



Regione Molise

Accordo Integrativo Regionale per gli Specialisti Ambulatoriali D.P.R. n.271/00

DICHIARAZIONE PRELIMINARE

La Regione Molise, rappresentata dal Presidente della Regione Dott. Angelo Michele Iorio, le O.O. S.S. firmatarie degli Accordi Collettivi Nazionali, legittimate alla trattativa ed alla stipula degli Accordi Regionali, concordano di sottoscrivere il presente Accordo Regionale Integrativo.

L'Accordo si propone, in conformità al Dlgs.n.502/92 s.i.m ed al Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, di assicurare il ruolo essenziale del medico specialista ambulatoriale nell'Assistenza Specialistica Distrettuale, quale parte integrante ed essenziale del Sistema Sanitario, per corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica di integrazione con l'assistenza medica di base e di apporto e di interconnessione con quella ospedaliera e degli altri servizi.

Con il DPR 271/2000 gli Specialisti Ambulatoriali sono parte attiva e qualificante del Servizio Sanitario, integrandosi nell'assistenza primaria attraverso il coordinamento con le altre categorie di erogatori ammesse ad operare nel distretto, secondo quanto previsto dal comma 1 lettera a) e b) dell'art. 3 quinquies del D. L.vo 229/99, per l'espletamento di tutti gli interventi specialistici, diagnostico-terapeutici, preventivi e riabilitativi.

Il livello dell'assistenza specialistica territoriale risponde in ogni branca specialistica alla domanda dell'utenza, in modo tale da partecipare al processo di deospedalizzazione dell'assistenza contribuendo alla umanizzazione del rapporto assistenziale, al mantenimento del paziente nel proprio luogo di vita ed alla eliminazione degli sprechi.

Anche la **Regione Molise** intende:

1. valorizzare il ruolo e le funzioni del medico specialista ambulatoriale nel quadro di una generale riorganizzazione dell'assistenza primaria, con l'obiettivo di sviluppare forme alternative di assistenza ampiamente accessibili, allo scopo di migliorare la qualità dei servizi sanitari erogati;
2. richiedere alle ASL un potenziamento e una qualificazione dell'assistenza territoriale, per garantire un governo alla domanda e una razionalizzazione della spesa.

Pertanto, con gli Accordi Regionali previsti nel DPR 271/2000, si cerca di creare le condizioni favorevoli a una crescita organizzativa della medicina specialistica distrettuale verso un modello più adeguato alle mutate esigenze assistenziali nell'assistenza primaria, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

Per ottimizzare l'utilizzo delle risorse da parte del Sistema Sanitario, la Regione Molise ritiene opportuno:

Gele

Fazio *Falco* *Alfo*
1

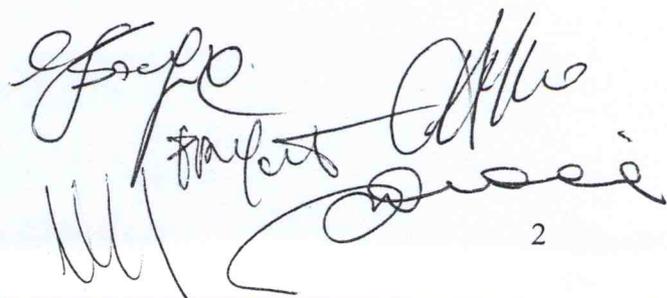
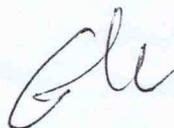
1. promuovere l'uso razionale dei farmaci in accordo con la legislazione vigente e secondo linee-guida di buona pratica clinica (Good Clinical Practices);
2. individuare ed eliminare le cause di ricorso "inappropriato" alla diagnostica strumentale e di laboratorio, anche attraverso il blocco di iniziative tendenti a stimolare bisogni fittizi negli utenti in conseguenza della remunerazione a prestazione in vigore con la nuova legislazione. Anche in questo caso saranno sviluppate ed adottate linee-guida regionali formulate con la partecipazione attiva delle componenti specialistiche interessate;
3. elaborare linee-guida per razionalizzare l'accesso alle strutture di riabilitazione;
4. predisporre iniziative atte a ridurre il tasso di ospedalizzazione e valutare la convenienza di un trattamento al di fuori delle tradizionali strutture di ricovero;
5. organizzare le strutture in termini di strumentazione e di personale per l'applicazione delle linee guida, finalizzandole allo studio della patologia e non alla singola branca;
6. valutare con particolare attenzione l'opportunità di incentivare lo spostamento delle attività di primo intervento presso i Distretti con l'intervento contemporaneo dei medici specialisti ambulatoriali e dei medici di medicina generale, al fine di limitare l'accesso alle strutture di secondo livello ai casi di effettiva necessità;
7. riconoscere la possibile funzione docente del medico specialista ambulatoriale nell'ambito della formazione permanente, della formazione professionale infermieristica, dell'educazione sanitaria nelle scuole e quanto altro verrà previsto in futuro;
8. favorire una maggiore integrazione nell'ambito dell'assistenza primaria tra la specialistica ambulatoriale, la medicina generale e la pediatria di libera scelta per la realizzazione dei programmi delle attività territoriali, attraverso Equipès Territoriali (Art. 15 DPR 271/2000), nonché con la partecipazione attiva nell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Territoriali (art.3 sexies c.2 Dlgs.n.229/99).
9. stabilire che per l'attuazione del presente Accordo le Aziende avranno a disposizione il 20 % dell'ammontare annuo regionale dei compensi di cui agli artt. 30, 31, 32 del DPR 271/00 pari ad € 506.000,00. Tale importo sarà articolato nel seguente modo:
 - 10 % al Responsabile di Branca;
 - 15 % all'Assistenza Legale;
 - 20 % Formazione;
 - 55 % Programmi e progetti finalizzati; reperibilità; superfestivi; flessibilità oraria.

Le stesse percentuali andranno applicate al fondo aziendale (fondo che contribuisce, per quota-parte, alla determinazione di quello regionale artt.30, 31, 32 D.P.R.n.271/00).

Le Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito di quanto definito al punto 9 e salvo eventuali specifiche determinazioni regionali successive, possono rimodulare, sentite le O.O.S.S., nell'ambito delle indicazioni del presente accordo integrativo, gli obiettivi ritenuti di volta in volta maggiormente strategici per l'Azienda assicurandone comunque la coerenza con gli obiettivi definiti dalla Regione.

