



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE
SOCIOSANITARIA E POLITICHE SOCIALI

tel + 39 040 377 5520
fax + 39 040 377 5523

sanita.pol.soc@regione.fvg.it
I - 34124 Trieste, riva Nazario Sauro 8

In data 18 aprile 2011, giusta deliberazione della Giunta regionale n. 598 dell'8 aprile 2011, le parti, così come sottoindicate, hanno proceduto alla stipula definitiva dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici e psicologi) in attuazione degli AACCN dd. 29 luglio 2009 e 8 luglio 2010, secondo il testo allegato.

L'ASSESSORE ALLA SALUTE
ALL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
E ALLE POLITICHE SOCIALI

prof. Vladimir Kosic

SUMAI

CISL MEDICI

FEDERAZIONE MEDICI aderente UIL FPL

**Accordo Integrativo Regionale
per la disciplina dei rapporti con i
Medici Specialisti ambulatoriali
interni e Medici veterinari ed altre
professionalità sanitarie (biologi,
chimici, psicologi) ambulatoriali**

18 aprile 2011

INDICE

INDICE	2
1. PREMESSA.....	5
1.1 NUOVO ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER DISCIPLINA DEL RAPPORTO DEI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, MEDICI VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI (QUADRIENNIO 2006-2009) RESO ESECUTIVO IL 29.7.2009	5
1.2 ACN 8.7.2010 PER IL BIENNIO ECONOMICO 2008-2009	8
1.3 LIVELLI DI CONTRATTAZIONE	9
1.4 OBIETTIVI DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE	9
1.5 ATTI REGIONALI DI RIFERIMENTO.....	10
1.6 DURATA DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE	11
1.7 RISORSE ECONOMICHE PER IL FINANZIAMENTO DELL'ACN 29.7.2009 E PER L'APPLICAZIONE DEL PRESENTE AIR.....	11
1.7.1 FINANZIAMENTI ATTUALI.....	11
1.7.2 NUOVO QUADRO ECONOMICO.....	15
1.7.3 SITUAZIONE ORE AL 31.12.2010.....	15
2. COMITATO CONSULTIVO REGIONALE E COMITATI CONSULTIVI ZONALI.....	17
2.1 COMITATO CONSULTIVO REGIONALE (ART. 25)	17
2.2 RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE (ART. 34, COMMI 10,12 E 14).....	17
2.3 COMITATI CONSULTIVI ZONALI (ART. 24)	18
2.4 RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE (ART. 34, COMMI 13 E 14).....	19
2.5 ISTITUZIONE, DURATA IN CARICA E FUNZIONAMENTO DEI COMITATI CONSULTIVI REGIONALI E ZONALI	20
2.6 NORME TRANSITORIE	21
2.7 ENTRATA IN VIGORE DELLA DISCIPLINA	21
3. APPLICAZIONE DELL'ACN	22
3.1 COMPITI E FUNZIONI DELLO SPECIALISTA AMBULATORIALE, DEL VETERINARIO E DELLE ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) – ARTT. 8 E 13 BIS ACN 29.7.2009.....	22
3.2 INCOMPATIBILITÀ (ART. 15 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI).....	23
3.3 MASSIMALE ORARIO E SUE LIMITAZIONI (ART.16 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)	23



3.4 FLESSIBILITÀ OPERATIVA, RIORGANIZZAZIONE DEGLI ORARI E MOBILITÀ (ART. 17 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)	24
3.5 ASSEGNAZIONI DI TURNI DISPONIBILI A TEMPO INDETERMINATO E A TEMPO DETERMINATO (ART. 22 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)	24
3.6 MODALITÀ PER L'ATTRIBUZIONE DI TURNI DISPONIBILI A TEMPO INDETERMINATO E A TEMPO DETERMINATO – TRASFORMAZIONE DEGLI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO IN INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO (ART. 23 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)	26
3.7 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO (ART. 30 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)	27
3.8 ATTIVITÀ ESTERNA E PRONTA DISPONIBILITÀ (ART. 32 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)	28
3.9 FORMAZIONE CONTINUA (ART. 33 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)	28
3.10 RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO (ART. 46 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)	30

4. TRATTAMENTO ECONOMICO E MODALITÀ DI COSTITUZIONE DEI FONDI (ARTT. 42, LETT. B, E 43, LETT. B,) 31

4.1 FONDO PER LA PONDERAZIONE QUALITATIVA DELLE QUOTE ORARIE – QUOTA FISSA E QUOTA VARIABILE – MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI (ART. 42, LETT. B, ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)	31
4.2 FONDO PER LA PONDERAZIONE QUALITATIVA DELLE QUOTE ORARIE – QUOTA FISSA E QUOTA VARIABILE – ALTRE PROFESSIONALITÀ (ART. 43, LETT. B, ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)	31
4.3 RISORSE PER LA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA REGIONALE (ACN 8.7.2010 – BIENNIO ECONOMICO 2008-2009).....	36
4.4 ULTERIORI RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTUALITÀ REGIONALI/AZIENDALI.....	34
4.5 CONTRIBUTI PREVIDENZIALI (ART. 48 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)	38
4.6 DISPOSIZIONI GENERALI	38

5. PROGRAMMI E PROGETTI FINALIZZATI (ART. 31, COMMA 3) 39

5.1 OBIETTIVI E MODALITÀ DEI PROGETTI PER I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI	39
5.2 FINANZIAMENTO AGGIUNTIVO REGIONALE DEI PROGETTI PER I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI.....	39
5.3 OBIETTIVI E MODALITÀ DEI PROGETTI PER LE ALTRE PROFESSIONALITÀ	40

6. AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT) (ART. 30 BIS)..... 41

6.1 COSTITUZIONE, PRINCIPI, OBIETTIVI E STRUMENTI DELLE AFT (ART. 30 BIS)	41
6.2 ORGANIZZAZIONE DELLE AFT E DEL TAVOLO DI COORDINAMENTO AZIENDALE	42

