

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE DEI MEDICI SPECIALISTI  
AMBULATORIALI, DEI MEDICI VETERINARI E DELLE ALTRE  
PROFESSIONALITA' (BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI) AMBULATORIALI  
STIPULATO AI SENSI DELL'ACN 29.07.2009 E S.M.I.

**Art.1**

Massimale orario e limitazioni - Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità. (art. 16 e 17, A.C.N. 23 marzo 2005 come modificato ed integrato dall'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i.).

Fermo restando quanto indicato negli art. 16 e 17 dell'ACN vigente, si concorda quando segue:

a) Massimale orario e limitazioni

Debiti orari occasionali devono essere recuperati dallo specialista, dal veterinario e dal professionista nel corso dello stesso giorno o comunque entro un mese, compatibilmente con le esigenze organizzative dell'Azienda. Eventuali prestazioni non effettuate per ritardi dello specialista, andranno espletate entro i due accessi successivi.

Eventuali prestazioni non effettuate per assenza non prevista dello specialista, andranno eseguite, previa prenotazione, nel più breve tempo possibile e comunque entro i trenta giorni successivi, anche in overbooking.

L'eventuale debito orario complessivo del mese rilevato dalla documentazione in possesso dell'Azienda va comunicato allo specialista, al medico veterinario al professionista e recuperato dallo stesso, concordando con il Responsabile del Presidio, tenuto conto delle esigenze organizzative, entro e non oltre due mesi dalla predetta comunicazione.

Nel caso di mancato recupero del debito orario entro il termine suindicato, l'Azienda opererà le trattenute economiche previste dall'art. 16, comma 3. Nel caso in cui non sia possibile tale recupero orario per motivi organizzativi, l'Azienda potrà accordare la trasformazione del debito orario in permesso retribuito.

Nel caso in cui lo specialista o il professionista o il veterinario sia stato autorizzato, ai sensi dell'art. 30, comma 13, a prolungare il proprio orario di attività, l'Azienda corrisponderà il relativo compenso di cui al comma 14 del citato art. 30, solo dopo avere conguagliato l'eventuale debito orario rilevato per il medesimo periodo.

b) Mobilità

Ai sensi del citato art. 17, comma 1 e dell'art. 18 comma 1, le parti concordano i seguenti criteri generali in materia di mobilità.

- Gli istituti della flessibilità operativa, della riorganizzazione degli orari e della mobilità di cui ai successivi punti a) b) c), saranno attivati in base ad esigenze assistenziali e/o logistico-organizzative, anche al fine di potenziare le nuove strutture assistenziali ai sensi della legge regionale n.5.2009

- Nel caso dell'attivazione di uno dei suddetti istituti, le parti concordano che siano garantite le seguenti condizioni;
- presenza di requisiti tecnologici e organizzativi minimi necessari allo svolgimento dell'attività nella sede di destinazione dello specialista, veterinario o del professionista;
- mantenimento dell'orario complessivo dell'incarico e, compatibilmente con l'organizzazione della nuova sede di incarico, mantenimento dell'articolazione oraria;
- garanzia, per gli specialisti e i professionisti mobilitati presso i presidi ospedalieri, di espletare esclusivamente attività ambulatoriale, con l'eccezione di attività di consulenza anche per pazienti ricoverati. Tale attività sarà espletata con modalità organizzative preventivamente concordate con lo specialista o con il professionista interessato. Tale attività di consulenza non si configura come consulto di cui all'allegato "D" dell'A.C.N. 23 marzo 2005 come modificato ed integrato dall'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i.;
- nel caso in cui la mobilità si attui presso un servizio o unità operativa che preveda attività anche in ore notturne e/o festive, tali attività verranno espletate dallo specialista, dal veterinario dal professionista previo assenso formale dello stesso.
- nel caso in cui la mobilità si attui presso un servizio o unità operative in cui è attivato l'istituto della reperibilità, la stessa dovrà essere assicurata dallo specialista, dal professionista o veterinario con le modalità indicate nell'art. 32, comma 8 dell'A.C.N. 23 marzo 2005 come modificato ed integrato dall'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i.

Nello specifico, le tipologie di mobilità sono costituite da:

- a) concentrazione dell'orario di attività presso un unico presidio;
- b) mobilità obbligatoria intra-aziendale (intra- o inter-distrettuale);
- c) assegnazione di turni attraverso l'istituto della mobilità intra-aziendale;

a) Concentrazione dell'orario di attività presso un unico presidio aziendale

Le istanze di concentrazione dell'attività presso uno stesso presidio eventualmente presentate alla Direzione delle Cure Primarie dagli specialisti ambulatoriali, dai veterinari e dai professionisti, nel rispetto dell'art.23, commi 1 e 2, dell'ACN, saranno accolte se compatibili con le esigenze organizzative aziendali e in presenza di nulla osta dei responsabili dei poliambulatori di origine e di destinazione.

In presenza di più istanze per uno stesso presidio, tali istanze saranno valutate secondo il seguente ordine di priorità:

- 1) anzianità di servizio nella branca specialistica;
- 2) anzianità di specializzazione;
- 3) anzianità di laurea;

Dell'avvenuto provvedimento deve essere data comunicazione al comitato zonale

b) Mobilità obbligatoria intra aziendale.

Nella riorganizzazione degli orari si prevede anche la possibilità di trasferimento, a parità di monte ore complessivo aziendale, di uno o più turni o parte di essi (1 o più ore), qualora lo impongano improrogabili (imprescindibili) motivi assistenziali e/o logistico-organizzativi, da un presidio specialistico ove si intende ridurre o abolire il turno di specialistica ad un presidio ove si rende necessario istituire e/o incrementare l'offerta specialistica.

Nel caso in cui, nel presidio le cui ore sono da ridurre, operino più specialisti, professionisti o veterinari, l'Azienda sentiti gli stessi e verificata l'indisponibilità al trasferimento su base volontaria, porrà in mobilità obbligatoria lo specialista o il professionista o il veterinario secondo il seguente ordine di priorità:

- *Specialisti con una media oraria ponderata delle prestazioni inferiore a due (rapporto tra numero di prestazioni ponderate / ore effettivamente rese in base al tempario regionale), rilevata dai dati dell'Azienda nell'anno solare precedente (ove non imputabile a carenze organizzative e tecnico-strumentali già motivatamente segnalate dallo specialista) e tra questi specialisti, il soggetto con minore anzianità di servizio nella branca;*  
in caso di pari anzianità viene data precedenza alla minore anzianità di specializzazione e successivamente alla minore anzianità di laurea;  
in caso di ulteriore parità, verrà considerata, come elemento preferenziale, la minore distanza tra la residenza dello specialista o del professionista o del veterinario e la nuova sede di incarico.
  
- nel caso tutti gli specialisti, i professionisti o i veterinari operanti nel presidio in cui le ore sono da ridurre, abbiano una media ponderata superiore a due, sarà sottoposto al provvedimento di mobilità obbligatoria lo specialista, il veterinario o il professionista che, in ambito distrettuale, abbia una media inferiore a due prestazioni/h e tra questi sarà posto in mobilità, lo specialista con minore anzianità di servizio nella branca, compatibilmente con le esigenze aziendali;  
in caso di pari anzianità viene data precedenza alla minore anzianità di specializzazione e successivamente alla minore anzianità di laurea;  
in caso di ulteriore parità, verrà considerata, come elemento preferenziale, la minore distanza tra la residenza dello specialista o del professionista o del veterinario e la nuova sede di incarico.

Lo specialista, il veterinario o il professionista così individuato dal Comitato consultivo zonale, viene posto in mobilità obbligatoria con provvedimento formale emanato dall'Azienda.

In caso di dissenso al trasferimento, lo specialista o il professionista o il veterinario ha facoltà di presentare ricorso al Comitato consultivo zonale entro e non oltre 15 giorni dalla notifica del provvedimento, esponendo i motivi di opposizione. Il ricorso deve essere contestualmente comunicato al Direttore Generale, che sospende il provvedimento emanato in attesa dell'esame del ricorso da parte del Comitato consultivo zonale. Il parere espresso dal predetto Comitato

nella prima riunione successiva alla presentazione del ricorso, dovrà essere comunicato entro 15 giorni dalla seduta all'azienda e allo specialista interessato per le consequenziali determinazioni. Lo specialista ha facoltà, per il tramite di un componente del comitato zonale o di un segretario provinciale di una O.S. firmatari, di inoltrare entro 15 gg dalla comunicazione formale del comitato zonale, un ulteriore ricorso al comitato regionale, che entro 30 gg lo dovrà esaminare; la determinazione assunta dal Comitato regionale sarà vincolante per specialista e comitato aziendale, e sarà comunicata entro 15 gg ai soggetti interessati. Tale ricorso sospende il provvedimento in oggetto

L'Azienda, visto il parere del Comitato consultivo zonale, emana il provvedimento definitivo che deve essere comunicato all'interessato entro 15 giorni dalla data di adozione dello stesso.

Nel caso in cui lo specialista o il professionista non si adegui al provvedimento, decade dall'incarico per le ore oggetto della mobilità, ai sensi dell'art.17, comma 3 dell'ACN vigente.