La corresponsione dei compensi aggiuntivi ai singoli specialisti deve essere erogata previa verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi fissati.

Il residuo di spesa vincolato non utilizzato dalle singole Aziende Sanitarie potrà essere riattribuito, in sede regionale, ad altro progetto o riversato nel fondo del successivo accordo decentrato, previa rendicontazione delle singole Aziende Sanitarie.





PARTE I

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

SEZIONE I

RESPONSABILE DI BRANCA

ART. 1

Individuazione

1.1 L'Azienda per ciascun servizio specialistico, al quale sia addetta una pluralità di sanitari convenzionati ai sensi del vigente accordo nella misura non inferiore a 3 unità, procede ad individuare un Responsabile di Branca con funzioni di referente tecnico per le attività specialistiche territoriali della propria branca.

1.2 Lo specialista in patologia clinica che, ai sensi della normativa vigente, svolga la funzione di Direttore Tecnico Responsabile di Laboratorio, assume contestualmente l'incarico di Responsabile di Branca.

1.3 Lo Specialista in Medicina dello Sport, quale Responsabile ex DGR n. 2810/96 di una Attività pluridisciplinare, assume l'incarico di Responsabile di Branca.

1.4 Lo Specialista Ambulatoriale che svolge la funzione di Coordinatore di Consultorio Familiare, assume l'incarico di Responsabile di Branca.

1.5 L'Azienda, entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo, individua le Branche per le quali è prevista la nomina del Responsabile. Gli specialisti entro 30 giorni designano il Responsabile.

1.6 Previo assenso, il Responsabile di Branca è individuato a maggioranza dagli specialisti presenti operanti nella branca. In caso di parità prevale lo specialista con maggiore orario d'incarico a tempo indeterminato e, in via subordinata, la maggiore anzianità d'incarico.

1.7 Ai fini della formalizzazione della posizione dei Responsabili di Branca per gli effetti previsti dall'Accordo nazionale e dal presente Accordo, il verbale di nomina è recepito con provvedimento del Direttore generale dell'Azienda. In ogni caso il verbale diventa esecutivo entro 30 giorni dalla notifica al Direttore Generale.

1.8 Le funzioni, i compiti ed i compensi spettanti al Responsabile di Branca decorrono dalla data di svolgimento delle funzioni e/o dalla notifica del provvedimento allo specialista interessato.

In caso di assenza o impedimento le funzioni sono svolte da sostituto nominato dal Responsabile di Branca, entro il 31 Gennaio di ciascun anno. L'attività di sostituzione non è retribuita.

1.9 L'incarico di Responsabile di Branca ha durata triennale, salva l'abrogazione dell'istituto con Contratto Collettivo Nazionale.

1.10 Lo specialista può dare le dimissioni dall'incarico di Responsabile di Branca in qualsiasi momento, con un preavviso di 30 giorni, mediante lettera raccomandata indirizzata al Direttore Generale.

1.11 Il Direttore Generale, sentiti gli altri specialisti della branca, acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario Aziendale e dei Direttori dei Distretti, può revocare l'incarico.

1.12 Il Responsabile di Branca è soggetto a verifica triennale in relazione alle funzioni e compiti espletati.

1.13 La commissione di verifica è composta: dal Direttore Sanitario Aziendale con funzioni di Presidente; da un Direttore di Distretto; da un rappresentante sindacale nominato congiuntamente dai sindacati ex art.20 commi 10 e 12 D.P.R.n.271/00.



ART 2 Funzioni e compiti

2.1 Il Responsabile di Branca non si pone in posizione di preminenza gerarchica rispetto agli altri specialisti di branca, ma di riferimento operativo con attribuzione di funzioni d'indirizzo e verifica del programma di lavoro. Egli svolge le funzioni di referente tecnico per la specialità nei confronti dei Direttori dei Distretti o degli altri sanitari responsabili delle attività specialistiche ambulatoriali erogate nei Presidi ove operano specialisti convenzionati.

2.2 Il Responsabile di Branca svolge compiti organizzativi di indirizzo e di monitoraggio delle attività specialistiche territoriali relative alla branca stessa.

2.3 Lo specialista convenzionato, membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, cura un costante rapporto con i Responsabili di Branca al fine di assicurare all'Ufficio stesso una corretta informazione sull'andamento erogativo delle specialità assicurate a livello territoriale e sulla sussistenza di eventuali problematiche assistenziali.

2.4 In particolare il Responsabile di Branca collabora, mediante proposte e pareri, al fine di:

- 1 - assicurare un'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali adeguata alla domanda avanzata dai cittadini;
- 2 - affrontare e risolvere, nell'ambito delle risorse disponibili, i problemi operativi concernenti la branca specialistica;
- 3 - garantire il supporto tecnico-professionale alle iniziative distrettuali ed aziendali che comportano il coinvolgimento della specialistica ambulatoriale;
- 4 - organizzare gli orari d'erogazione delle prestazioni in modo da facilitare l'accesso da parte dei cittadini;
- 5 - organizzare ed assicurare l'assistenza specialistica domiciliare e ambulatoriale anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI);
- 6 - organizzare ed assicurare l'attività specialistica ambulatoriale nelle strutture residenziali e semiresidenziali, nelle strutture di ricovero non dedicate ai malati in fase acuta e negli hospice.

2.5 Inoltre il Responsabile di Branca può avanzare proposte ai dirigenti sanitari responsabili della gestione dei servizi per:

- 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;
- l'elaborazione di programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, mediante il pieno utilizzo delle risorse assistenziali disponibili e il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni secondo quanto previsto dalle linee guida, formulate dai competenti soggetti in base al Piano Sanitario Nazionale e alla programmazione regionale;
- l'innovazione tecnologica delle dotazioni strumentali necessarie allo svolgimento delle attività specialistiche ambulatoriali;
- 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 avanzata dalla utenza.

Glu

g. Basso

Almo

Ull

Devesi
Tellet⁴



ART 3 **Compensi**

3.1 Al Responsabile di Branca è corrisposto, per lo svolgimento dei compiti previsti dal presente Accordo Regionale, un'indennità mensile pari a € 220,00.