6.2.1 COORDINATORI DELLE AFT (ART. 30 BIS, COMMA 4).....43

6.2.2 INCENTIVI PER I COORDINATORI AFT..... 44

6.3 COORDINATORE UNICO AZIENDALE..... 44

7. ACCORDI INTEGRATIVI AZIENDALI 45

7.1 STRUTTURA DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI AZIENDALI..... 46

7.1.1 AIA: PARTE PREVISTA DALL’AIR. OBIETTIVI DI CUI AL PARAGRAFO 5 CONNESSI AI PROGETTI/PROGRAMMI EX ART. 31, COMMA 3, ACN.....46

7.1.2 AIA: PARTE FACOLTATIVA ED INTEGRATIVA AZIENDALE. OBIETTIVI D’INNOVAZIONE, D’ECCELLENZA E/O DI RECUPERO DI EFFICIENZE..... 48

7.2 INDIRIZZI PER GLI AIA (PARTE OBBLIGATORIA E PARTE FACOLTATIVA INTEGRATIVA) 48

7.3 FINANZIAMENTO DELL’AIA..... 49

8. REQUISITI E FUNZIONI MINIME DELL’UNITÀ COMPLESSA DI CURE PRIMARIE (ART. 31 BIS)..... 50

9. FLUSSO INFORMATIVO, TESSERA SANITARIA E RICETTA ELETTRONICA (ARTT. 28 BIS E 28 TER)..... 51

Chunne *Ang FR* *[Signature]*

1. PREMESSA

- ❖ Il contratto del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantito sull'intero territorio nazionale da convenzioni conformi agli accordi nazionali stipulati mediante il procedimento di contrattazione collettiva definito con l'accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano previsto dall'art. 4, comma 9, della legge 30.12.1991, n. 412 e successive modificazioni. All'Accordo collettivo nazionale, stipulato come appena menzionato, è attribuita efficacia erga omnes.

L'Accordo collettivo nazionale per i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologici) ambulatoriali reso esecutivo in data 23.3.2005, sulla scorta degli obiettivi già perseguiti dal precedente ACN di cui al DPR n. 271/2000, prevedeva essenzialmente:

- la regionalizzazione della disciplina del rapporto di lavoro dei medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologici) ambulatoriali in
- relazione alla legge costituzionale 18.10.2001, n. 3, recante modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione;
- la potestà della Regione di integrare la disciplina nazionale;
- il riconoscimento del ruolo di partecipazione attiva e qualificante nel Servizio Sanitario Nazionale dei medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologici) ambulatoriali;
- l'integrazione dell'assistenza specialistica distrettuale con le altre categorie presenti nel territorio al fine di evitare la richiesta impropria di degenza ospedaliera;
- la responsabilizzazione dei suddetti specialisti e professionisti sugli obiettivi aziendali;
- la nuova struttura del trattamento economico correlata anche al perseguimento di risultati su obiettivi di qualità ed alla gestione di programmi e progetti di governo clinico;
- l'introduzione, in via sperimentale, delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria.

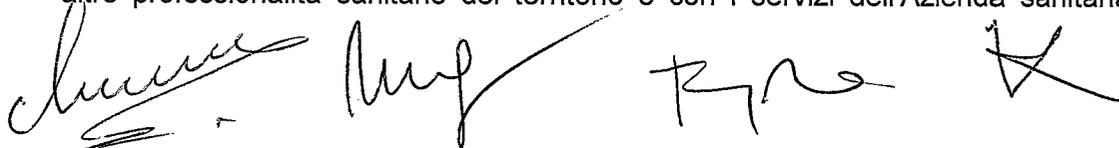
I principi di riferimento dell'Accordo Collettivo Nazionale attengono essenzialmente alla programmazione sanitaria nazionale (PSN) ed ai principi sull'uniformità dei livelli di assistenza primaria su tutto il territorio nazionale.

I principali **strumenti di gestione** delle cure primarie declinati dalla Bozza di PSN 2011-2013 sono:

- forme organizzative, tra le quali le AFT (aggregazioni funzionali territoriali di cui agli ACN 2009 e ACN 2010);
- sistema di monitoraggio;
- processi di integrazione sia a livello di coordinamento (percorsi diagnostico-terapeutici, integrazione tra ospedale e territorio, integrazione sociosanitaria) sia a livello informatico/informativo (di cui agli ACN 2009 e ACN 2010);
- formazione continua.

1.1 Nuovo Accordo Collettivo nazionale per disciplina del rapporto dei medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali (quadriennio 2006-2009) reso esecutivo il 29.7.2009

Tale ACN in logica coerenza al precedente ACN reso esecutivo il 23.3.2005 conferma il ruolo della specialistica ambulatoriale e dei professionisti ambulatoriali nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, promuovendo tutte le modalità organizzative che favoriscono l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio e con i servizi dell'Azienda sanitaria. Proprio in tale



prospettiva, l'ACN ha delineato il percorso che conduce anche per gli specialisti e i professionisti ambulatoriali verso forme più aggregate ed integrate di organizzazione che consentano una più efficace continuità assistenziale e l'appropriata erogazione dei servizi in relazione ai bisogni dei cittadini. Allo scopo di rafforzare l'integrazione di tutti gli operatori coinvolti con l'Azienda sanitaria, l'ACN punta a promuovere l'uso delle reti informatiche e lo scambio di informazioni.