La mobilità obbligatoria di cui al presente punto non può essere attivata nei confronti dello specialista o del professionista o del veterinario, già destinatario del medesimo provvedimento nei 18 mesi precedenti.

Quando ci si è avvalsi della mobilità obbligatoria per disattivazione o depotenziamento di un servizio, nel caso di riattivazione o ripotenziamento dello stesso, deve essere data priorità ai soggetti sottoposti a mobilità.

c) Assegnazione di turni attraverso l'istituto della mobilità intra-aziendale (intra-distrettuale o inter-distrettuale) degli specialisti a tempo indeterminato.

Per la copertura di turni disponibili, prima di procedere alla pubblicazione degli stessi ai sensi dell'art.22 dell'ACN, l'Azienda si può avvalere dell'istituto della mobilità intra-aziendale, predisponendo un apposito avviso interno da pubblicare secondo le modalità previste dall'art.22 comma 1 e per la durata di 15 giorni, sull'albo del Comitato Consultivo zonale, e da inviare per conoscenza anche alle OO.SS. di categoria.

Gli specialisti o i professionisti o i veterinari aspiranti al trasferimento, in servizio presso l'Azienda che ha richiesto la pubblicazione dei predetti turni disponibili, devono presentare apposita istanza con raccomandata A/R al Comitato Zonale dal 1° al 10° giorno del mese successivo a quello di pubblicazione dei medesimi turni.

In presenza di più istanze di partecipazione, il Comitato consultivo zonale individua l'avente diritto al trasferimento, attraverso la formulazione di apposita graduatoria utilizzando i criteri previsti dal comma 2 dell'art. 23 dell'ACN. Qualora, per i turni di che trattasi, l'Azienda abbia richiesto il possesso di particolari capacità professionali, la scelta dello specialista o del professionista avviene secondo le modalità previste dall'articolo 2 del presente AIR.

La procedura per la scelta dell'avente diritto al trasferimento deve concludersi entro 45 giorni dalla scadenza del termine fissato per la presentazione dell'istanza. Il nominativo dello specialista deve essere comunicato dal comitato zonale all'Azienda entro i successivi 15 giorni.

La formalizzazione del trasferimento dovrà avvenire con provvedimento dell'Azienda entro il termine di 15 giorni dal ricevimento della comunicazione del nominativo avente diritto al

medesimo trasferimento. Tale provvedimento deve essere notificato all'interessato, a cura dell'Azienda, entro 15 giorni dalla data di adozione.

La procedura in argomento non può essere applicata per incrementare l'orario degli specialisti che non abbiano raggiunto il massimale orario prescritto dall'art.16 dell'ACN.

Nel caso in cui la procedura di mobilità volontaria intra-aziendale abbia avuto esito negativo per l'assenza di aspiranti disponibili e non ricorrano le condizioni per l'attivazione della mobilità obbligatoria si potrà ricorrere alla pubblicazione delle ore.

Allo specialista ambulatoriale o professionista o veterinario posto in mobilità compete in ogni caso per incarichi svolti in comune diverso da quello di residenza il rimborso spese di viaggio previsto nell'A.C.N. 23 marzo 2005 come modificato ed integrato dall'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i..

Avviate le procedure per la pubblicazione dei turni disponibili ed in attesa della copertura degli stessi secondo le procedure su indicate, l'azienda può conferire un incarico provvisorio secondo quanto prescritto dall'art.23, comma 7 dell'ACN.

## Art. 2

Assegnazione di turni disponibili a tempo indeterminato e a tempo determinato (art. 22, comma 4, A.C.N. 23 marzo 2005 come modificato ed integrato dall'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i.).

Richiesta di possesso di particolari capacità professionali,  
Solo qualora la pubblicazione dei turni disponibili inerenti una branca specialistica o area professionale, di cui al citato accordo, contenga la richiesta di possesso di particolari capacità professionali, la scelta dello specialista ambulatoriale o del professionista avviene, previa valutazione secondo criteri definiti nell'accordo regionale, da parte di una commissione aziendale paritetica, composta da specialisti delegati dall'azienda e specialisti ambulatoriali o professionisti di cui al presente accordo designati dai membri di categoria del comitato zonale.

In tal caso, la competenza e la responsabilità della selezione degli idonei tra gli specialisti o i professionisti è in capo alla Commissione Paritetica all'uopo costituita con formale atto aziendale.

La predetta Commissione aziendale paritetica è composta da quattro membri che devono essere in possesso di specifica competenza. Di essi, due sono di rappresentanza pubblica e vengono designati dal Direttore Generale dell'Azienda che ha richiesto la pubblicazione del turno; gli altri due sono specialisti ambulatoriali o professionisti che prestano la propria attività nella branca o area professionale interessata e che vengono designati dai membri di categoria del Comitato zonale, istituito presso la richiamata Azienda.

La presidenza di tale Commissione viene assegnata dall'Azienda al componente di parte pubblica più anziano.

Le funzioni di segretario della Commissione di che trattasi vengono svolte dal segretario del Comitato consultivo zonale.

Le riunioni saranno svolte, di norma, durante l'orario di servizio.

La Commissione aziendale paritetica, in applicazione dell'art.22, comma 4, ha il compito di selezionare tra gli aspiranti gli specialisti o i professionisti in possesso delle particolari capacità professionali richieste dall'Azienda.

Gli aspiranti ai turni di che trattasi, per poter essere ritenuti idonei, dovranno:

- essere in possesso dei requisiti previsti per l'accesso alla branca o area professionale interessata;
- aver svolto attività professionale, presso strutture pubbliche o private accreditate, specifica rispetto alla competenza richiesta, per un periodo di tempo da specificare nel bando e comunque non inferiore a due anni;
- presentare documentazione comprovante una significativa casistica relativa alla specifica competenza richiesta, parametrata secondo standard nazionali ed internazionali eventualmente esistenti.

A giudizio della commissione potrà essere effettuata, per tutti i candidati, anche la prova pratica.

La prova pratica potrà, altresì, essere espletata qualora il candidato sia impossibilitato, per motivi a lui non imputabili, alla presentazione della documentazione relativa alla casistica di cui sopra.

La Commissione aziendale paritetica comunica l'elenco degli idonei al Comitato Zonale, il quale procederà all'individuazione dell'avente (o degli aventi) diritto secondo l'ordine di priorità sancito dall'art. 23 dell'ACN vigente e nel rispetto delle restanti norme dell'ACN.

### **Art.3**

Trasformazione degli incarichi da tempo determinato a tempo indeterminato (art. 23, comma 13, A.C.N. 23 marzo 2005 come modificato ed integrato dall'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i.)

Per la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato è necessario che lo specialista, il professionista o il veterinario abbia maturato un'anzianità di servizio a tempo determinato con incarichi conferiti ai sensi dell'art 23 ACN comma 10, di almeno dodici mesi e ai sensi del comma 11 di almeno 18 mesi dal conferimento del primo incarico.

- a) Ai predetti medici specialisti ambulatoriali, ai veterinari, nonché alle altre professionalità sanitarie che hanno maturato la suddetta anzianità di servizio, l'incarico può essere trasformato a tempo indeterminato se persistono le esigenze che ne hanno determinato l'attivazione.
- b) Trascorsi, comunque, 24 mesi, l'incarico deve essere trasformato in incarico a tempo indeterminato, qualora persistano le esigenze che ne hanno determinato l'attivazione.
- c) Laddove tali esigenze non dovessero sussistere, l'azienda non potrà utilizzare a nessun titolo le ore in oggetto per almeno 24 mesi.
- d) Qualora lo specialista o il professionista o il veterinario, titolare di più incarichi a tempo determinato presso una o più aziende, avendo maturato in uno dei predetti incarichi i requisiti per la trasformazione, ne acquisisca la titolarità a tempo indeterminato, l'incompatibilità di cui all'art. 15, comma 2, del vigente A.C.N. viene temporaneamente sospesa limitatamente agli incarichi a tempo determinato già assegnati.

**Art. 4**

Comitato consultivo regionale (art. 25, commi 5, 6 e 7 A.C.N. 23 marzo 2005 come modificato ed integrato dall'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i.)

Le parti concordano quanto segue:

*a) Pareri*

Il Comitato consultivo regionale può rendere pareri, solo ed esclusivamente quando la richiesta sia avanzata dai Comitati consultivi zonali della regione Siciliana, o, attraverso il comitato consultivo zonale, da singoli componenti di quest'ultimo, o, limitatamente a problematiche di interesse generale, dalle segreterie provinciali o regionali delle OO.SS. di categoria firmatarie.

Eventuali richieste di parere presentate direttamente al Comitato regionale da parte delle Aziende sanitarie, di altri organismi o di singoli, vengono inoltrate, a cura del medesimo Comitato Regionale, al Comitato consultivo zonale, territorialmente competente.

I pareri resi dal Comitato consultivo regionale, al fine di evitare difformità di applicazione delle norme contrattuali, vengono trasmessi a tutti i comitati zonali siciliani e divengono per essi vincolanti.