3.2 Gli orari di attività, aggiuntivi rispetto all'orario settimanale risultante dal provvedimento di conferimento di incarico, dedicati in modo esclusivo allo svolgimento dei compiti che fanno carico al Responsabile di Branca, sono considerati come attività di servizio agli effetti economici di cui all'art. 30, all'art. 31 e all'art. 35 del DPR n.271/2000. Tale attività aggiuntiva andrà dettagliata e vistata dal Responsabile del Poliambulatorio e/o dal Direttore del Distretto Sanitario di Base territorialmente competente.

SEZIONE II

ORGANIZZAZIONE ATTIVITA' SPECIALISTICA

ART 4

Specialisti ambulatoriali in attività presso le U.U.O.O. Semplici e Complesse dei Presidi Ospedalieri o in altre Strutture delle Aziende Sanitarie

Per gli Specialisti ambulatoriali che svolgono la loro attività in ambiti di lavoro quali le UU.OO. Semplici o Complesse dei Presidi Ospedalieri o altre Strutture delle Aziende Sanitarie, si precisa quanto segue:

- a) gli specialisti ambulatoriali sono tenuti a collaborare con i Responsabili delle U.U.O.O. dei Presidi Ospedalieri e /o delle altre Strutture delle Aziende Sanitarie;
- b) gli orari di servizio devono essere concordati e condivisi tra lo specialista ed il Responsabile dell'U.O e/o il Direttore del Distretto Sanitario;
- c) il Medico Referente resta il Responsabile del Servizio di Medicina Specialistica;
- d) agli specialisti che espletano l'orario di servizio organizzato in turni viene riconosciuta un'indennità oraria di € 1,50.

L'organizzazione di lavoro, gli orari di attività professionale, la flessibilità operativa, il permesso annuale retribuito, gli incentivi e la pronta disponibilità sono regolati dal D.P.R.n.271/00 e dall'Accordo Integrativo Regionale.

ART.5

Incarichi dirigenziali

L'Azienda può individuare lo Specialista ambulatoriale quale Responsabile di UU.OO. Semplici o Complesse., nel rispetto della normativa vigente di settore.

ART.6

Integrazione della specialistica ambulatoriale con le strutture di ricovero

1 Ai fini dell'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e strumentali presenti in tutte le strutture delle AA.SS.LL e della razionalizzazione degli acquisti che evitino inutili e costose

duplicazioni, nell'ambito del concetto di strutture a rete integrata tra presidi ospedalieri e distrettuali, si prevede quanto segue:

possibilità di utilizzazione, su richiesta dello specialista ambulatoriale, della strumentazione esistente nei Presidi Ospedalieri o in altre Strutture delle Aziende Sanitarie, ottimizzando l'utilizzo della stessa;

2 L' eventuale impossibilità ad autorizzare la richiesta di cui al comma 1 deve essere motivata dal Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero o dai Direttori delle altre Strutture delle Aziende Sanitarie, sentiti i sindacati maggiormente rappresentativi.

ART.7

Accesso agli ambulatori

Relativamente alla certificazione sanitaria per l'attività sportiva agonistica, è consentito l'accesso nell'ambulatorio di Medicina dello Sport, senza la richiesta del Medico curante, ma con i modelli di richiesta della visita medico sportiva vedi allegati n. 3-8-11-15 della DGR 2810 del 30/07/96. (All. 1 del presente accordo)

SEZIONE III

PROGRAMMAZIONE

ART.8

Programmi e progetti finalizzati

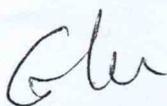
Le Aziende, qualora ne ravvisino la necessità, potranno dare attuazione ai seguenti progetti finalizzati Regionali, nonché, previo accordo con le OO.SS maggiormente rappresentative (ex art.20 c.10,11 e 12 D.P.R.n.271/00), conformare gli stessi ad esigenze specifiche.

1 Sono considerati obiettivi regionali cui corrispondere, in caso di raggiungimento degli stessi, quote di remunerazione aggiuntiva i seguenti programmi e progetti;

- a. riduzione delle liste di attesa.
- b. rispetto dei livelli di spesa programmati, in particolare sulla farmaceutica, e sull'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.
- c. gli specifici progetti obiettivo del piano sanitario nazionale e regionale.

2. L'attività svolta dagli specialisti ambulatoriali nell'ambito di progetti e di programmi finalizzati concernenti il personale dipendente è disciplinata all'interno dei progetti e programmi stessi ed è valutata agli effetti economici in proporzione all'apporto dato dallo specialista convenzionato che vi partecipa per il raggiungimento dei risultati.

3. Le Aziende possono individuare ulteriori progetti, in particolare quelli previsti dal PSN, per i quali corrispondere allo specialista compensi variabili che, ai sensi dell'Art. 30 comma 11 dell'A.C.N., devono rimanere complessivamente entro i limiti previsti dal punto 9 della dichiarazione preliminare del presente Accordo.



4. Presso le Aziende Sanitarie, in ciascun Distretto ove operino gli specialisti ambulatoriali, il Direttore del distretto, avvalendosi dello specialista ambulatoriale membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, individua, tra quelli sopra descritti, gli obiettivi che richiedono la partecipazione attiva degli specialisti ambulatoriali e ne richiede l'adesione.

SCHEMA DI PROGETTO OBIETTIVO TIPO

A) DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SETTORE O AREA PROPONENTE

B) PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA E TITOLO PROGETTO.

Descrizione dell'oggetto / problema del progetto - obiettivo e indicazione delle relazioni con il punto A). Individuazione del Referente per il progetto.

C) INDICAZIONE DEGLI OBIETTIVI (risultati attesi)

D) DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DI SVOLGIMENTO E REALIZZAZIONE DEL PROGETTO.

E) RISORSE IMPIEGATE

1) Tipo di RISORSE (umane e non)

2) Quantità

3) Importo complessivo

F) TEMPI DI ATTUAZIONE

1) Durata complessiva

2) Articolazione del progetto in fasi

3) Risultati intermedi (per fasi)

4) Risultati finali

REQUISITI DI UN PROGETTO OBIETTIVO

1) Rilevazione dell'oggetto: esso deve essere definito e misurabile e deve contenere le ragioni che dimostrino l'importanza del problema e, quindi, il relativo interesse a risolverlo. Deve dimostrare di essere funzionale con gli indirizzi economici e programmatici dell'Azienda e della Regione. In sostanza bisogna descrivere chiaramente (anche se non dettagliatamente) l'oggetto del problema, anche in termini di risultati attesi o di esiti raggiungibili.