Sulla scorta di quanto enunciato, il nuovo ACN reso esecutivo il 29.7.2009 introduce alcuni aspetti innovativi vincolanti per gli Accordi Integrativi Regionali:

- i nuovi compiti e funzioni dello specialista ambulatoriale e delle altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) che entrano a far parte degli obblighi connessi al rapporto convenzionale con il SSN. Vengono assegnati ulteriori compiti e funzioni rispetto a quelli già previsti agli articoli 28 (ruolo professionale dello specialista ambulatoriale) e 29 (doveri e compiti dei professionisti – biologi, chimici e psicologi): essere responsabile e parte attiva nel processo assistenziale di ciascun paziente, partecipando alla continuità dell'assistenza per i propri pazienti e perseguendo obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse attraverso proprie scelte diagnostiche, terapeutiche e assistenziali;
- la definizione della struttura organizzativa, costituita dall'Aggregazione funzionale territoriale (AFT) ed eventualmente dalle forme organizzative più evolute quale l'istituzione dell'Unità complessa di cure primarie (UCCP). L'ACN stabilisce che con le AFT si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli specialisti e professionisti per il conseguimento degli obiettivi d'assistenza. Il medico ed il professionista dovranno svolgere obbligatoriamente nell'ambito delle AFT la propria attività. La Regione con la partecipazione delle OO.SS. firmatarie dell'ACN individua le AFT facendo riferimento alla specificità delle realtà locali e sulla base delle finalità stabilite dall'ACN. La partecipazione alle AFT non comporta costi aggiuntivi a carico della Regione e non pone in discussione il sistema di incentivazione vigente;
- gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti operano (e non semplicemente collaborano) nell'ambito delle forme organizzative previste dalla Regione;
- gli obiettivi di potenziamento dell'assunzione del processo assistenziale e della continuità dell'assistenza, in modo da soddisfare la maggior parte dei bisogni di salute degli assistiti, e di rafforzamento, in tale contesto, dell'appropriatezza dei livelli assistenziali e dell'uso delle risorse nonché la maggiore integrazione tra professionisti convenzionati, con il distretto e con l'ospedale;
- la gestione dei flussi informativi: il medico ed il professionista sono tenuti a raccogliere e a trasmettere alla propria ASS una serie d'informazioni relative al flusso informativo di cui all'art. 28-bis dell'ACN 29.7.2009 e ad assolvere ai compiti previsti dal DM 4.4.2008 e dal DPCM 26.3.2008 in materia di tessera sanitaria e ricetta elettronica, utilizzando i sistemi informativi messi a disposizione dalle Regioni, secondo modalità e strumenti definiti a livello regionale tra le parti. Le informazioni vengono trasmesse tramite il sistema informatico delle ASS e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR. Vengono elaborate a cura dell'ASS e condivise con i medici ed i professionisti e con i coordinatori delle AFT.

Preso atto dell'art. 1 dell'ACN 29.7.2009 che interviene a modifica dell'art. 4 del precedente ACN 23.3.2005 in materia di "Negoziazione regionale", stabilendo che la negoziazione in tema di definizione dei criteri e delle modalità di organizzazione del sistema informativo fra operatori-strutture associate della medicina generale-Distretti-Aziende Sanitarie-Regioni sarà rimessa agli accordi regionali solo per le parti espressamente rinviate nelle clausole specifiche in considerazione delle nuove disposizioni in materia di flusso informativo e progetti Tessera Sanitaria-Ricetta Elettronica previsti dall'ACN 29.7.2009.

Preso atto, inoltre, dell'art. 9 dell'ACN 29.7.2009 che modifica l'art. 14 del precedente ACN 23.3.2005 in materia di "Contenuti demandati alla Negoziazione regionale", statuendo che non può essere demandato agli Accordi Regionali il compito di integrare i LEA nonché alla negoziazione regionale viene, comunque, demandata ogni altra materia che è esplicitamente rinviata dall'ACN 2009 a tale livello negoziale.

Visto che ai sensi dell'art. 4 dell'ACN 23.3.2005 le intese regionali sono finalizzate a definire:

- le responsabilità nei rapporti convenzionali in relazione agli obiettivi regionali;
- l'attuazione dell'art. 6 (realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzata all'erogazione delle cure primarie per garantire la continuità dell'assistenza, l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente ed il governo dei percorsi sanitari e sociali, l'appropriatezza degli interventi e la sostenibilità economica);
- l'organizzazione della assistenza specialistica territoriale in modo da partecipare al processo di deospedalizzazione, mettendo a disposizione le specificità professionali e le competenze proprie dei professionisti, a favore delle istituzioni e dei cittadini;
- le modalità di realizzazione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, l'organizzazione degli strumenti di programmazione monitoraggio e controllo;
- le modalità di partecipazione degli specialisti e dei professionisti nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e della responsabilità nell'attuazione dei medesimi;
- l'organizzazione della formazione continua e dell'aggiornamento;
- gli organismi di partecipazione e rappresentanza degli specialisti e dei professionisti a livello regionale;
- attuazione dell'art. 8, comma 2.

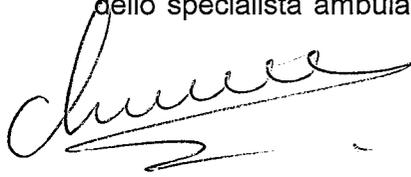
L'art. 8 dell'ACN 29.7.2009 disciplina la struttura del compenso sulla base degli indirizzi del governo in materia di rinnovo di convenzioni e contratti finalizzati a definire il compenso degli specialisti e dei professionisti in sintonia con il perseguimento degli obiettivi di salute programmati e con adeguato equilibrio fra la parte del compenso legata ad automatismi e quella legata agli obiettivi e alle prestazioni definite dalle programmazioni regionali ed aziendali:

- quota oraria;
- quota variabile, nell'ambito dei programmi regionali ed aziendali, finalizzata al raggiungimento di standard organizzativi, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché per il raggiungimento degli obiettivi di qualificazione, appropriatezza e governo della compatibilità;
- eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza e strutture organizzative diversi dalle attività ambulatoriali ed a queste complementari definite dagli Accordi regionali.

Gli Accordi regionali disciplinano la partecipazione del medico specialista e del professionista, i quali concorrono ad assicurare l'erogazione delle prestazioni e a svolgere le attività previste, rispettivamente, dagli artt. 28 e 29 ACN 23.3.2005.