Ciascun Comitato zonale, entro 15 giorni dal ricevimento del parere, può richiedere al Comitato Regionale il riesame dello stesso, motivando in modo puntuale e circostanziato le ragioni che supportano la predetta richiesta di riesame, dandone comunicazione ai Comitati Zonali della Regione.

Il Comitato Regionale, entro 60 giorni dal ricevimento della citata richiesta di riesame, deve pronunciarsi sulla stessa. Il parere definitivo viene quindi trasmesso a tutti i Comitati zonali della Regione Siciliana e per essi diventa vincolante.

*b) Linee di indirizzo*

Le linee di indirizzo formulate dal Comitato consultivo regionale, in merito alla corretta ed uniforme interpretazione ed applicazione delle norme contrattuali dell'ACN dell'Area della specialistica ambulatoriale, vengono formalizzate dal competente Servizio Assessoriale e diventano vincolanti per tutte le Aziende Sanitarie.

Il Comitato consultivo Regionale, quando debba trattare aspetti riguardanti una singola Azienda sanitaria, a richiesta di una delle sue parti, può essere integrato da un dipendente delegato dall'Azienda e da uno specialista, professionista o veterinario titolare di incarico nella citata Azienda, designato dai membri del Comitato consultivo Zonale istituito presso la medesima Azienda.

Il Comitato consultivo regionale si riunisce mediamente con cadenza mensile e su richiesta di una delle parti.

Il Comitato è validamente riunito qualunque sia il numero dei componenti presenti e delibera a maggioranza. In caso di parità, prevale il voto del Presidente.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario o dirigente indicato dall'Assessorato Regionale della Salute.

La sede del Comitato consultivo regionale è istituita presso l'Assessorato Regionale della Salute.

## Art. 5

Compiti dello specialista, UCAD e aggregazioni funzionali territoriali (AFT) (art. 28, 30, 30 bis, 31, 31bis A.C.N. 23 marzo 2005 come modificato ed integrato dall'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i.)

Lo specialista che partecipa di diritto all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali nonché al collegio di direzione aziendale dovrà essere designato per elezione tra gli specialisti titolari a tempo indeterminato operanti rispettivamente nei singoli distretti (per l'UCAD) o in tutta l'Azienda (per il Collegio di direzione aziendale). Tali specialisti, svolgeranno altresì le funzioni rispettivamente di coordinatore distrettuale e aziendale delle aggregazioni funzionali territoriali di cui al comma 4 dell'art.30 bis.

Lo specialista è tenuto a svolgere i propri compiti anche negli ambulatori dedicati e in quelli di gestione integrata(A.G.I.) secondo quanto previsto dal disegno regionale sulla gestione integrata delle patologie croniche, nonché a svolgere attività di consulenza a supporto di quella svolta nei punti di primo intervento (P.P.I.)

Il medico specialista ambulatoriale è tenuto ad implementare le linee guida e gli strumenti di governo clinico, assicurando il miglioramento continuo dell'attività, permettendo una maggiore capacità di gestione del paziente dal punto di vista diagnostico e terapeutico da parte di tutti i medici coinvolti, limitando così ricoveri impropri, ulteriori indagini specialistiche e visite di controllo ripetute.

Il medico specialista è tenuto a rispettare le disposizioni contenute nella legge 12 del 2007 e nel D.A. 3107 del 2010 ("Soglie prescrittive") ed eventuali s.m.i. Lo specialista si atterrà inoltre ad ogni altra iniziativa che l'Azienda adotterà relativamente all'appropriatezza prescrittiva, al primo di ciclo di cura, all'adozione del prontuario terapeutico.

Qualora lo specialista che effettua una prescrizione non utilizzi il ricettario unico regionale, dovrà apporre in ogni sua prescrizione, così come prevede il D.A. 12 agosto 2010 ("Regolamento di gestione delle prescrizioni") e sue eventuali modifiche ed integrazioni, la firma, il proprio timbro indicante nome e cognome, sigla della provincia sede dell'ordine professionale e numero di iscrizione all'Ordine.

I consulti con i MMG e PLS o i consulti interdisciplinari dovranno preventivamente essere autorizzati dalle Aziende.

Con riferimento al comma 6 dell'art.28 dell'ACN, si puntualizza che lo specialista formulerà esauriente risposta al quesito diagnostico con l'indicazione "al medico curante" e qualora riterrà opportuno richiedere ulteriori consulenze specialistiche, o necessarie ulteriori indagini, formulerà direttamente le relative richieste sul modulario previsto dalla legge n. 326/2003.

In riferimento al comma 3 dell'art.30 e comma2 dell'art.31 bis, si concorda che gli ambulatori debbano essere provvisti delle dotazioni strumentali necessarie e che di norma lo specialista sia collaborato da personale tecnico e infermieristico.

Le Aziende, in via sperimentale, potranno pubblicare, ai sensi degli artt. 22 e 23 dell'ACN, ore di specialistica ambulatoriale nell'ambito distrettuale, che prevedano la partecipazione obbligatoria ad *équipes* itineranti e con diario orario eventualmente predeterminato dall'Azienda.

#### **Nuove formule aggregative: AFT e UCCP**

Il nuovo ACN sottolinea l'importanza dell'appropriatezza, ponendo questo come tema centrale delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), di cui all'art. 30 bis, alle quali gli specialisti ambulatoriali e gli psicologi sono chiamati a partecipare obbligatoriamente con le finalità di "promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della EBM,..." e di "promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review".

Le AFT rappresentano, quindi, il luogo di confronto e di co-costruzione di protocolli evidence-based e di percorsi assistenziali integrati, che dovranno poi trovare concreta applicazione nelle routine assistenziali quotidiane. Questo aspetto è particolarmente importante considerata la ricaduta sul comportamento clinico e prescrittivo dei MMG che le indicazioni dello specialista inevitabilmente comportano.

Per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva relativa ai protocolli specifici, quali quelli inerenti i farmaci ad alto costo e la diagnostica, gli specialisti e i professionisti si impegnano ad attuare l'applicazione dei protocolli concordati in seno alle AFT senza ulteriori incentivi aggiuntivi.

#### **AFT e COORDINATORE**

L'AFT è una metastruttura aggregativa che si innesta, su un diverso livello sulle classiche forme organizzative distrettuali ed aziendali e che è inquadrabile come una "precondizione", considerata l'obbligatorietà della partecipazione, necessaria per migliorare la produzione ed i risultati che da essa derivano.

Gli oggetti fondamentali di questa condivisione, tra gli specialisti e gli altri professionisti in rapporto convenzionale, sono così inquadrabili:

- produzione dei dati necessari ai processi di programmazione ed alle verifiche di processo e di risultato;
- audit monoprofessionali e/o integrati per l'approfondimento di temi specifici e per la condivisione di protocolli evidence-based e di percorsi assistenziali;
- formazione congiunta mirata all'implementazione ed al rafforzamento dei programmi di governo clinico.

La partecipazione obbligatoria degli specialisti è, quindi, inquadrabile nei seguenti elementi:

- partecipazione alla "vita" dell'AFT, e cioè agli incontri ed alla condivisione dei programmi;

- produzione dei dati necessari al funzionamento dell'aggregazione ed all'espletamento dei suoi compiti;
- contributo alla produzione dei protocolli diagnostico-terapeutici evidence-based sulle aree ritenute critiche e loro corretta applicazione.

Si prevede almeno una AFT per distretto. Le AFT distrettuali potranno anche organizzarsi sulla base di specifiche esigenze aziendali e sono previste subunità funzionali in aree metropolitane. E' ipotizzabile una AFT per branche affini o a livello aziendale anziché distrettuale.

Si concorda di identificare un "Coordinatore" di AFT", per un numero complessivo regionale massimo di 55 coordinatori (coincidenti con gli specialisti e professionisti eletti come componenti dell'UCAD) per il periodo di vigenza del presente accordo.

Il Coordinatore delle AFT assumerà la responsabilità di svolgimento delle seguenti funzioni per tutta la durata del presente accordo:

- il coordinamento organizzativo-operativo delle AFT, cioè il loro effettivo funzionamento e l'organizzazione degli incontri periodici (che dovranno essere un minimo di quattro all'anno);
- il raccordo con il "Referente unico" MMG dell'UCCP (vedi);
- la raccolta dei dati delle AFT a lui assegnate e l'invio della reportistica periodica al Distretto di riferimento;
- la cura dell'interfaccia tra AFT e ASP;
- la partecipazione ai momenti di verifica e di valutazione;
- la proposta all'Azienda e alla Regione di tematiche critiche, da approfondire e su cui costruire specifici percorsi e protocolli, che si affiancheranno a quelle individuate dalla Regione.

Per l'espletamento di tale funzione, ogni Coordinatore riceverà un compenso forfetario per anno, suddiviso in dodici mensilità, previa verifica dell'efficace espletamento delle funzioni assegnategli. Il Coordinatore nel suo lavoro farà riferimento al Referente unico MMG dell'UCCP laddove identificato e al Dirigente Medico Responsabile del PTA o del Poliambulatorio distrettuale di riferimento. Le somme destinate ai compensi per i coordinatori delle AFT, identificate all'interno del fondo di cui all'art.11, ammontano complessivamente a euro 150.000 annui e sono assegnate alle Aziende Sanitarie Provinciali in proporzione alla popolazione residente. Le aziende suddivideranno la somma tra i coordinatori secondo modalità definite dagli accordi aziendali.