2) Rilevanza e quantificazione dello/degli obiettivo/i e dei risultati.

L'obiettivo viene definito da due aspetti uno qualitativo e l'altro quantitativo.

Il primo (aspetto qualitativo) è rappresentato dal risultato:

- efficacia/qualità del servizio/soddisfazione dell'utenza
- riduzione dei tempi/velocizzazione delle attività
- semplificazione delle procedure

Il secondo (aspetto quantitativo) è rappresentato dall'efficienza/produttività del lavoro. Esso è misurabile attraverso il confronto delle condizioni delle attività "in partenza" ed "alla fine" del progetto con indicatori che rappresentano le risorse impiegate (numero di persone, numero di ore di lavoro, costi, ecc.) ed i risultati ottenuti (utenti serviti, ecc.)

3) Modalità di svolgimento del progetto.

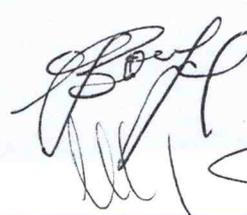
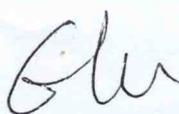
La redazione del progetto deve comprendere la dettagliata descrizione delle operazioni: attività, fasi operative, interventi necessari alla realizzazione dello stesso, obiettivi e soluzione del problema

TIPO E QUANTITÀ DI RISORSE IMPIEGATE

a) Tipologia - persone distinte per attività - risorse materiali e beni di consumo;

b) Quantità - numero di persone - ore di lavoro - dosi di risorse materiali;

c) Metodologia - che si intende adottare per misurare verificare il "risultato/obiettivo" che è stato posto al progetto.





TEMPI COMPLESSIVI E SVILUPPO TEMPORALE DELL'ATTIVITÀ

Il progetto dovrà indicare la durata complessiva e le singole fasi temporali di impiego dell'attività nel suo complesso, nonché i risultati intermedi che si prevede di raggiungere nelle singole fasi.

VERIFICHE

Al termine del periodo stabilito per la conclusione dei "programmi e progetti finalizzati", o ad altre date prefissate a livello aziendale, il Direttore del Distretto, insieme al rappresentante degli specialisti ambulatoriali presente nel competente Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, procede alla verifica delle attività professionali svolte da ogni specialista e dei risultati raggiunti con gli stessi criteri adottati per la valutazione dei progetti per il personale dipendente.

COMPOSIZIONE DEL FONDO PER PROGRAMMI E PROGETTI FINALIZZATI

Il fondo per programmi e progetti finalizzati deve essere definito dal Direttore Generale in base agli obiettivi aziendali ed all'impiego degli specialisti. Tale fondo non deve superare i limiti previsti dal punto 9 della dichiarazione preliminare al presente Accordo. La predisposizione del predetto fondo avviene sentite le OO SS . maggiormente rappresentative, così come previsto dall'art. 30 comma 11 del DPR 271/2000.

RETRIBUZIONE PER PROGRAMMI E PROGETTI FINALIZZATI

La retribuzione per programmi e progetti finalizzati sarà erogata con le modalità indicate dall'Art.17 c.4 del D.P.R.n.271/00.

PROGETTO A

Le Aziende, qualora ne ravvisino la necessità, possono dare attuazione al seguente progetto finalizzato regionale, nonché, previo accordo con le O.O.S.S. maggiormente rappresentative ex art.20 c.11 D.P.R.n.271/00, adattare lo stesso ad esigenze specifiche e determinare i relativi compensi.

Abbattimento liste di attesa, attraverso l'over-booking-Urgenza differibile.

Definizione:

Per over-booking s' intende la possibilità del CUP di prenotare un 25% di prestazioni in più rispetto a quelle programmabili per specialista, rapportato alle ore di incarico che svolge nel giorno di riferimento.

In esse sono ricomprese "prestazioni di urgenza differibile" con cui s'intende quella prestazione la cui esecuzione condiziona in un arco temporale breve la prognosi del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità.

La richiesta di consulenza viene formulata in presenza di una condizione clinica che appare "grave ma non critica per la vita del paziente", determinata da un problema sanitario non definito con precisione per il quale il medico curante necessita di una risposta al quesito diagnostico nel minor tempo possibile. Il quesito da porre allo specialista si fonda sul sospetto di un problema sanitario critico da confermare o da escludere: il sospetto è fondato allorché sono presenti condizioni

[Handwritten signatures and initials]

anamnestico cliniche che il medico di base è in grado di documentare in fase di richiesta (MMG e PLS).

Azioni:

- a.1 LISTA SPECIALISTI DISPONIBILI: Presso ogni distretto sono individuati gli specialisti per tipo di Branca a cui devono fare riferimento i medici di base. Nel caso in cui in un distretto non fossero presenti alcune branche deve farsi riferimento al distretto più vicino.
- a.2 PRONTA DISPONIBILITÀ TELEFONICA PER L'URGENZA DIFFERIBILE: Lo specialista ambulatoriale è disponibile per rispondere alle chiamate dei MMG e PLS.
- a.3 ELENCO SPECIALISTI PER MEDICI CURANTI: Ad ogni medico di MMG e PLS è trasmesso l'elenco degli Specialisti, numeri di telefono ed orario di servizio.
- a.4 RICHIESTA DI VISITE ED ESAMI: Il medico curante contatta telefonicamente lo Specialista per la richiesta di consulenza e fissa con lo stesso data ed ora della prestazione. Lo Specialista si attiva per l'inserimento nel sistema CUP-PASS; Non è tenuto a rispondere al quesito per via telefonica, ma suggerisce al medico curante l'iter più adeguato per facilitare il percorso diagnostico terapeutico. I MMG e PLS consegnano al paziente un'impegnativa riportante la prestazione richiesta, il motivo della richiesta e la dicitura "urgenza differibile", la data con il giorno e l'ora dell'appuntamento indicati dallo Specialista.
- a.5 ORGANIZZAZIONE DELLE VISITE: Lo Specialista di intesa con la propria Azienda stabilisce il numero di prestazioni effettuabili in over-booking .