Al comma 2 dell'art. 28 viene precisato che lo specialista, individuato con le modalità definite a livello regionale, partecipa al Collegio di direzione aziendale nonché agli altri pertinenti organi collegiali previsti dall'atto aziendale. Inoltre, al comma 5 dell'art. 28 relativo all'individuazione delle azioni che lo specialista deve svolgere, sono introdotte (lettera c) la partecipazione alle disposizioni aziendali in materia di preospedalizzazione, dimissioni protette ed altre iniziative aziendali e (lettera g) la partecipazione alle attività formative programmate dall'Azienda, nonché sono stati introdotti i riferimenti ai nuovi articoli 30-bis (AFT) e 31-bis UCCP). Conseguentemente sono stati abrogati i commi 7,8, e 9 del citato art. 28 che fanno riferimento alle precedenti articolazioni organizzative del distretto, le Equipes territoriali e le UTAP. Infine, al comma 12 dell'art. 28 laddove si precisa che lo specialista adotta le disposizioni aziendali riguardanti le modalità di prescrizione e l'erogazione delle specialità medicinali, viene precisato che nelle stesse sono comprese anche i "piani terapeutici" relativi a particolari patologie in analogia a quanto previsto per i medici dipendenti.

L'espletamento delle suddette funzioni si realizza anche tramite l'obbligo per il medico specialista ambulatoriale e dell'odontoiatra di trasmettere alla propria Azienda sanitaria una serie di dati informativi sanitari relativi allo svolgimento dei propri compiti (art. 28-bis dell'ACN 23.3.2005 introdotto dall'art. 21 dell'ACN 29.7.2009). Tale disposizione è infatti correlata ai compiti e funzioni dello specialista ambulatoriale cui è collegato il mantenimento del rapporto di convenzione con il

SSN. Il sistema informatico viene definito dall'Azienda e dalla Regione previa valutazione della sicurezza delle infrastrutture e nel rispetto della normativa in materia di privacy.

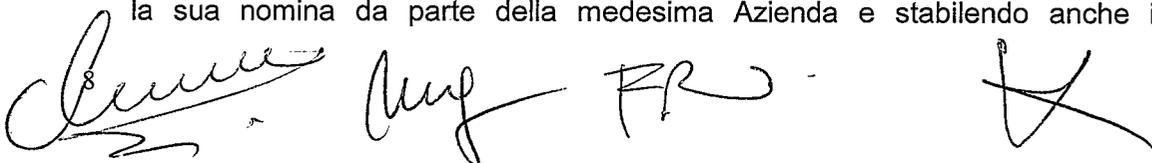
Altre disposizioni introdotte dall'ACN 29.7.2009 di carattere normativo

- *Incompatibilità*: l'art. 10 modifica l'art. 15 dell'ACN 23.3.2005
- *Massimale orario e sue limitazioni*: l'art. 11 interviene sull'art. 16 dell'ACN 23.3.2005
- *Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità*: l'art. 12 introduce un'integrazione di carattere procedurale all'art. 17 dell'ACN 23.3.2005
- *Graduatorie – Domande – Requisiti*: l'art. 13 modifica l'art. 21 dell'ACN 23.3.2005
- *Assegnazione dei turni disponibili a tempo indeterminato e a tempo determinato*: l'art. 14 integra e precisa l'art. 22 dell'ACN 23.3.2005
- *Modalità per l'attribuzione dei turni disponibili a tempo indeterminato e a tempo determinato*: l'art. 15 modifica l'art. 23 dell'ACN 23.3.2005
- *Comitato consultivo zonale*: l'art. 16 integra l'art. 24 dell'ACN 23.3.2005
- *Comitato consultivo regionale*: l'art. 17 integra l'art. 25 dell'ACN 23.3.2005
- *Modalità di elezione dei rappresentanti degli specialisti ambulatoriali*: l'art. 18 integra l'art. 26 dell'ACN 23.3.2005
- *Commissione di disciplina*: l'art. 19 integra l'art. 27 dell'ACN 23.3.2005
- *Attività esterna e pronta disponibilità*: l'art. 27 modifica l'art. 32 dell'ACN 23.3.2005
- *Formazione continua*: l'art. 28 modifica l'art. 33 dell'ACN 23.3.2005
- *Malattia-Gravidanza*: l'art. 29 integra l'art. 37 dell'ACN 23.3.2005
- *Compensi per incarichi a tempo indeterminato per gli specialisti ambulatoriali*: l'art. 30 modifica l'art. 42 dell'ACN 23.3.2005
- *Compensi per incarichi a tempo indeterminato per i professionisti*: l'art. 31 modifica l'art. 43 dell'ACN 23.3.2005
- *Indennità di rischio e indennità specifica di categoria*: l'art. 32 modifica l'art. 44 dell'ACN 23.3.2005
- *Norma generale*: modifica la Norma generale dell'ACN 23.3.2005 introducendo il riferimento agli altri enti del SSN che applicano l'ACN in quanto possono disporre di personale convenzionato
- *Norma finale n. 7*: le risorse disponibili per il 2° biennio economico 2008-2009 dovranno essere vincolate al perfezionamento degli Accordi regionali e alla definizione di istituti che assicurino il riconoscimento dell'impegno professionale. Sono inoltre individuati gli obiettivi da perseguire con il successivo ACN per il 2° biennio economico 2008-2009
- *Norma transitoria n. 5 e Norma transitoria n. 6*: disposta l'abrogazione della Norma transitoria n. 7 dell'ACN 23.3.2005. La rappresentatività non è più derogabile per le OO.SS. rappresentative delle sole professionalità. Pertanto ad esse non spettano ore di distacco sindacale in deroga alla disciplina generale (impedisce l'erogazione di ore di distacco sindacale in favore di sigle non rappresentative secondo le leggi e le clausole negoziali vigenti)
- *Norma transitoria n. 7*: integra la norma transitoria n. 9 dell'ACN 23.3.2005 per sancire la disciplina del periodo transitorio fino all'entrata in vigore dei nuovi criteri di assegnazione del punteggio per titoli e per attività di servizio stabiliti dall'ACN
- *Modifiche agli allegati A, parte prima e seconda, A bis, parte prima, B, B bis, D ed E.*