Gli specialisti componenti delle AFT, sotto la supervisione e la responsabilità del Coordinatore, sono tenuti al rispetto degli impegni assunti, tra i quali la produzione dei dati ed il loro aggiornamento con le modalità, i tempi ed i contenuti concordati, la partecipazione alle attività ed agli incontri promossi dalle AFT, l'applicazione dei protocolli e dei percorsi assistenziali concordati.

Il Coordinatore dell'AFT è tenuto al rispetto degli impegni assunti dal presente Accordo e in seno alla programmazione locale di ASP. Il mancato rispetto degli impegni sanciti dal presente Accordo e degli impegni assunti in seno alle AFT, è causa della decadenza dalla funzione e dal sistema incentivante previsto.

Costituiscono cause di decadenza del Coordinatore:

- il mancato assolvimento degli impegni assunti;
- la mancata partecipazione ai momenti comuni (audit, formazione, incontri);
- la sfiducia manifestata dalla maggioranza degli altri Specialisti ambulatoriali afferenti all'AFT.

L'incarico di Coordinatore ha durata corrispondente alla durata del presente AIR ed è rinnovabile.

Il mancato rispetto degli impegni sanciti dal presente Accordo e degli impegni assunti in seno alle AFT, alle quali lo specialista è obbligato a partecipare, è causa della decadenza dal sistema incentivante previsto e come indicato dall'ACN 2009 (art 30 bis comma 2 e art 13 bis comma 6), può costituire causa di rescissione del rapporto convenzionale.

Le AFT, che l'ACN 2009 ha previsto per tutte le tipologie professionali con rapporto convenzionale (MMG, PLS, MCA, Specialisti), sulla base delle necessità e dei programmi aziendali potranno operare sia su base monoprofessionale, sia su base multiprofessionale integrata (ad es., nel caso di audit integrati per la condivisione di protocolli evidence-based o di percorsi di gestione integrata).

Nell'ambito delle AFT saranno sviluppati, sulla base della programmazione aziendale e regionale, prioritariamente gli aspetti relativi ai seguenti percorsi diagnostico terapeutici: diabete, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, insufficienza renale, malattie professionali, artrite reumatoide e malattie correlate del connettivo, morbo di Alzheimer e patologie correlate, prevenzione delle malattie cerebro-vascolari, prevenzione del cancro della mammella, della cervice uterina e della prostata, sorveglianza dei nevi e prevenzione del melanoma, parodontologia e prevenzione delle malocclusioni etc.

Considerata la sperimentabilità di tale progetto, si effettuerà una verifica in itinere e finale dei risultati effettivi della sperimentazione AFT con possibilità di conferma o meno delle figure di coordinamento previste dal presente Accordo.

## Art.6

Doveri e compiti dei professionisti biologi, chimici e psicologi (art.29 ACN 23.3.05 e s.m.i).

Le parti, nel fare proprie, nel presente accordo regionale, le disposizioni di cui all'art. 29, commi 2 e 3, in considerazione che l'attività di rilevazione epidemiologica è uno dei punto cardine dell'attività di prevenzione, e che una diffusa e specifica raccolta dei dati è necessaria per un accurato studio epidemiologico; considerato altresì che le indicazioni del Ministero della salute hanno posto al centro dell'attività di prevenzione lo stretto rapporto di collaborazione tra i M.M.G., P.L.S. e le altre

figure professionali, tra le quali professionisti biologi, chimici e psicologi; a queste ultime viene affidata tale attività per raggiungere specifici obiettivi di rilevamento epidemiologico delle patologie precitate.

I professionisti biologi, chimici e psicologi partecipano inoltre alla realizzazione dei percorsi assistenziali previsti per i pazienti adulti ed in età pediatrica e al raggiungimento di più elevati livelli di appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate.

Le modalità di esecuzione vanno concordate a livello locale per una più organica e funzionale raccolta dati che tenga conto delle realtà locali.

## Art. 7

Responsabile di branca: funzioni, compiti, compensi (art. 30, commi 2 e 15, A.C.N. 23 marzo 2005 come modificato ed integrato dall'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i.)

Per quanto concerne le ASP di Palermo, Catania e Messina dovranno essere individuati due responsabili per ciascuna branca specialistica o multidisciplinare, di cui uno per il distretto metropolitano e uno per i restanti distretti. Per le branche con un numero di specialisti inferiore a cinque specialisti, sarà individuato un solo responsabile di branca.

Per le restanti ASP sarà individuato per ciascuna branca specialistica o multidisciplinare un Responsabile di branca aziendale.

L'individuazione del RdB può avvenire solo per quelle branche in cui opera un numero di specialisti o professionisti pari o superiore a due, con le procedure sotto descritte, fermo restando quanto previsto dall'art.30 c.15.

All'interno delle branche di medicina del lavoro e di radiologia, purché operi nelle suddette branche un numero di specialisti pari o superiore a due, assumeranno rispettivamente il ruolo di RdB il Medico competente e il responsabile delle apparecchiature radiologiche, individuati con atto formale dell'azienda.

Condizioni essenziali di accesso al coordinamento di branca o multidisciplinare sono:

- a) titolarità di incarico a tempo indeterminato per lo svolgimento in via esclusiva di attività specialistica ambulatoriale regolamentata dall'A.C.N. vigente;
- b) titolarità di incarichi di specialistica ambulatoriale interna per almeno 25 ore;
- d) almeno 3 accessi settimanali nell'ambito aziendale.

L'individuazione dei Responsabili di branca o multidisciplinare avverrà attraverso una graduatoria stilata dal Comitato Zonale sulla scorta dei seguenti punteggi:

- 1 punto per ogni anno di servizio prestato nella branca specialistica;
- 1 punto per ogni ora di incarico settimanale, riferito al momento della presentazione della domanda;
- 10 punti per la responsabilità di apparecchiature fisioterapiche.

A parità di punteggio, saranno considerati i criteri indicati dall'art.23 comma 2.

Gli specialisti o i professionisti aspiranti a ricoprire la funzione di che trattasi dovranno inoltrare al Comitato consultivo zonale, entro 30 giorni dalla pubblicazione del decreto assessoriale di approvazione degli accordi regionali, la domanda di partecipazione alla selezione per la nomina di responsabile di branca o multidisciplinare. Per le ASP di Palermo, Catania e Messina, lo specialista

avrà cura di specificare chiaramente nella domanda se intende partecipare per il distretto metropolitano e/o per i restanti distretti.

Il Comitato consultivo zonale, entro trenta giorni dalla scadenza del termine ultimo di presentazione delle domande, stilerà la relativa graduatoria individuando l'avente diritto. In caso di rinuncia dell'avente diritto, il Comitato consultivo procederà allo scorrimento della graduatoria e individuerà come avente diritto lo specialista secondo l'ordine della medesima graduatoria.

Per la graduatoria i termini saranno riaperti ogni due anni.

Trascorsi due anni dalla data della pubblicazione della graduatoria, entro il 31 gennaio si riapriranno i termini per la presentazione delle domande.

Il nominativo dell'avente diritto al conferimento dell'incarico di RdB verrà comunicato all'Azienda entro quindici giorni dall'approvazione dell'individuazione.

L'Azienda, entro i successivi quindici giorni, provvederà, con apposito provvedimento, a formalizzare la relativa nomina. Tale provvedimento deve essere notificato all'interessato entro 30 giorni dalla data di adozione.

I Responsabili di branca in carica decadono formalmente con la pubblicazione dell'AIR, continuando a svolgere, in regime di *prorogatio*, le funzioni specifiche, percependo l'emolumento corrispondente fino alla nomina dei nuovi Responsabili di branca.

L'incarico di responsabile di branca ha durata biennale con verifica annuale (effettuata dal CPVA) rinnovabile previo accertamento della permanenza dei requisiti e verifica sull'attività svolta, pena la decadenza dell'incarico medesimo.

In caso di decadenza o di dimissioni volontarie da parte di uno dei Responsabili di branca, l'azienda procederà a nuova nomina mediante scorrimento della graduatoria formulata dal Comitato consultivo zonale.

Per ciascuna categoria di professionisti può essere individuato un Responsabile di Branca, a condizione che per ciascuna di esse siano in servizio in ambito Aziendale due o più professionisti. In particolare per quanto attiene i Veterinari, può essere individuato un RdB per ciascuna delle tre branche (ex Aree).

Relativamente all'incarico de quo, le condizioni di accesso, le modalità di partecipazione degli aspiranti e quelle relative alla individuazione dell'avente diritto, nonché la disciplina giuridica ed economica per i veterinari e i professionisti sono gli stessi di quelli previsti per i medici specialisti.

#### *Funzioni e compiti*

Il responsabile di branca svolge le funzioni di referente tecnico della branca specialistica nei confronti dell'Azienda.

Ferma restando l'autonomia professionale dei singoli specialisti o veterinari o professionisti, al responsabile di branca possono essere assegnati dall'Azienda compiti organizzativi di indirizzo e di monitoraggio delle attività specialistiche territoriali relative alle branche per le quali svolge la funzione di responsabile.

