonale di Torino per delega ricevuta dalle altre province piemontesi; la composizione delle Commissioni, definita nel Comitato Zonale di Torino, sarà integrata, a giudizio della stessa, da rappresentanti del mondo accademico. I Coordinatori delle Commissioni tecnico-scientifiche o loro delegati sono convocati dal Comitato quando vi sono punti all'ordine del giorno che riguardano la specifica area professionale;
4. il Comitato può attivare gruppi di lavoro composti da propri membri e da eventuali consulenti esterni per l'approfondimento di specifici argomenti;
5. le funzioni di Segretario del Comitato Zonale sono svolte da un dirigente o funzionario amministrativo indicato dall'Azienda sede di Comitato.

22. INDENNITA' PENITENZIARIA E DI DISAGIATISSIMA SEDE

Ai sensi dell'art. 43 comma 12, ACN vigente, per lo svolgimento delle attività dei SAI presso gli istituti penitenziari è riconosciuto un emolumento orario aggiuntivo pari al 50% di quanto definito dall'art. 43 lettera A- Quota oraria e lettera B- Quota variabile, dall'art. 44 lettera A- Quota oraria e lettera B- Quota variabile e dall'art. 49 .

Le ASL individuano, ove presenti strutture sanitarie, sia le sedi sia le zone disagiatissime o disagiate, in base in quanto definito dall'art. 43 ACN vigente.

Le zone e le sedi individuate per uniformità di indirizzi operativi sono comunicate al Comitato Regionale ex art. 17 ACN vigente.

Per l'attività svolta presso tali sedi è riconosciuto un emolumento orario aggiuntivo pari al 50% di quanto definito dall'art. 43 lettera A- Quota oraria e lettera B- Quota variabile, dall'art. 44 lettera A- Quota oraria e lettera B-Quota variabile e dall'art. 49.

23. LIBERA PROFESSIONE IN FAVORE DELL'AZIENDA

L'attività deve essere svolta fuori dall'orario di servizio, compatibilmente con la disponibilità di spazi e personale dell'ASL e con la possibilità di accesso appropriato dell'Utenza.

L'attività istituzionale deve essere prevalente rispetto a quella libero professionale, che comunque non può superare il 40% rispetto al monte ore settimanale d'incarico specialistico ambulatoriale.

I criteri, le modalità e la misura di corresponsione degli onorari sono concordati, in armonia a quanto definito in ambito aziendale per il personale medico dipendente.

24. ATTIVITA' DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE

Fatto salvo quanto previsto dall'allegato 3 del vigente ACN, al fine di garantire ai pazienti la continuità diagnostico-terapeutica, per i SAI che effettuano attività medica o chirurgica in regime di ricovero ordinario, Day Surgery, chirurgia ambulatoriale semplice e/o complessa, nonché per quelli che effettuano prestazioni di diagnostica invasiva o di particolare valenza tecnico-scientifica, le ASR valutati i criteri di oggettiva fattibilità, garantiscono agli stessi, presso le proprie strutture, i supporti tecnico organizzativi idonei a completare l'iter diagnostico-terapeutico.

L'attività può essere svolta sia in orario di servizio che al di fuori dello stesso.

Gli emolumenti spettanti allo Specialista per tali prestazioni, salvo diverse intese già in essere, verranno stabiliti a livello locale tramite specifici Accordi Attuativi Aziendali.

25. TUTELA LEGALE

Ove si verifichi l'apertura di un procedimento di natura civile, penale o amministrativa, nei confronti di specialisti ambulatoriali o professionisti convenzionati interni per fatti o atti connessi all'espletamento delle funzioni e dei compiti professionali ed istituzionali previsti dagli Accordi Nazionali, Regionali ed Aziendali, l'Azienda e/o l'Ente presso cui è svolta tale attività garantisce la tutela legale agli stessi, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso, parimenti a quanto previsto per il personale dipendente.

NORME FINALI

1. Tutti i compensi previsti, a qualsiasi titolo o condizione, dal presente Accordo, sono assoggettati alla contribuzione a favore dei rispettivi fondi previdenziali dei SAI, nella stessa misura e con le stesse modalità previste nell'art. 53 del vigente ACN, nonché alle trattenute sindacali con le modalità definite dalle OO.SS.
Sono esclusi da tale contribuzione i rimborsi spese che non sono assoggettati ad IRPEF.
2. Eventuali modifiche o integrazioni al presente Accordo saranno concordate fra l'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte e le OO.SS. firmatarie.
3. Le Aziende devono attenersi all'applicazione puntuale del presente Accordo e prevedere almeno un incontro annuale con le OO.SS. firmatarie dello stesso.
4. La Regione Piemonte si propone di limitare gli svantaggi agli ambiti zonaliperiferici e di estensione limitata e di favorire la mobilità degli Specialisti: a tal fine, per incarichi svolti in Comune distante non oltre 100 Km da quello di residenza, anche se esterni all'ambito zonale attualmente pertinente, verrà corrisposto, per ogni accesso, il rimborso spese di viaggio, di cui all'art. 51, comma 1 dell'ACN vigente.
5. Le parti concordano di rivedere gli articoli del presente Accordo sulla base dei processi di riordino ed organizzazione delle Aziende Regionali Sanitarie.

NORME TRANSITORIE

1 - Gli effetti giuridici, normativi ed economici del presente Accordo Regionale, salvo diversa specifica indicazione, conservano la loro validità fino alla data di pubblicazione di un nuovo Accordo Integrativo Regionale. Il presente Accordo entra in vigore alla data di adozione del provvedimento deliberativo regionale.

2 - Le Parti firmatarie concordano che, per quanto non espressamente previsto negli articoli del presente Accordo, trovano applicazione le disposizioni contenute nell'ACN vigente.

3 - Nel caso in cui gli AA.II.RR. dei MMG e dei PLS prevedano remunerazioni percentualmente maggiori rispetto al presente AIR SAI, le parti concordano di rivalutare la componente economica di quest'ultimo.

DICHIARAZIONI A VERBALE

n.1: Le parti concordano sulla necessità di prevenire e contrastare in ambiente lavorativo, attraverso la corretta e puntuale applicazione della normativa vigente e le idonee modalità organizzative dell'attività dei SAI, qualsiasi forma di violenza fisica, morale e/o psichica, e in particolare quelle a sfondosessuale, razziale o religioso e di favorire la parità di genere eliminando ogni distinzione, esclusione o limitazione.

n. 2: La UIL FPL ritiene che le visite fiscali di controllo agli specialisti ambulatoriale da parte dell'INPS devono essere riferite alla categoria dei dipendenti privati con le fasce orarie stabilite dall'INPS. La UIL FPL ritiene che la Commissione di disciplina paritetica prevista dall'ACN del 31/3/2020 deve fare riferimento a quanto prescritto all'art. 48 comma 8 della L. 833/78 e smi..

Torino, li _____

Il Direttore Sanità _____

Il Responsabile del Settore sistemi
organizzativi e risorse umane SSR _____

Il Responsabile del Settore Programmazione
dei servizi sanitari e socio-sanitaria _____

Il Presidente del Comitato
paritetico regionale - SAI _____

Per le organizzazioni sindacali

OS SUMAI _____

OS FEDERAZIONE CISL MEDICI _____

OS UIL FPL _____

FESPA _____