1.2 ACN 8.7.2010 per il biennio economico 2008-2009

Con tale Accordo le parti hanno espresso la volontà di rafforzare e per quanto possibile accelerare il processo di riorganizzazione della specialistica ambulatoriale e delle altre professionalità avviato con gli AACCN 23.3.2005 e 29.7.2009. Alcuni aspetti rilevanti riguardano:

- a) l'istituzione del referente nelle UCCP, che svolga funzioni di coordinamento e rappresentanza presso l'Azienda sanitaria. All'Accordo regionale spetta individuare le specifiche funzioni, i compiti e le responsabilità del referente unico dell'UCCP definendone i criteri e le modalità per la sua nomina da parte della medesima Azienda e stabilendo anche il compenso da



corrispondere. L'onere del compenso viene finanziato tramite la quota assegnata agli Accordi regionali dal rinnovo contrattuale di cui all'ACN biennio economico 2008-2009. A tale proposito il rinnovo per il biennio economico 2008/2009 può contare su un incremento finanziario pari al 3,2% complessivo nel biennio sulla spesa 2007. Di tale incremento l'1,2% va assegnato tramite la negoziazione regionale;

- b) le informazioni previste ai sensi dell'art. 28 bis dell'ACN 23.3.2005 e s.m.e.i. e più in generale qualsiasi altra informazione rilevante sotto il profilo del rapporto convenzionale, vengono trasmesse dal medico all'Azienda sanitaria e da quest'ultima al medico esclusivamente attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata. Tale obbligo decorre con la tempistica prevista dall'art. 28 ter, comma 1, dell'ACN 23.3.2005, fatto salvo quanto previsto al comma 3 dell'art. 28bis citato;
- c) rafforzamento delle funzioni e delle competenze del responsabile di branca specialistica, anche con riferimento alle attività delle UCCP. Tale indicazione risulta complementare a quella inclusa in nota finale degli ACN vigenti che prevede il coinvolgimento programmato degli specialisti ambulatoriali a favore sia degli assistiti a domicilio o nelle strutture residenziali, sia ai fini del potenziamento della diagnostica di primo livello presso gli ambulatori dei MMG e dei PLS.

1.3 Livelli di contrattazione

L'ACN per il biennio economico 2008-2009 conferma i tre livelli di negoziazione (nazionale, regionale e aziendale) ed afferma che essi devono risultare coerenti col quadro istituzionale definito dal Titolo V della Costituzione, rispettando i principi di complementarità e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.

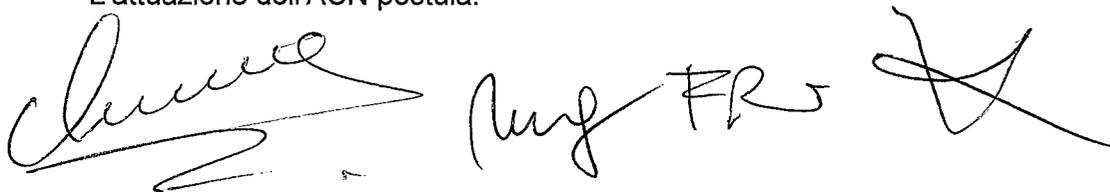
- **Livello nazionale**, individua il ruolo e le responsabilità dei medici specialisti ambulatoriali e delle altre professionalità, i servizi erogati per assicurare i LEA, la struttura del compenso, la compatibilità economica e la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al suddetto personale convenzionato in occasione dei rinnovi contrattuali, la responsabilità delle Regioni e delle ASS per la piena applicazione dell'ACN;
- **Livello regionale**, definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e correlati strumenti operativi in coerenza con la programmazione regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati;
- **Livello aziendale**, definisce i progetti e le attività dei medici specialisti ambulatoriali e delle altre professionalità necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

Gli accordi aziendali devono essere conformi ai seguenti presupposti:

1. misurazione e valutazione della concreta introduzione di elementi d'innovazione e di efficacia degli stessi in merito alla continuità assistenziale;
2. utilizzo di appositi finanziamenti da bilancio aziendale per la copertura finanziaria degli accordi, nel rispetto del vincolo di pareggio di bilancio e nella garanzia di mantenimento degli attuali LEA, tramite autofinanziamento dell'accordo;
3. introduzione di sistemi premianti direttamente correlati all'effettivo raggiungimento degli obiettivi e non legati al mero riconoscimento dell'esecuzione di prestazioni. Non sono ammesse incentivazioni cumulative, regionali ed aziendali, su medesimi obiettivi od oggetti.
4. recupero di risorse e miglioramento della qualità dei servizi. Il recupero di risorse a livello aziendale deve coprire almeno il costo dell'accordo per le aziende in disavanzo.

1.4 Obiettivi dell'Accordo Integrativo Regionale

L'attuazione dell'ACN postula:



- il coordinamento dei nuovi principi con gli atti nazionali e regionali di programmazione socio-sanitaria (PSN e PSSR);
- la definizione di modalità organizzative ed operative per agevolare l'aggregazione intra e interprofessionale per la realizzazione delle fasi del processo di attuazione della programmazione regionale.

L'impostazione dell'AIR è finalizzata:

- al completamento della disciplina nazionale attraverso le disposizioni regionali;
- al perseguimento degli obiettivi e degli indirizzi della programmazione nazionale (PSN e Progetto obiettivo materno infantile);
- al coordinamento dell'ACN con le disposizioni della DGR n. 465 dd. 11.3.2010 che reca l'approvazione del Piano sociosanitario regionale per il triennio 2010-2012;
- a disciplinare le modalità di erogazione dei livelli essenziali di assistenza previsti dall'ACN con particolare riferimento alla promozione dell'appropriatezza delle prestazioni;
- a disciplinare l'avvio delle AFT;
- a valorizzare strumenti di autofinanziamento degli accordi (economie di scala, recupero di efficienze, ecc.) su progettualità aziendale;
- a sviluppare l'implementazione dei flussi informativi come previsto dall'ACN 29.7.2009 riguardo ai dati clinico-epidemiologici rilevanti sia per programmare correttamente lo sviluppo di processi assistenziali, sia per monitorare gli esiti attesi degli interventi operati in termini di obiettivi di salute.