VERIFICA (Progetto a)

- Registrare i tempi di attesa di esecuzione delle prestazioni specialistiche esistenti alla data di inizio del progetto;
- Definizione della percentuale di riduzione dei tempi di attesa;
 - Verifica trimestrale delle prestazioni effettuate in over-booking.

COMPENSI

I compensi sono definiti dalle singole Aziende Sanitarie Locali sulla base delle proprie esigenze, previa intesa con le O.O.S.S. maggiormente rappresentative ex art.20 c.11 D.P.R.n.271/0, in conformità al seguente schema:

- previsione di un compenso fisso per ciascuna ora di incarico per l'adesione al progetto;
- previsione di un ulteriore compenso per il raggiungimento dall'80 al 100% dell'obiettivo programmato;
- previsione di un ulteriore compenso per il raggiungimento dal 50 al 79% dell'obiettivo programmato
- previsione di un ulteriore compenso per il raggiungimento dal 10 al 49% dell'obiettivo programmato

[Handwritten signatures and initials]



SEZIONE IV

ORGANIZZAZIONE ORARIO DI LAVORO

ART.9

Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità

Ai sensi del comma 6 art. 4 DPR 271/2000, si concorda che la flessibilità operativa (comma 2 dell'art.4 cit.) e la flessibilità organizzativa (comma 4 art.4 cit.) devono essere attivate quando si manifesta la necessità di soddisfare un' esuberante richiesta di prestazioni nella sede di destinazione e/o contemporanea persistente contrazione dell'attività, documentata attraverso le richieste di prenotazioni e le statistiche rilevate, con i criteri contrattuali, nell'arco di sei mesi nella sede di provenienza.

Qualora non sussista il consenso dello specialista interessato, l'individuazione dello specialista da porre in mobilità nell'ambito dell'intera Azienda, avviene indipendentemente dalla sede in cui lo stesso presta la sua attività secondo i seguenti criteri:

- precedenza al più anziano di servizio, nel caso di richiesta dell'interessato;
- precedenza al più giovane di servizio in caso di decisione aziendale.

Salvo diverso accordo aziendale tra le parti, il provvedimento di mobilità di uno specialista dipendente in una sede territoriale dove già operano specialisti convenzionati ai sensi del presente accordo e che provochi conseguentemente un obiettivo esubero degli stessi è nullo se preventivamente non sono state attivate le procedure di informazione alle OO.SS. maggiormente rappresentative degli specialisti convenzionati ai sensi del presente accordo.

ART.10

Recupero orario di servizio

Eventuali ritardi dell'orario di incarico non devono determinare la contrazione delle prestazioni specialistiche da erogare. Lo specialista può chiedere il recupero dei ritardi di orario. Il recupero avverrà, entro il mese successivo, secondo modalità prestabilite dall'Azienda e concordate con lo specialista interessato, allo scopo di migliorare l'offerta di prestazioni e/o di contenere le liste d'attesa.

SEZIONE V

ART.11

Sostituzioni

Gli specialisti con incarico a tempo indeterminato e quelli con incarico previsto dal Protocollo Aggiuntivo, possono effettuare le sostituzioni fiduciarie, o comunque inferiori a 30 giorni, dei colleghi con incarico a tempo indeterminato nella stessa branca in tutti i casi in cui gli orari non siano sovrapponibili. In tali casi l'orario massimo espletabile è fino alla confluenza temporanea delle 38 ore settimanali, e al medico sostituto spetta l'emolumento previsto per il titolare a tempo indeterminato secondo le modalità dell'Art. 28, Comma 5, del DPR 271/2000 (compenso tabellare iniziale, compenso aggiuntivo, eventuale accesso, indennità di rischio). È inoltre possibile la sostituzione tra specialisti incaricati ai sensi del Protocollo Aggiuntivo del D.P.R.n.271/00; in questo caso la limitazione oraria è di 28 ore settimanali e l'emolumento spettante è quello di cui all'Art. 8 del Protocollo Aggiuntivo.

10

ART.12
Attività extra-moenia



Si ribadisce quanto disposto dall'art.18 del D.P.R. n.271/00.

In particolare, si dispone che per lo svolgimento di attività extra-moenia al di fuori dell'orario di servizio, allo Specialista è attribuito un emolumento forfettario aggiuntivo calcolato sul compenso orario dovuto ai sensi dell'Art. 30 DPR.n.271/00, rapportato al tempo di esecuzione di 90 minuti per ciascuna prestazione. Qualora in occasione di un singolo accesso siano eseguite una pluralità di prestazioni allo stesso paziente, per ciascuna prestazione successiva alla prima, il tempo di esecuzione è determinato in 20 minuti.

Per lo svolgimento di attività extra-moenia durante l'orario di servizio, allo Specialista è attribuito un emolumento forfettario aggiuntivo calcolato sul compenso orario dovuto ai sensi dell'Art. 30 cit. rapportato al tempo di esecuzione di 60 minuti per ciascuna prestazione. Qualora in occasione di un singolo accesso vengano eseguite una pluralità di prestazioni allo stesso assistito, per ciascuna prestazione successiva alla prima, il tempo di esecuzione è determinato in 20 minuti.

ART.13
Superfestivi

L'attività resa in regime di pronta disponibilità prestata nei giorni cd. "Superfestivi" (24, 25, 26, 31 dicembre; 1 Gennaio; 25 Aprile; Pasqua; Lunedì in Albis; 1 Maggio; 15 Agosto) è retribuita con una maggiorazione di € 6,00 per ogni ora prestata.

Per lo svolgimento di turni di reperibilità eccedenti il numero di 4 nel corso del mese è corrisposto allo Specialista un compenso aggiuntivo di € 2.50 per turno.

Agli Specialisti ginecologi che aderiscono alla richiesta delle Aziende Sanitarie di effettuare la "contraccezione d'emergenza" nei giorni festivi e superfestivi, dovrà essere assicurato l'istituto della pronta disponibilità con le stesse modalità suindicate.