L'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali potrà avvalersi del responsabile di branca per le problematiche concernenti la relativa specialità, compresi gli aspetti erogativi delle prestazioni.

Lo specialista convenzionato membro di diritto dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali cura un costante rapporto con il responsabile di branca al fine di assicurare all'ufficio stesso una corretta informazione sull'andamento erogativo delle specialità assicurate a livello territoriale e alla sussistenza e/o insorgenza di eventuali problematiche assistenziali.

In particolare il responsabile di branca collabora, mediante pareri e proposte, con l'Azienda al fine di:

- a) assicurare un'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali adeguata alla domanda avanzata dall'utenza;
- b) affrontare, nell'ambito delle risorse disponibili, i problemi operativi concernenti la branca specialistica;
- c) garantire il supporto tecnico-professionale alle iniziative distrettuali ed aziendali che comportano il coinvolgimento della specialistica ambulatoriale;
- d) promuovere e verificare l'attività degli specialisti della branca in ordine all'assistenza specialistica domiciliare e ambulatoriale anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) in base alla programmazione aziendale;
- e) promuovere e verificare l'attività degli specialisti della branca in ordine all'assistenza specialistica nelle strutture aziendali residenziali e semiresidenziali e negli hospice.

Inoltre il responsabile di branca può avanzare proposte ai dirigenti sanitari responsabili della gestione dei servizi per:

- a) il sistema di informatizzazione;
- b) 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;
- c) innovazione tecnologica delle dotazioni strumentali necessarie allo svolgimento delle attività specialistiche ambulatoriali;
- d) 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 dall'utenza.

### *Compensi*

Al responsabile di branca, titolare d'incarico a tempo indeterminato, è corrisposto per lo svolgimento delle funzioni e compiti previsti dal presente accordo regionale, limitatamente alle ore di incarico svolte nell'ambito in cui ha ricevuto la nomina un incremento dell'8% della quota oraria di cui all'art. 42 e 43, comma 1, lettera A punti 1 e 2 dell'A.C.N. vigente. (Nelle aziende di Palermo, Catania e Messina saranno considerate le ore di incarico svolte dal medico specialista nell'ambito metropolitano ovvero in quello extra-metropolitano; nelle altre Aziende le ore di incarico svolte nell'ambito aziendale).

### Art. 8

#### PROGETTO QUALITÀ

1. Si stabilisce che hanno diritto alla corresponsione del Fondo per il progetto qualità, pari a € 2,95 per ora, i medici specialisti ambulatoriali che espletino attività legate al miglioramento della qualità:

- a) *garantendo in toto le prestazioni che l'Azienda intende erogare ove occorre anche tramite l'aggiornamento professionale e l'acquisizione di nuove conoscenze tecnico-scientifiche attinenti alla branca specialistica di pertinenza;*
- b) *assicurando la partecipazione alle attività innovative territoriali, secondo quanto previsto dall'Azienda, in particolare la partecipazione alla gestione integrata dei pazienti cronici, agli Ambulatori di Gestione Integrata e ai PPI (allo scopo di offrire un valido riferimento per le urgenze di basso-medio livello -codici bianchi e, in parte verdi);*
- c) *implementando i sistemi di prenotazione secondo criteri di priorità, in applicazione delle direttive emanate dal Ministero della salute e regionali, (progettualità RAO, garantendo anche l'attività di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva rispetto alle linee guida adottate), anche ricorrendo all'over-booking;*
- d) *ponendo in essere attività finalizzate alla contrazione dei costi derivanti dalla spesa farmaceutica;*
- d) *attuando protocolli di farmaco-economia, incentivando anche l'uso dei farmaci equivalenti;*
- e) *adottando linee guida nazionali ed internazionali;*
- f) *garantendo l'assistenza domiciliare e/o attività extra moenia oltreché redazione di PAI;*
- g) *attivando e promuovendo i percorsi diagnostico-terapeutici per le singole specialità;*
- h) *utilizzando efficientemente le ore di ambulatorio, al fine di ridurre i tempi di attesa, garantendo una media oraria ponderata, in base al tempario, delle prestazioni non inferiore a due (rapporto tra numero di prestazioni ponderate / ore effettivamente rese), verificate con cadenza annuale, a livello aziendale, dal Comitato di programmazione e valutazione aziendale (C.P.V.A.);*
2. Si stabilisce che hanno diritto alla corresponsione del Fondo per il progetto qualità, pari a € 1,75 per ora, i professionisti che espletino attività legate al miglioramento della qualità:
- 1) *Il miglioramento della qualità delle prestazioni ambulatoriali, anche al fine di aumentare la capacità di attrazione.*
  - 2) *L'abbattimento delle liste d'attesa.*
  - 3) *La prosecuzione e miglioramento dell'attività di valutazione e monitoraggio continuo della qualità.*
  - 4) *Il miglioramento del contesto ambientale, mediante monitoraggio dei determinanti ambientali (aria, acqua, alimenti e ambiente).*
  - 5) *La collaborazione con i vari dipartimenti e distretti al fine di estendere e migliorare l'offerta di prestazioni.*
  - 6) *La prevenzione e diagnosi precoce nei luoghi di vita e di lavoro (polveri, metalli ecc.).*
  - 7) *Lo sviluppo e l'applicazione di tecniche di biologia molecolare.*
  - 8) *La prevenzione di malattie genetiche.*
  - 9) *La partecipazione ad attività di rilevazione epidemiologica per la preparazione, lo studio e la*

*programmazione di indagini statistiche, con particolare riferimento agli indicatori individuati dal Ministero della salute, come ad esempio, le patologie cardiovascolari, il diabete di tipo II ed altre, per il raggiungimento di specifici obiettivi di rilevamento epidemiologico.*

*10) Educazione alimentare ai fini della prevenzione dell'obesità, delle malattie cardiovascolari e del diabete anche presso scuole, comunità, M.M.G. e P.L.S.*

*11) La partecipazione a campagne di screening.*

3. Tali attività saranno programmate e monitorate secondo indicatori definiti e condivisi in seno al CPVA.

## **Art. 9**

### **Programmi e progetti finalizzati**

Fermo restando quanto indicato dall'art.31 dell'A.C.N.2005 come modificato ed integrato dall'ACN 29 luglio 2009, le parti stabiliscono quanto segue:

#### **a) Obiettivi prioritari per i programmi ed i progetti finalizzati**

##### *Medici specialisti ambulatoriali e professionisti*

##### *A1. Linee progettuali principali:*

- 1) Abbattimento delle liste di attesa, così come previsto dagli indirizzi ministeriali, anche attraverso:
  - a) la erogazione delle prestazioni eccedenti quelle previste per l'attività ordinaria nel tempario, in particolare per i soggetti che giungono con richiesta di prestazioni "urgenti (U)";
  - b) l'incremento delle prenotazioni rispetto a quanto previsto in base al tempario (overbooking)
- 2) Ampliamento della fascia oraria di offerta assistenziale territoriale, con l'obiettivo di assicurare una assistenza dalle 8 alle 20
- 3) Miglioramento dell'adeguatezza e dell'appropriatezza delle prescrizioni.
- 4) Potenziamento della partecipazione attiva alla gestione integrata dei pazienti cronici (in particolare i target prioritariamente identificati dal disegno regionale) ed al successivo follow-up attivo, in linea con gli indirizzi regionali, attraverso:
  - la valutazione specialistica e la proposta del piano individualizzato, comprendente gli approfondimenti diagnostici, gli interventi educativi e terapeutici e il follow up;
  - la partecipazione agli ambulatori dedicati;

- la partecipazione agli ambulatori di gestione integrata (AGI).

5) Potenziamento del supporto specialistico all'attività svolta nei Punti di Primo Intervento (P.P.I.), secondo quanto previsto dall'Azienda, allo scopo di offrire un valido riferimento, come consulenza, per urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e, in parte verdi); tale attività di consulenza non configura il consulto di cui all'allegato "D" dell'A.C.N. 23 marzo 2005 come modificato ed integrato dall'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i.;

6) Potenziamento della partecipazione alle progettualità di cure domiciliari.

#### *A2. Ulteriori linee progettuali*

- 1) Adesione ai percorsi preferenziali clinico-assistenziali per pazienti multiproblematici.
- 2) Attività di prevenzione e diagnosi precoce nei luoghi di vita e di lavoro.
- 3) Tempestività del risultato diagnostico.
- 4) Monitoraggio delle terapie (follow up del paziente).
- 5) Appropriata prescrizione e primo ciclo di cura.
- 6) Partecipazione a campagne di screening.
- 7) Elaborazione dei Piani di assistenza individuale (PAI) anche domiciliare per la fruizione delle prestazioni riabilitative.
- 8) Farmacovigilanza.
- 9) Partecipazione ad attività di rilevazione epidemiologica per la preparazione, lo studio e la programmazione di indagini statistiche, con particolare riferimento agli indicatori individuati dal Ministero della salute, come ad esempio, le patologie cardiovascolari, il diabete di tipo II ed altre, per il raggiungimento di specifici obiettivi di rilevamento epidemiologico.
- 11) Educazione alimentare ai fini della prevenzione dell'obesità, delle malattie cardiovascolari e del diabete anche presso scuole, comunità, M.M.G. e P.L.S.
- 12) Consegna al paziente della documentazione clinica, anche relativa a presidi e manufatti protesici.
- 13) altri eventuali linee progettuali proposte e approvate dal CPVA.