Quanto sopra presuppone la definizione, mediante l'AIR, di obiettivi specifici che, coerentemente con le previsioni dell'ACN, si coniughino con gli indirizzi della programmazione regionale in tema di efficacia ed appropriatezza nell'utilizzo delle risorse in merito alla riduzione delle liste d'attesa per prestazioni specialistiche, diagnostiche-terapeutiche e all'utilizzo di presidi diagnostici ed assistenziali.

Gli Accordi regionali costituiscono strumento di governo della medicina convenzionata attuativi della programmazione socio-sanitaria regionale e si inseriscono in logica coerenza nell'ambito degli obiettivi da questa definiti.

In particolare, il PSSR (pag. 9) prevede per il triennio 2010-2012 obiettivi di salute e risultati attesi su specifici ambiti di intervento, tra i quali:

- *la riduzione dei tempi di attesa attraverso il governo della domanda e dell'offerta delle prestazioni sanitarie, l'attuazione della LR 7/2009 e la conferma delle linee previste dalla DGR 288/2007*

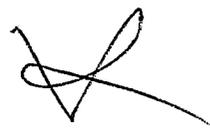
1.5 Atti regionali di riferimento

Costituiscono parte integrante del presente AIR i seguenti provvedimenti della Giunta regionale:

- D.G.R. n. 1413 del 23.6.2006 "Accordo regionale attuativo dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi), reso esecutivo, in data 23 marzo 2005".
- D.G.R. n. 1007 del 6.5.2005 " Accordo regionale sull'ufficio di coordinamento dell'attività distrettuale";
- D.G.R. n. 819 del 8.5.2008 "Modifica ed integrazione dell'Accordo regionale attuativo dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni approvato con DGR n. 1413 del 23.6.2006".


10





1.6 Durata dell'Accordo Integrativo Regionale

Il presente Accordo regionale entra in vigore dalla data di approvazione della relativa delibera giunta che lo rende esecutivo e conserva la sua validità fino all'entrata in vigore del nuovo Accordo regionale per l'attuazione del prossimo ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali e con gli altri professionisti convenzionati.

La decorrenza economica dei benefici previsti nell'Accordo coincide con la data di entrata in vigore dello stesso.

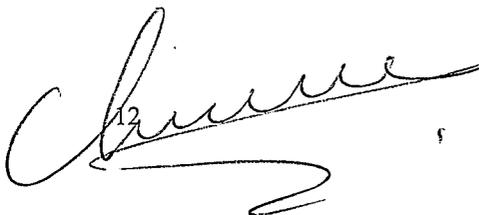
Avuto riguardo che le disposizioni del presente Accordo regionale s'inseriscono nell'attività regionale di programmazione socio-sanitaria in graduale evoluzione, tale Accordo verrà adeguato in caso di modifiche all'attuale assetto organizzativo, tramite l'adozione dei relativi provvedimenti, previa intesa con le Organizzazioni sindacali.

1.7 Risorse economiche per il finanziamento dell'ACN 29.7.2009 e per l'applicazione del presente AIR.

1.7.1 Finanziamenti attuali

riferimenti normativi	FVG - SPESA SAI 2009	codice Insiel (da tabulato GP 326)	RISORSE ACN		INTEGRATIVI REGIONALI DA ACN	INTEGRATIVI REGIONALI DA AIR	INTEGRATIVI AIA	TOTALE VOCE (enpam esclusa)
			tempo indeterminato	tempo determinato, provvisorio, sostituito				
ACN art.42, lett.A, art.50	A - QUOTA ORARIA							
ACN art. 42, lett.A, c.1+art.50, c.1	Quota oraria	1021, 6000, 6001	4.511.095,14	489.018,97				5.000.114,11
ACN art. 42, lett.A, c.2	Quote anzianità Plus orario per giorni festivi e ore notturne	1022	524.559,78	167,97				524.727,75
ACN art. 42, lett.A, c.3-4	Attività esterna	1026	24.806,09	3.158,56				27.964,65
ACN art. 32, c.4-5		6220, 6221, 6223	318.984,83	30.307,30				349.292,13
	A -TOT Quota oraria		5.379.445,84	522.652,80				5.902.098,64

referimenti normativi	FVG - SPESA SAI 2009	codice Insiel (da tabulato GP 326)	RISORSE ACN	INTEGRATIVI REGIONALI DA ACN	INTEGRATIVI REGIONALI DA AIR	INTEGRATIVI AIA	TOTALE VOCE (enpam esclusa)
ACN art.42, lett.B	B - QUOTA VARIABILE						
ACN art.42 lett.B	B.1 Fondo ponderazione e qualitativa quote orarie, non riassorbibile						
ACN art.42, lett.B, c.1	Quota oraria di ponderazione	1041	473.803,27	6.688,72			480.491,99
	B.1 - TOT Fondo ponderazione e qualitativa		473.803,27	6.688,72			480.491,99
ACN art.42, lett.B, c.10	Attività protesica	6270			2.935,90		2.935,90
	B.2 - Accordi regionali						
ACN art.42, lett.B, c.8,9,12	Ore plus	6266			384,53		384,53
ACN art.42, lett.B, c.8,9,12	Prestazioni	6276			17.664,00		17.644,00
DGR n.1413/2006	Responsabile branca (AIR)	6170			16.800,00		16.800,00
DGR n.1005/2005+							
DGR n.1413/2006	UCAD	6360			800		800
ACN, art.24+DGR n. 1413/2006	Comitato zonale	6370, 6371			451,05		451,05
	D.1 - TOT Accordi regionali				36.079,58		39.015,48
ACN, art. 31	B.2 - Accordi aziendali						
ASS2	Sperimentazione Aziendale	6262			665,28		665,28
ASS1	Medicina legale	6261				11.773,33	11.773,33
ASS1-2-5	Obiettivi Aziendali	6263			187.870,89	2.867,24	190.738,13
	Obiettivi regionali	6265			18.973,56		18.973,56
DGR n.819/2008							
ASS6	Progetti A-B	6275, 6277			47.302,14		47.302,14
ASS4	Responsabile branca (AIA)	6171				10.800,00	10.800,00
	B.2 - TOT Accordi aziendali				254.811,87	25.440,57	280.252,44
	B - TOT Quota variabile						799.759,91