PARTE II

TUTELE E GARANZIE

ART.14
Sospensione incarico per maternità

Alla Specialista incaricata ai sensi del "Protocollo Aggiuntivo", che si assenta dal servizio per gravidanza e puerperio, l'Azienda sospende l'incarico senza oneri economici per 6 mesi, dopo i quali lo riattiverà per mantenerlo fino alla scadenza prevista.

Several handwritten signatures in black ink are present at the bottom of the page. From left to right, there is a signature that appears to be "G. L...", followed by a signature that looks like "P. P...", and a large, stylized signature that could be "D. P..." or similar. The signatures are written in a cursive, somewhat illegible style.



ART.15

Patrocinio legale

1. L'Azienda, nella tutela dei propri diritti ed interessi, ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile, contabile o penale nei confronti dello specialista ambulatoriale per fatti o atti connessi all'espletamento del servizio ed all'adempimento dei compiti di ufficio, mette a disposizione, a condizione che non sussista conflitto di interesse, un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso. Nel caso di condanna definitiva lo Specialista è tenuto a rimborsare le spese legali sostenute dall'Azienda
2. Qualora lo specialista ambulatoriale intenda nominare un legale di sua fiducia in sostituzione di quello indicato dall'Azienda o a supporto dello stesso, i relativi oneri saranno interamente a carico dell'interessato. Nel caso di conclusione favorevole del procedimento, l'Azienda procede al rimborso delle spese legali nel limite massimo della tariffa a suo carico e comunque per un importo non inferiore alla tariffa minima ordinistica.

PARTE III

AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

ART.16

Formazione continua

- 1 Il fondo per l'aggiornamento professionale e la formazione permanente non deve superare i limiti previsti dalla dichiarazione preliminare al presente accordo.
2. Lo specialista, titolare di rapporti convenzionali nella stessa branca presso più Aziende che svolgono il medesimo programma formativo, partecipa alla formazione presso l'Azienda ove ha il maggior numero di ore di incarico;
3. Le attività di formazione si articolano in obbligatorie e facoltative così disciplinate:
 - a. le attività obbligatorie, cui destinare il finanziamento di cui ai precedenti commi 1 e 2, comprendono:
 - i corsi di aggiornamento organizzati dalla Regione e dalle Aziende;
 - i programmi, stabiliti dalle Aziende, di frequenza obbligatoria a iniziative di aggiornamento professionale attuate da altri soggetti individuati dalla stessa Azienda;
 - b. i percorsi formativi facoltativi, anche autogestiti dai sanitari convenzionati, nel rispetto di quanto previsto dall'Art. 19, commi 7 e 8, del DPR 271/2000 che prevede la partecipazione ad iniziative di formazione per un minimo di 32 ore annue con riconoscimento di un corrispondente permesso retribuito.
4. A livello aziendale le parti promuovono appositi incontri, con la componente specialistica dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali, al fine di raggiungere specifiche intese finalizzate all'ottimizzazione delle risorse destinate alla formazione e all'aggiornamento sia obbligatori che facoltativi nel senso di :
 - a. coniugare, ove possibile, i percorsi di cui alle lettere a e b del precedente comma;
 - b. adattare l'organizzazione del lavoro in modo che la frequenza obbligatoria e i permessi retribuiti di cui alle lettere a e b. del comma 3 non generino ulteriori spese aggiuntive.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

5. Il presente articolo trova applicazione anche per gli specialisti il cui incarico è disciplinato dal "Protocollo Aggiuntivo"- All.n.1 D.P.R.n.271/00.

PARTE IV

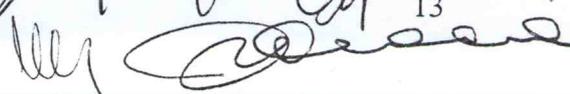
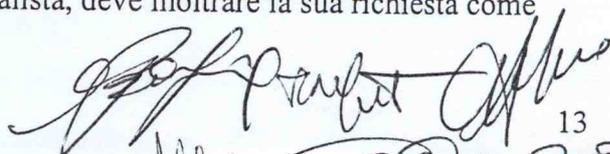
CONFERIMENTO INCARICHI PROFESSIONALI

ART.17

Modalità per il conferimento di turni disponibili

Al fine di evitare disparità di trattamento e possibili contenziosi e per una corretta ed uniforme interpretazione delle norme dell'Accordo Collettivo Nazionale, si concordano le procedure da seguire per ricoprire incarichi di ore vacanti e/o derivanti da nuove e/o più ampie esigenze di erogazione di prestazioni specialistiche:

- a) va assicurata priorità alle procedure stabilite all'art.4 del D.P.R.n.271/00 per l'attuazione di forme di flessibilità operativa, per la riorganizzazione degli orari e per la mobilità;
- b) ove non si debba dar luogo alle procedure di cui alla lett.a), vanno prioritariamente attivate le procedure previste dagli artt.9 e 10 del D.P.R.n.271/00 per gli aumenti di orario a medici incaricati a tempo indeterminato;
- c) al medico Specialista con incarico a tempo indeterminato devono essere assegnate le ore vacanti disponibili in base all'anzianità di servizio, a completamento dell'orario e comunque fino alla confluenza massima di 38 ore, oppure per il raggiungimento di un incarico minimo di 29 ore, necessario per l'accesso alla dipendenza previo giudizio di idoneità, ai fini degli adempimenti previsti dall'Art 8 comma 8 del D.lgs n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni introdotte dal D.lgs n. 229/99 e dall'Art. 34 della legge 27/12/1997, n. 449. Le modalità da seguire per garantire la continuità assistenziale dei pazienti / utenti e una maggiore funzionalità gestionale dell'Azienda sono indicate negli Art. 9 e 10 del DPR 271/00;
- d) al medico Specialista incaricato a tempo determinato, ai sensi dell'Allegato n. 1 "Protocollo aggiuntivo", possono, nel periodo di durata dell'incarico, essere attribuiti turni vacanti fino alla confluenza massima del tetto di 28 ore settimanali. Per la procedura di conferimento l'Art. 3, comma 4, di detto Protocollo Aggiuntivo rinvia alle disposizioni generali indicate nell'Art. 9, commi 1, 2, 3 e 4 e nell'Art. 10 del D.P.R.n.271/00. Tale Specialista è, infatti, titolare di incarico se pur a tempo determinato e, il Comitato Zonale può invitarlo, dopo aver considerato l'ordine di priorità indicato nel punto a), a compilare la dichiarazione di disponibilità al conferimento dell'incarico nell'ambito della propria specializzazione, informando l'Azienda per la formalizzazione dell'incarico.
- e) Il medico di Medicina Generale che intende avvalersi delle disposizioni di cui all'Art. 19, Comma 10, della legge del 28/12/2001 n. 448 deve possedere i seguenti requisiti:
 - essere convenzionato con il SSR per la Medicina Generale;
 - essere titolare di incarico a tempo indeterminato da almeno 10 anni;
 - essere in possesso di titoli di specializzazione riconosciuti dalla Unione Europea.Il medico di Medicina Generale, in qualità di specialista, deve inoltrare la sua richiesta come segue:



- presentare al Comitato Zonale e/o a più Comitati Zonali Provinciali idonea documentazione attestante il possesso dei requisiti o una dichiarazione sostitutiva, in cui siano indicati gli elementi riguardanti i requisiti posseduti secondo la vigente normativa (DPR 28/12/2000 n. 445);
- comunicare, a mezzo raccomandata, la propria disponibilità a ricoprire l'incarico al Comitato Zonale che ha pubblicato il turno resosi disponibile..

Il medico, all'atto dell'accettazione dell'incarico assegnatogli, deve comunicare all'ASL che entro 30 giorni lascerà il rapporto convenzionale della medicina di base per passare a quello della specialistica ambulatoriale. Deve, inoltre, informare, contestualmente, anche i propri assistiti / iscritti al SSR affinché possano effettuare una nuova scelta del medico.

Il Comitato Zonale predispose il foglio notizie per il medico di medicina generale che intende avvalersi delle citate disposizioni (Art. 19, Comma 10 della legge n. 448/2001), cura i successivi adempimenti amministrativi di specifica competenza.

Il medico di medicina generale, transitato alla specialistica ambulatoriale, con incarico a tempo indeterminato potrà successivamente conseguire nuovi incarichi fino alla confluenza oraria massima, considerato che, a norma di legge, deve, a tutti gli effetti, essere considerato specialista ambulatoriale interno a rapporto convenzionale a tempo indeterminato.

- f) Qualora, esperite le sopra elencate procedure nell'ambito dei rapporti già instaurati, si debbono soddisfare ulteriori esigenze di attività specialistica, l'Azienda proporrà un avviso di selezione ai sensi del p.1 art.3 Protocollo Aggiuntivo del D.P.R.n. 271/00.

ART.18

Attribuzione punteggio attività professionale Allegato A Parte II lettera B) D.P.R.n.271/00

Il D.P.R. 271/00 ha introdotto rispetto ai precedenti Accordi Nazionali, possibilità di attribuire un ulteriore punteggio ai medici specialisti ambulatoriali derivante da incarichi provvisori, di sostituzione ed a tempo determinato nelle strutture del S.S.N.

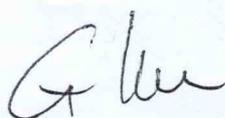
Il punteggio è determinato in funzione delle ore settimanali e del limite temporale in cui si svolge l'incarico secondo lo schema seguente:

fino a ore settimanali	5	10	20	38 e oltre
punteggio per mese o frazione superiore a 15 gg.	0,10	0,20	0,30	0,50

Al fine di uniformare il metodo di calcolo da parte dei Comitati Consultivi ex art.11 D.P.R.n. 271/00 nell'attribuzione dei citati punteggi, le parti firmatarie dell'Accordo di cui al D.P.R. 271/2000 concordano quanto segue:

1) scorporo degli incarichi di sostituzione, provvisori ed a tempo determinato che hanno avuto ciascuno durata superiore a 15 giorni e per i quali risultino le ore settimanali di incarico come indicato nell'allegato "B" al D.P.R. 271/2000 "Domanda di inclusione nella graduatoria" punto 9. Agli stessi saranno applicati, per ogni singolo incarico, anche concomitante come periodo con altri incarichi presso più Aziende UUSLL, i punteggi fissati alla lettera b) dell'allegato "A" parte II D.P.R. 271/2000.

2) per tutti gli altri incarichi, sia quelli di durata non superiore a 15 giorni, nonché quelli per i quali non sono state indicate le ore settimanali, ma il totale delle ore effettuate nel periodo indicato, si





procederà alla valutazione di ogni ora con un punteggio di 0,0031. Tale cifra è il risultato delle seguenti operazioni:

38 ore X 52 settimane = 1976 (numero massimo di ore eseguibili in un anno)
0,50 (punteggio complessivo mensile da attribuire per svolgimento 38 ore settimanali) X 12 : 1976 = 0,0031.

Il punteggio annuale di tali incarichi verrà quindi conteggiato moltiplicando il numero di ore effettuate X 0,0031, arrotondato al centesimo superiore.

Tale attribuzione deve essere precisata nei bandi di pubblicazione per la graduatorie provinciali.

Norma finale n.1

Il presente accordo produce effetti decorsi 15 giorni dalla sua pubblicazione.

Gli effetti giuridici, normativi ed economici del presente Accordo Regionale, salvo diversa, specifica indicazione, conservano la loro validità fino alla data di pubblicazione del nuovo Accordo Integrativo Regionale.

Norma finale n.2

Le parti firmatarie concordano che, per quanto non espressamente previsto negli articoli del presente Accordo, valgono le disposizioni del D.P.R. 271/2000.

Si concorda, inoltre, che eventuali questioni applicative o quesiti posti dalle Aziende siano oggetto di esame da parte del Comitato ex art. 12 c.7 DPR 271/2000.