#### b) elaborazione delle proposte progettuali

I progetti, che saranno sottoposti a valutazione del CPVA (v. lettera d), possono essere elaborati:

1) dall'Azienda, che può predisporre l'elaborazione di proposte di programmi e di progetti finalizzati, in linea con la programmazione regionale, destinati all'attività specialistica e alle altre aree professionali, fermo restando l'obbligo per gli specialisti, e per i professionisti di assicurare i propri compiti istituzionali di cui agli artt. 28, 29 e 29 bis.

2) da specialisti o professionisti, purché in linea con la programmazione regionale ed aziendale e controfirmati dal Dirigente aziendale responsabile della Struttura dove il progetto va realizzato.

I progetti dovranno essere coerenti con gli obiettivi prioritari sopra elencati e prevedere indicatori e valori attesi per la valutazione dei risultati.

I programmi ed i progetti finalizzati devono essere presentati al CPVA e devono avere una durata non superiore ad un anno, coincidente quest'ultimo con quello solare.

### c) partecipazione ai progetti

Ai progetti potranno accedere gli specialisti, ed i professionisti che abbiano una media ponderata delle prestazioni nell'ultimo anno solare non inferiore a tre (media ponderata del periodo = n. di prestazioni ponderate del periodo/ore rese, effettivamente lavorate - del periodo)

Relativamente alla valutazione del 2012 per l'accesso ai progetti 2013, le prestazioni non devono essere inferiori a 2,5 sulle ore effettivamente lavorate.

La partecipazione ai progetti dovrà essere formalmente sottoscritta, per accettazione, dal singolo specialista o professionista.

La mancata adesione e/o partecipazione ovvero il mancato raggiungimento degli obiettivi (in base agli indicatori definiti) comporta il venir meno del diritto alle somme derivanti dai progetti obiettivo, secondo quanto stabilito dall'art 11.

L'attività svolta dai medici specialisti e dai professionisti ambulatoriali nell'ambito di progetti e programmi finalizzati concernenti il personale dipendente ed altro personale convenzionato (MMG,PLS), è valutata agli effetti economici (retribuzione di risultato) in relazione al raggiungimento dei valori attesi degli indicatori specifici prefissati per l'attività specialistica.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi non comporterà l'esclusione dello specialista o del professionista dalla retribuzione di risultato, solo qualora ciò non sia imputabile allo specialista ma a circostanze, certificate dal Responsabile di Presidio, unicamente riconducibili all'Azienda e/o alle sue articolazioni.

Per ciascun progetto, gli specialisti o i professionisti designano un referente, scelto tra gli aderenti al progetto medesimo, il quale coordina le attività dei partecipanti al progetto e cura i rapporti anche formali (raccolta e trasmissione dei report) tra questi ed il Dirigente Aziendale, Responsabile della Struttura dove il progetto va realizzato. Nel caso in cui il progetto coinvolga solo specialisti della stessa branca, il referente del progetto sarà preferibilmente il responsabile di branca.

### d) Comitato di Programmazione e Valutazione Aziendale (CPVA)

In ogni ASP, qualora non ancora costituito, viene istituito, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente AIR, un Comitato di Programmazione e Valutazione Aziendale, di seguito denominato C.P.V.A., composto da otto membri, di cui quattro di nomina aziendale (il Direttore generale, o suo delegato, con funzione di Presidente e tre dirigenti medici) e quattro medici specialisti ambulatoriali designati dalle OO.SS. di categoria con maggiore consistenza associativa a livello aziendale, cioè con un numero di deleghe non inferiore al 3% delle deleghe provinciali, firmatarie dell'ACN vigente. Devono essere previsti e nominati dei sostituti in caso di assenza di uno o più componenti.

Per gli argomenti che riguardano, i biologi, i chimici e gli psicologi ambulatoriali, i quattro rappresentanti dei medici specialisti ambulatoriali designati dai sindacati sono sostituiti da altrettanti rappresentanti delle predette categorie, dalle OO.SS. delle medesime categorie, con

maggior consistenza associativa a livello aziendale, cioè con un numero di deleghe non inferiore al 3% delle deleghe provinciali, firmatarie dell'ACN vigente.

Il C.P.V.A. sarà istituito con atto deliberativo e sarà presieduto dal Direttore Generale o da un suo delegato e avrà vigenza per tutta la durata contrattuale.

I pareri e le decisioni saranno espressi a maggioranza e, in caso di parità, prevarrà il voto del presidente.

Le funzioni di segretario saranno svolte da un funzionario nominato dall'azienda, che avrà il compito di verbalizzare i lavori del comitato e di custodire i documenti cartacei e/o informatici.

I compiti e le funzioni del C.P.V.A. sono quelli di seguito specificati:

- a) approva o rigetta i progetti in relazione alla loro conformità con gli indirizzi regionali ed aziendali (in particolare la piena realizzazione e l'implementazione delle attività del P.T.A secondo quanto previsto dal Decreto 723 del 10 marzo 2010, con specifico riguardo a: "Gestione Integrata" dei pazienti cronici, Ambulatori Dedicati, Ambulatori di Gestione Integrata e Punti di Primo Intervento) ed alla validità degli indicatori e dei valori attesi per la verifica ed il monitoraggio.
- b) attribuisce a ciascun progetto, in via preferenziale, un monte ore, aggiuntive a quelle ordinarie, che deve tenere conto della valenza strategica del progetto, del contesto in cui si realizza, delle modalità di svolgimento delle attività, del numero dei partecipanti. In alternativa, qualora non fosse possibile assegnare delle ore aggiuntive, sarà assegnato un budget legato al valore al progetto.
- c) esegue, con cadenza trimestrale, le verifiche in itinere, oltreché la valutazione a consuntivo, in ordine al raggiungimento dei risultati secondo gli indicatori di processo e di esito definiti.

#### Modalità operative

Le proposte, sia quelle aziendali che quelle degli specialisti o dei professionisti, vengono inoltrate al C.P.V.A., a cura del referente del progetto, per la prevista valutazione, che deve essere effettuata entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse.

Il C.P.V.A., entro 15 giorni dall'approvazione dei progetti, dovrà darne comunicazione ai Dirigenti Aziendali Responsabili della Struttura dove il progetto va realizzato nonché agli specialisti ed ai professionisti coinvolti, al fine di consentire agli attori del processo la realizzazione dei progetti medesimi.

#### e) Verifiche

Il Referente del progetto al fine di consentire al citato Comitato di effettuare la verifica trimestrale, ha l'obbligo di trasmettere al C.P.V.A., entro 15 giorni dalla fine di ciascun trimestre un report, sulla base delle dettagliate relazioni (compresi i dati dei numeratori e dei denominatori utilizzati per la definizione del valore raggiunto) a lui trasmesse con la stessa cadenza da ogni singolo specialista.

Qualora durante lo svolgimento del progetto dovessero mutare le esigenze e/o le condizioni che ne hanno determinato l'approvazione, anche al fine di garantire il raggiungimento dell'obiettivo in esso definito, il Comitato ha facoltà di richiedere la riformulazione dello stesso di concerto con il Dirigente Aziendale, Responsabile della Struttura dove il progetto si svolge.

Il referente del progetto ha, altresì, il compito di trasmettere entro 15 giorni successivi alla scadenza del progetto una relazione finale, specificando dettagliatamente i risultati raggiunti (compresi i dati dei numeratori e dei denominatori utilizzati per la definizione del valore raggiunto) ed il grado di partecipazione di ciascun attore coinvolto.

Il C.P.V.A., entro 30 giorni dal ricevimento dell'ultima relazione, per ciascun progetto, deve procedere alla verifica dei risultati raggiunti e del contributo apportato da ciascun partecipante, laddove il progetto ne permetta una valutazione oggettiva.

Il C.P.V.A. procederà, entro 15 giorni dall'ultima verifica, a comunicare all'Azienda l'esito di tale verifica, al fine della corresponsione dei relativi incentivi economici.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi, attestato dal C.P.V.A., comporterà il venir meno del diritto alla corresponsione delle somme destinate ai medesimi progetti, con il conseguente recupero delle somme già erogate.

Nel caso in cui l'obiettivo del progetto non sia stato raggiunto, e laddove lo stesso progetto abbia previsto degli obiettivi individuali corredati da indicatori misurabili, potrà essere riconosciuto dal CPVA agli specialisti e professionisti che abbiano raggiunto il proprio obiettivo individuale almeno al 70%, il riconoscimento economico proporzionale al risultato raggiunto e che non potrà comunque superare il 70% della tariffa oraria secondo quanto stabilito nell'art 11.