referimenti normativi	FVG - SPESA SAI 2009	codice Insiel (da tabulato GP 326)	RISORSE ACN	INTEGRATIVI REGIONALI DA ACN	INTEGRATIVI REGIONALI DA AIR	INTEGRATIVI AIA	TOTALE VOCE (enpam esclusa)	
ACN All. D, c.1	PRESTAZIONI ALL. D Consulto ambulatoriale (€25,82/consulto) TOT Prestazioni All. D	6160						
					103,28		103,28	
							103,28	
ACN art.44, c.1-3	INDENNITÀ, RIMBORSI, PREMI Indennità di rischio e indennità specifica di categoria Rimborso spese di viaggio	1034	1.239,48				1.239,48	
				275.414,60	49.653,41		325.068,01	
ACN art.46+AIR		1035, 6201						
ACN art.47, c.1-2	Premio di collaborazione per incarichi e tempo indeterminato TOT Indennità, rimborsi, premi	1080	459.159,86				459.159,86	
					49.653,41			
			735.813,94	49.653,41			785.467,35	
DGR n.957/2009, all. 3	Aggiornamento (Ceformed)	6120, 6121, 6200		394,83			394,83	
	TOTALE ACCORDI (enpam esclusa)		6.589.457,88	578.994,93	3.039,18	290.891,45	25.440,57	7.487.824,01
ACN, art. 48, c.1	Enpam (14,19%) Irap (8,5%)	9002 9610					1.024.151,38 608.134,25	
	TOTALE ACCORDI (enpam inclusa)		6.589.457,88	578.994,93	3.039,18	290.891,45	25.440,57	9.120.129,64

Dati di competenza 2009 (comprensivi degli arretrati e al netto di eventuali quote liquidate nel 2009 ma relative agli anni precedenti) rilevati a gennaio 2011. I dati possono subire delle variazioni.
Fonte: Insiel

Libera professione intramoenia	6260	176.885,79
--------------------------------	------	------------

Chiusura *Aug. F.R.* *K*

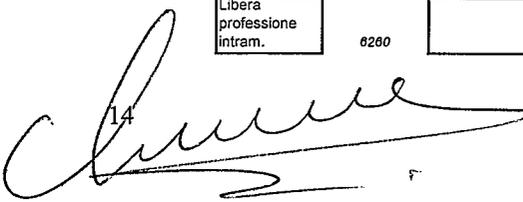
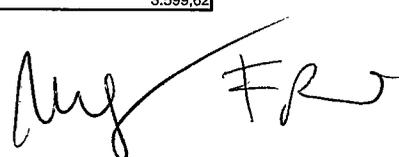
riferimenti normativi	FVG - SPESA PROFESSIONISTI 2009	codice Insiel (da tabulato GP 326)	RISORSE ACN		INTEGRATIVI REGIONALI DA ACN	INTEGRATIVI REGIONALI DA AIR	INTEGRATIVI AIA	TOTALE VOCE (enpam esclusa)
			tempo indeterminato	tempo determinato, provvisorio, sostituito				
ACN art.42, lett.A, art.50	A - QUOTA ORARIA							
ACN art. 43, lett.A, c.1+art.50, c.1	Quota oraria	1021, 6000, 6001, 6002	1.294.568,16	179.552,64				1.474.120,80
ACN art. 43, lett.A, c.2	Quote anzianità	1022	206.715,19					206.715,19
ACN art. 43, lett.A, c.3-4	Plus orario per giorni festivi e ore notturne	1026	15.774,73	396,26				16.170,99
ACN art. 32, c.6-7	Attività esterna A -TOT Quota oraria	0220, 0221, 0223	10.709,05	700,95				11.410,00
			1.527.767,13	180.649,85				1.708.416,98
ACN art.43, lett.B	B - QUOTA VARIABILE B.1 Fondo ponderazione qualitativa quote orarie, non riassorbibile							
ACN art.43, lett.B, c.1	Quota oraria di ponderazione B.1 - TOT Fondo ponderazione qualitativa	1041	99.967,12	6.768,17				106.735,29
			99.967,12	6.768,17				106.735,29
ACN art.45	Attività di psicoterapia	0300	77.252,50	6.456,45				83.708,95
ACN, art. 31	B.2 - Accordi aziendali							
ASS4	Sperimentazione Aziendale B.2 - TOT Accordi aziendali B - TOT Quota variabile	0202	18.393,51					18.393,51
			18.393,51					18.393,51
								208.837,75
ACN art.46+AIR	INDENNITA' RIMBORSI, PREMI							
	Rimborso spese di viaggio	1035, 0201	35.859,40	96.152,79				132.012,19
ACN art.47, c.1-2	Premio di collaborazione per incarichi e tempo indeterminato	1080	133.378,02					133.378,02
	Extra struttura+km	0310, 0311	103.404,38	9.672,22				113.076,60
	TOT Indennità, rimborsi, premi		272.641,80	105.825,01				378.466,81
DGR n.957/2009, all. 3	Aggiornamento (Ceformed)	0120, 0121, 0200		15,59				15,59
	TOTALE ACCORDI (enpam esclusa)		1.996.037,65	299.699,46				2.295.737,13
ACN, art. 48, c.1	Enpam (14,19%) Irap (8,5%)	9002 0610						310.444,97 173.263,02
	TOTALE ACCORDI (enpam inclusa)		1.996.037,65	299.699,46				2.779.445,12

Dati di competenza 2009 (comprensivi degli arretrati e al netto di eventuali quote liquidate nel 2009 ma relative agli anni precedenti) rilevati a gennaio 2011. I dati possono subire delle variazioni.
Fonte: Insiel

Libera professione
intram.