Dichiarazioni a verbale

n. 1

Si ribadisce l'obbligo per le Aziende Sanitarie di dare puntuale applicazione alle disposizioni di cui all'art.35 del D.P.R.n.271/00 ed in particolare:

- 1) al medico incaricato a tempo determinato per la sola effettuazione di attività ambulatoriale, ai sensi del Protocollo Aggiuntivo", il rimborso delle spese di accesso spetta, secondo quanto stabilito dall'Art.10 dello stesso Protocollo Aggiuntivo", in base alle norme fissate nell'Art.35 del D.P.R.n.271/00;
- 2) al medico incaricato a tempo determinato ai sensi del "Protocollo Aggiuntivo" per lo svolgimento di attività ambulatoriale e di visite e di altre prestazioni domiciliari, il rimborso delle spese di accesso avviene:

2.1) per attività ambulatoriale, ai sensi dell'Art.10 del Protocollo Aggiuntivo in base alla disciplina dettata dall'Art.35 dell'Accordo di cui al D.P.R. n.271/00;

2.2) per l'esecuzione di visite o di altre prestazioni domiciliari;

2.2.1) se svolte nello stesso Comune di residenza ovvero in quello in cui viene effettuata l'attività ambulatoriale si tiene conto delle effettive distanze necessarie allo specialista per



raggiungere il luogo di esecuzione delle prestazioni; il rimborso avviene sulla base tariffaria determinata dall'Art.35 del D.P.R.n.271/00;

2.2.2) se svolte in Comune diverso sia da quello di residenza che di svolgimento dell'attività ambulatoriale secondo le norme stabilite dall'Art.35 del D.P.R.n.271/00, calcolando la distanza tra il Comune di residenza e quello in cui viene effettuata l'attività domiciliare;

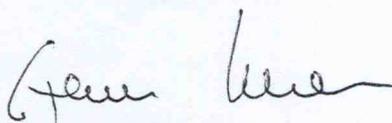
2.2.3) se svolte in sequenza procedendo per Comuni diversi, il rimborso spetta calcolando la distanza tra il Comune di residenza ed il Comune più distante nel quale sono effettuate le visite o prestazioni domiciliari, secondo le norme di cui all'Art.35 del D.P.R.n.271/00;

- 3) qualora presso lo stesso luogo (domicilio dell'assistito, residenze assistenziali, hospice e nelle altre strutture residenziali e semiresidenziali alternative al ricovero, strutture ospedaliere) siano effettuate prestazioni ad utenti diversi in occasione dello stesso accesso, il rimborso è corrisposto una sola volta.
- 4) Il rimborso delle spese di accesso compete al medico avente diritto che, nel giorno stabilito all'indirizzo fornito dall'Azienda, non sia stato in grado di eseguire la prestazione specialistica per motivi non dipendenti dalla sua volontà.
- 5) Il rimborso spese di cui ai punti 2.2.-3-4 compete anche allo specialista a tempo indeterminato che, in mancanza di un mezzo aziendale, utilizzi la propria autovettura;
- 6) Ai medici incaricati a tempo indeterminato ai sensi del Protocollo Aggiuntivo spetta adeguata copertura assicurativa per l'uso della propria autovettura.

Tali disposizioni devono essere estese anche ai medici specialisti incaricati ai sensi del Protocollo Aggiuntivo, Allegato 1 D.P.R.n.271/00.

n.2

La Regione si impegna a determinare i criteri per l'individuazione delle cd. "Zone disagiatissime" di cui all'art. 34, comma 1 del DPR 271/00.



RICHIESTA DI VISITA MEDICO - SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. sanità 18/2/1982)



Data

REGIONE MOLISE - A.S.L. n.

La Società Sportiva

affiliata al Federazione Sportiva Nazionale
Ente di promozione sportiva riconosciuta dal C.O.N.I.

Chiede per il proprio atleta

nat. a il

residente a via n°

una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport:

Codice Individuale Regionale

- Prima affiliazione
- Rinnovo

Firma del Presidente e timbro
della Società Sportiva

(compilare a macchina o stampatello)

N.B.:

Gli atleti si presentino:

- a) con idoneo abbigliamento (possibilmente tuta e scarpe da ginnastica);
- b) con valido documento di riconoscimento e Libretto Sanitario Sportivo;
- c) se minori di anni 18 accompagnati da un genitore, tutore o parente.

[Handwritten signature]

[Handwritten signatures and stamps]



REGIONE MOLISE

Alla A.U.S.L. n°

Richiesta di visita Medico - Sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica

(D.M. Sanità 18 - 2 - 82)

La Scuola

Chiede per il proprio alunno

Nat. a il

Residente a Via n°

una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

in quanto partecipante alla Fase Nazionale dei Giochi della Gioventù o dei
Campionati Studenteschi.

Codice Individuale Regionale

Firma del Capo d'Istituto e timbro della Scuola

N.B.

Gli atleti si presentino:

- a) con idoneo abbigliamento (possibilmente tuta e scarpe da ginnastica);
- b) con valido documento di riconoscimento e Libretto Sanitario Sportivo;
- c) se minori di anni 18 accompagnati da un genitore, tutore o parente.

Alber

Alber
Quero
Prof.
Feb.



REGIONE MOLISE

All'A.U.S.L. n°

Data

Richiesta di visita medico - sportiva per l'idoneità psico - fisica all'attività di volo da diporto o sportivo
(D.P.R. 5 - 8 - 88 n.404)

Il Club, l'Associazione o altro

chiede per il signore

Nato a il

Residente a Via n°

una visita medico - sportiva per l'idoneità psicofisica all'attività di volo da diporto o sportivo.

Codice Individuale Regionale

Firma del Presidente e timbro del Club o altro

N.B.

Gli aspiranti si presentino:

- a) con idoneo abbigliamento (possibilmente tuta e scarpe da ginnastica);
- b) con valido documento di riconoscimento e Libretto Sanitario Sportivo;
- c) se minori di anni 18 accompagnati da un genitore, tutore o parente.

Alpo
Quasi
goffo
lll
stella

Gian Luca



RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. Sanità 18 - 2 - 1982)

Data

REGIONE MOLISE - U.S.L. n°

Il Dott.

Chiede per il proprio assistito

nat. a il

residente a Via n°

ai fini concorsuali una visita medico-sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport :

Codice individuale regionale

Firma e timbro del Medico

(compilare a macchina o stampatello)

N.B.

Gli assistiti si presentino:

- a) con idoneo abbigliamento (possibilmente tuta e scarpe da ginnastica);
- b) con valido documento di riconoscimento e Tesserino Sanitario;
- c) se minori di anni 18 accompagnati da un genitore, tutore o parente.

Handwritten signatures and notes:

Genova
 [Signature]
 [Signature]
 [Signature]