#### f) Effetti economici

Per la realizzazione dei progetti e il raggiungimento degli obiettivi, saranno preferenzialmente assegnate allo specialista o professionista partecipante, un numero di ore aggiuntive a quelle ordinarie, retribuite secondo quanto stabilito nell'art 11. In alternativa qualora non fosse possibile assegnare delle ore aggiuntive, sarà assegnato dal CPVA un budget legato al valore al progetto e all'impegno previsto per la sua realizzazione.

La valutazione deve essere effettuata dal CPVA

La Regione, nell'ambito del monitoraggio della attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, potrà richiedere specifici report alle Aziende Sanitarie sulla realizzazione e dei progetti e il raggiungimento degli obiettivi.

Le risorse economiche necessarie alla retribuzione di tale monte orario, previste dall'AIR per i programmi e progetti finalizzati, secondo quanto definito nell' art.11 del presente accordo, sono pari alle risorse già impiegate per integrare i tetti previsti nel DPR 271/2000 e DPR 446/2001, così come previsto dall'art. 42, lettera B, comma 3 e dall'art. 43 lettera B comma 3, integrate dalle somme scaturenti dalla applicazione dell'ACN 2010 destinati agli accordi decentrati.

Per la remunerazione di ciascun profilo professionale coinvolto si dovrà fare riferimento al fondo incentivante.

#### g) Incentivazione delle prestazioni aggiuntive

Allo scopo di aderire a specifiche previsioni contenute nella programmazione regionale o aziendale, finalizzate al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi specialistici, sia territoriali che ospedaliera il CPVA, può autorizzare uno o più specialisti o professionisti ad eseguire, ai sensi dell'art.31, comma 4, prestazioni aggiuntive, al di fuori del proprio orario di servizio.

In tale evenienza, il CPVA formulerà apposito programma, specificando le prestazioni aggiuntive da effettuare, il Presidio ove le stesse devono essere svolte e le modalità di esecuzione.

Per tale attività aggiuntiva allo specialista o al professionista verrà corrisposto un emolumento aggiuntivo che sarà finanziato con risorse appositamente destinate.

Si rimanda al tempario regionale l'elenco delle prestazioni aggiuntive per la relativa incentivazione economica.

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, connected strokes. The signature is positioned in the lower right quadrant of the page.

**Art.10**

Indennità di disagiatissima sede (art. 42, comma 11, A.C.N. 23 marzo 2005 come modificato ed integrato dall'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i.)

Le parti stabiliscono quanto segue:

a partire dalla pubblicazione dell'accordo le indennità spettanti ai medici specialisti ambulatoriali, ai ed ai veterinari in servizio presso i presidi delle piccole isole, già identificate come "sedi disagiatissime" con decreto n. 50405 del 4 settembre 1985, sono le seguenti:

- 1) 100% della tariffa oraria lorda prevista dagli istituti di cui agli artt. 42 comma 1 lett. A, punto 1 e punto 2; lett B, c.10, art.30 c.14, art 32, art.47, art.49.
- 2) 100% della tariffa oraria prevista dall'art. 42 comma 1 lett. A, punto 1 e punto 2, per ogni ora virtuale di trasferimento nella misura così fissata:

- 1) Favignana, Levanzo: 4 ore;
- 2) Vulcano, Lipari, Salina: 5 ore;
- 3) Alicudi, Filicudi, Panarea, Marettimo, Ustica: 6 ore
- 4) Pantelleria, Stromboli: 10 ore
- 5) Lampedusa, Linosa: 13 ore

L'indennità di cui al punto 2 è riconosciuta in occasione di ogni spostamento effettuato per il raggiungimento della disagiatissima sede e relativo rientro, previa presentazione dei seguenti titoli di viaggio:

biglietto aereo/nave;  
carte d'imbarco.

Allo specialista e al veterinario è riconosciuto il rimborso delle spese documentate per il trasferimento con mezzo pubblico dal punto d'imbarco alla sede dell'incarico e viceversa, nonché l'eventuale indennità chilometrica di accesso fino al punto d'imbarco più vicino alla propria residenza, purché lo specialista, il veterinario o il professionista abbia la residenza nell'ambito zonale in cui ricade l'azienda sanitaria competente per territorio.

Le aziende sanitarie, ai fini dell'ottimizzazione e razionalizzazione delle risorse impiegate, che sanitarie, ove possibile, concentrano le ore d'incarico in modo da realizzare un minor numero di accessi.

Nel caso di turni di servizio da rendere in più giorni consecutivi presso la disagiatissima sede, lo specialista ambulatoriale o il veterinario, ivi operante in detto arco temporale, potrà effettuare un solo spostamento per il raggiungimento della citata sede e relativo ritorno, senza rimborso per spese di permanenza.

Le risorse destinate alle attività sopra elencate non devono in nessun caso superare le risorse già impiegate per tale istituto nell'anno 2010 per le singole categorie professionali..

**Art. 11**

Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie dei medici specialisti ambulatoriali, e delle altre professionalità sanitarie (artt. 42 e 43 lett B c.3, A.C.N. 23 marzo 2005 come modificato ed integrato dall'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i.)

**DETERMINAZIONE DEI FONDI<sup>1</sup>**

In ottemperanza a quanto previsto dall'ACN 2005 e s.m.i., agli art. 42 e 43 lettera B) punto 3, nell'AIR 2007 l'investimento regionale che incrementa il fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie è stato quantificato in € 6.500.000.

Le parti convengono che tale somma sarà integrata con € 543.353 scaturenti dagli aumenti ACN 2010, decurtati del 10% ai sensi di quanto stabilito all'art.5 comma 2 nell'ACN 2010, destinati agli accordi decentrati ed in particolare:

- € 0.48/ora lorde per i Medici a tempo indeterminato;
- € 0.34/ora lorde per i Professionisti a tempo indeterminato;
- € 0.45/ora lorde per i Medici e per i Professionisti a tempo determinato.

L'investimento complessivo dell'AIR 2012, pari a € 7.043.353, sarà ripartito tra gli istituti contrattuali come di seguito esplicitato:

- per il coordinatore di branca	€	650.000	(9,23%);
- per la formazione	€	325.000	(4,61%);
- per coordinatore AFT	€	150.000	(2,13%);
- per programmi e progetti finalizzati e per la qualità	€	5.918.353,	(84,03%).

Quest'ultimo fondo (€ 5.918.353) è suddiviso come di seguito specificato:

A) FONDO PROGETTO QUALITA', pari a € 3.335.473;

B) FONDO PER PROGRAMMI E PROGETTI FINALIZZATI pari a € 2.582.880.

Le somme per il finanziamento dei predetti istituti contrattuali saranno distribuite alle Aziende Sanitarie Provinciali in base alla popolazione residente come di seguito esplicitato in tabella:

<sup>1</sup> BASE DATI elaborata dal Servizio 2 del Dipartimento di Pianificazione Strategica \_ Assessorato della Salute: personale convenzionato all'1/1/2012

ASP	Dati ISTAT popolazione residente [ex L.R. 33/94]	% distribuzione popolazione	COORDINATORE AFT	FONDO ASP PER COORD. BRANCA	FONDO ASP PER FORMAZIONE	FONDO ASP PROGETTO QUALITA'	FONDO ASP PER OBIETTIVI AIR 2012	DISTRIBUZIONE TOTALE FONDI
AG	447.703	8,86%	€ 13.295	€ 57.612	€ 28.806	€ 295.634	€ 228.930	€ 624.277
CL	271.729	5,38%	€ 8.069	€ 34.967	€ 17.483	€ 179.432	€ 138.947	€ 378.899
CT	1.090.201	21,58%	€ 32.375	€ 140.290	€ 70.145	€ 719.899	€ 557.466	€ 1.520.175
EN	175.874	3,48%	€ 5.223	€ 22.632	€ 11.316	€ 116.136	€ 89.932	€ 245.239
ME	650.348	12,88%	€ 19.313	€ 83.689	€ 41.844	€ 429.448	€ 332.550	€ 906.845
PA	1.255.876	24,86%	€ 37.295	€ 161.610	€ 80.805	€ 829.300	€ 642.183	€ 1.751.192
RG	318.549	6,31%	€ 9.460	€ 40.992	€ 20.496	€ 210.349	€ 162.888	€ 444.184
SR	404.271	8,00%	€ 12.005	€ 52.023	€ 26.011	€ 266.955	€ 206.721	€ 563.715
TP	436.624	8,64%	€ 12.966	€ 56.186	€ 28.093	€ 288.319	€ 223.264	€ 608.828
TOT	5.051.175		€ 150.000	€ 650.000	€ 325.000	€ 3.335.473	€ 2.582.880	€ 7.043.353

Le somme destinate ai fondi di cui alle lettere A) e B) del presente articolo, fermo restando l'importo complessivo ad essi destinato, possono essere stornate dall'uno all'altro fondo in base a specifiche esigenze gestionali, in misura comunque non superiore al 15%.

#### MODALITA' EROGATIVA FONDI

##### A) Fondo per Progetto qualità.

Si stabilisce che hanno diritto alla corresponsione del Fondo per il progetto qualità, pari a € 2,95 per ora, i medici specialisti ambulatoriali che espletino attività legate al miglioramento della qualità di cui all'art 8.

Si stabilisce che hanno diritto alla corresponsione del Fondo per il progetto qualità, , pari a € 1,75 per ora, i professionisti ambulatoriali che espletino attività legate al miglioramento della qualità di cui all'art 8

Tali attività saranno monitorate secondo indicatori definiti e condivisi in seno al CPVA, così come stabilito per i programmi e i progetti finalizzati.

B) Il Fondo per gli Obiettivi, pari a € 2.582.880, è destinato a ai programmi e progetti finalizzati di cui all'art. 9.

Le modalità di fruizione del Fondo per il coordinatore di branca di € 650.000 e del Fondo per la formazione di € 325.000 sono specificate nell'art. 8 e nell'art. 12.

**Art.12**

Formazione continua (art. 33 commi 3, 7 e 8 A.C.N. 23 marzo 2005 come modificato ed integrato dall'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i.)

Considerata la circolare assessoriale prot. N. 6° Dip/3649 del 21 ottobre 2008, si stabilisce quanto segue:

Entro il 31 dicembre di ogni anno, per ogni singola branca specialistica o area professionale, il responsabile di branca propone gli argomenti relativi ai percorsi formativi da presentare all'Ufficio formazione dell'Azienda che, utilizzando le somme previste per la formazione dall'AIR, provvederà alla realizzazione dei corsi ritenuti validi.

Per il raggiungimento del tetto dei crediti formativi previsti nell'anno, lo specialista o il professionista ha facoltà di partecipare a corsi di formazione non compresi nella programmazione aziendale; per i suddetti corsi è riconosciuto un permesso retribuito di 32 ore annue, come previsto dal comma 8 dell'art. 33 dell'ACN, e comunque non superiore a 100 ore annue, ridotte in modo proporzionale alle ore di incarico settimanale.

Le ore eventualmente eccedenti il raggiungimento del 100% del credito obbligatorio saranno regolarizzate dall'azienda, sentito lo specialista interessato, secondo una delle modalità sotto elencate,:

- in conguaglio come permesso retribuito;
- da recuperare in attività da espletare al di fuori del proprio orario di servizio;
- da recuperare con decurtazione delle spettanze economiche.

Le ore impegnate in attività di formazione per corsi regionali e/o aziendali, o – purché accreditati e documentati - effettuati dai singoli specialisti, (purché nell'ambito formativo dello stesso) effettuate al di fuori dell'orario di servizio, a richiesta dello specialista o del professionista, possono essere recuperate in forma di permesso retribuito, purché ciò non comporti altri oneri a carico dell'Azienda.

Le ASP stipulano, entro sei mesi dalla entrata in vigore dell' AIR, con le Università siciliane, convenzioni che prevedano l'obbligo di tirocinio pre-o post-laurea presso i Poliambulatori territoriali, dei laureandi in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria, con attività di tutoraggio volontaria da parte degli specialisti o dei professionisti ambulatoriali.

Nel protocollo d'intesa Azienda/Università dovranno essere predeterminate le branche interessate al tirocinio e le risorse che i due Enti metteranno a disposizione del progetto formativo. L'attività di tutoraggio da parte dello specialista o del professionista ambulatoriale, che non potranno superare il 10% del monte orario complessivo di incarico, potrà essere svolta con l'assenso formale dello stesso, all'interno dell'orario di servizio con ore dedicate che non verranno computate ai fini della statistica, oppure al di fuori dell'orario di servizio attraverso un progetto dedicato.

Agli specialisti ed ai professionisti che aderiscono a tale tipo di attività, se svolta durante l'orario di servizio, non spetta nessun compenso. Qualora l'attività venga svolta al di fuori dell'orario di servizio, tale attività sarà svolta all'interno di uno specifico progetto il cui finanziamento dovrà essere a carico dell'ente terzo, subordinato ad uno specifico protocollo d'intesa.

Le somme previste per la formazione continua, qualora non utilizzate, andranno ad incrementare il finanziamento per dei programmi e dei progetti finalizzati.

Al fine di permettere agli specialisti di soddisfare il debito formativo, le Aziende sanitarie provinciali effettueranno la programmazione degli eventi formativi offerti, entro il mese di marzo di ogni anno.

#### Art. 13

Tempario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali della Regione Siciliana.

E' allegato quale parte integrante del presente accordo il Tempario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali della Regione Siciliana.

#### IL TAVOLO CONCORDA:

- che il tempario regionale, allegato al presente decreto per farne parte integrante, viene adottato dalle Aziende Sanitarie della Regione e utilizzato per l'organizzazione delle agende. Pertanto tale tempario sarà utilizzato come riferimento per l'attività dei CUP.
- che lo specialista ambulatoriale debba ordinariamente programmare un numero di prestazioni semplici ponderate di quattro, così come definito nel tempario regionale.
- che può accedere ai programmi e progetti finalizzati, lo specialista che abbia una media ponderata delle prestazioni nell'ultimo anno solare di riferimento per la valutazione dell'efficienza non inferiore a 3 sulle ore effettivamente lavorate. Relativamente alla valutazione del 2012 per l'accesso ai progetti 2013 le prestazioni non devono essere inferiori a 2,5 sulle ore effettivamente lavorate.

**Norma Finale n.1**

Le parti si impegnano a valutare, dopo ricognizione presso le Aziende Sanitarie Provinciali, l'eventuale individuazione di "zone disagiate" al di fuori delle isole, anche solo per specifici periodi dell'anno, definendone i criteri.

**Norma Finale n.2**

Le parti concordano che, per la medicina veterinaria, la definizione dei compiti inerenti lo svolgimento delle attività istituzionali, le modalità di organizzazione di tali attività, la loro tipologia e le modalità di retribuzione sono demandate al tavolo tecnico regionale già istituito con nota n. 31755 del 5/4/2011 e le cui determinazioni integreranno, con atto successivo, il presente accordo.

Fermo restando quanto indicato nell'ACN 2009, Art 42, lett. A, le parti concordano che gli aumenti contrattuali previsti nell'ACN 2010 art.8 co.1 Tab B e Tab E, destinate agli accordi decentrati per i medici veterinari saranno utilizzati, ai sensi dell'art. 42 lett B,co.12, per finanziare ore aggiuntive di attività secondo quanto sarà stabilito dal tavolo regionale.

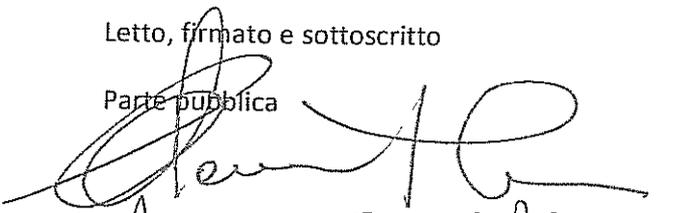
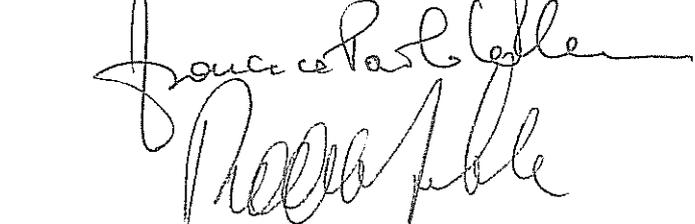
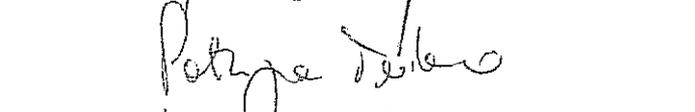
**Norma finale n.3**

La Regione, al fine di assicurare la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche, potenziare l'assistenza territoriale h12 anche attraverso il supporto ai Punti di Primo intervento e di realizzare pienamente la gestione integrata dei pazienti cronici, il miglioramento degli outcomes clinici e la riduzione delle ospedalizzazioni e la prevenzione, assegna annualmente alle aziende sanitarie provinciali ed in proporzione alla popolazione residente, una somma il cui ammontare complessivo è pari a 1.100.000 euro/anno, destinata specificamente al potenziamento dell'attività specialistica ambulatoriale interna, da realizzare esclusivamente tramite l'assegnazione di ore di attività aggiuntive per le branche critiche. Le attività svolte e l'utilizzo delle somme ad esse destinate sono oggetto di rendicontazione da parte delle Aziende all'Assessorato della Salute.

Palermo, 01 Agosto 2012

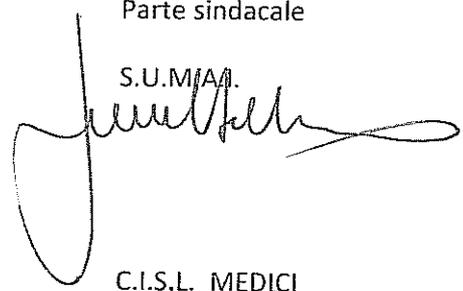
Letto, firmato e sottoscritto

Parte pubblica

  
 Francesco Paolo Gelleri  
  
 Maria Fiore  
  
 Patrizia De Leo  
  
 M. G. L. V. S.

Parte sindacale

S.U.M.I.A.



C.I.S.L. MEDICI

FEDERAZIONE MEDICI aderente U.I.L. F.P.L.