0200

3.599,62

14




1.7.2 Nuovo quadro economico

La Norma Finale n. 7 dell'Accordo Collettivo Nazionale 29.7.2009 prevede ai commi 2, 3 e 4 le finalità e gli obiettivi specifici cui devono essere destinate le risorse del biennio economico 2008-2009.

Ai fini del finanziamento del presente Accordo Regionale vengono utilizzate le seguenti risorse:

A) somme già stanziare nei precedenti Accordi Integrativi Regionali che fanno carico ai bilanci delle aziende per i servizi sanitari per quanto attiene alla copertura degli oneri inerenti alla gestione del "Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie" (vedi DGR n. 819/2008)

B) somme già stanziare nei precedenti Accordi Integrativi Regionali di cui al finanziamento aggiuntivo regionale a valere per gli anni 2008-2009 e 2010 (vedi DGR n. 819/2008)

C) quota d'obbligo per AIR pari all'1,2% della spesa sostenuta nel 2007 per l'ACN e per l'AIR¹. Tale quota è stimata in € 82.021,99 (più oneri) per i medici specialisti ed in € 27.216,56 (più oneri) per le altre professionalità da utilizzare per la realizzazione degli obiettivi dell'ACN con particolare riferimento al coordinatore delle Aggregazioni Funzionali Territoriali o al coordinatore unico aziendale ed ai flussi informativi ivi compresi l'inserimento dei dati nei sistemi gestionali aziendali, la certificazione on line, le prenotazioni e le cartelle cliniche.

D) risorse aggiuntive regionali € 79.915,00 (più oneri) medici specialisti per la realizzazione di progettualità regionali/aziendali; risorse aggiuntive regionali; € 21.965,00 (più oneri) altre professionalità per la realizzazione di progettualità regionali/aziendali

E) finanziamento aggiuntivo regionale a valere per gli anni 2011-2012 e 2013 per la realizzazione degli obiettivi di cui al paragrafo 4.2 del presente AIR riguardanti le altre professionalità.

F) eventuali risorse aggiuntive aziendali.

1.7.3 Situazione ore al 31.12.2010

Si rappresentano i dati relativi al monte ore settimanale del personale convenzionato al **31.12.2010** (le ore si riferiscono agli incarichi a **tempo indeterminato e determinato**).

Medici specialisti ambulatoriali

Denominazione Azienda	n. ore/sett.
Azienda 1 "Triestina"	861,50
Azienda 2 "Isontina"	416,50
Azienda 3 "Alto Friuli"	154
Azienda 4 "Medio Friuli"	810,50
Azienda 5 "Bassa Friulana"	325
Azienda 6 "Friuli Occidentale"	599,50
Totale	3.167

¹ Fonte dati: SISAC



Altre professionalità (biologi, chimici e psicologi)

Denominazione Azienda	n. ore/sett.
Azienda 1 "Triestina"	213
Azienda ospedaliero-universitaria di Trieste	65
Azienda 4 "Medio Friuli"	472
Azienda 5 "Bassa Friulana"	106
Azienda 6 "Friuli Occidentale"	458
Totale	1.314

16  

2. COMITATO CONSULTIVO REGIONALE E COMITATI CONSULTIVI ZONALI

2.1 Comitato consultivo regionale (art. 25)

COMITATO CONSULTIVO REGIONALE E COMITATI CONSULTIVI ZONALI (Art. 34, commi 10-14; artt. 24 e 25) PER GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI E ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI)

In ciascuna Regione è istituito con provvedimento dell'Amministrazione regionale un Comitato consultivo composto da:

- a) l'Assessore regionale alla Sanità, o un suo delegato, che ne assume la presidenza;
- b) cinque membri rappresentanti delle Aziende, individuati dalla Regione;
- c) sei membri rappresentanti degli specialisti ambulatoriali operanti nella Regione, di cui al presente Accordo.

Tre rappresentanti degli specialisti ambulatoriali vengono eletti, secondo le procedure di cui all'art. 26, gli altri tre rappresentanti vengono designati, tra gli specialisti ambulatoriali operanti nella Regione, dai Sindacati di cui all'art. 34, comma 12, nella misura di un rappresentante per ciascun sindacato, con un numero di deleghe non inferiore al 3% delle deleghe regionali. I rappresentanti sono individuati dai tre Sindacati con maggiore consistenza associativa regionale. Qualora uno o più Sindacati non abbiano la possibilità di designare un proprio rappresentante, i membri mancanti sono nominati dal Sindacato con maggiore consistenza associativa regionale.

Oltre ai titolari, saranno rispettivamente eletti e individuati, con le stesse modalità, altrettanti membri supplenti i quali subentreranno in caso di assenza di uno o più titolari.

Quando gli argomenti all'ordine del giorno riguardano i medici veterinari e gli altri professionisti di cui all'Accordo regionale, i tre rappresentanti degli specialisti ambulatoriali designati dai Sindacati, sono sostituiti da tre rappresentanti per ciascuna delle categorie interessate, designati dai Sindacati di categoria maggiormente rappresentativi. Detti nominativi saranno segnalati al Presidente del Comitato regionale entro 15 giorni dalla costituzione del Comitato stesso.

E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi 6 e 7 dell'art. 25 dell'ACN.

Il Comitato regionale ha compiti di:

- proposta e parere in ordine ai provvedimenti di competenza regionale;
- linee di indirizzo alle Aziende in merito alla corretta ed uniforme interpretazione e applicazione delle norme del presente Accordo.

La sede del Comitato e le modalità di funzionamento sono definite dalla Regione, sentiti i Sindacati di cui all'art. 34, comma 12.

Per il calcolo della rappresentanza a livello regionale si fa riferimento alla consistenza associativa rilevata dalla SISAC nell'anno precedente (art. 34, comma 2 ACN);

Le Organizzazioni Sindacali legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Regionali comunicano alla Regione, entro trenta giorni dall'entrata in vigore dell'ACN, i nominativi dei membri effettivi e dei membri supplenti.

Per la disciplina relativa alla modalità d'elezione dei rappresentanti degli specialisti nei Comitati regionale e zonali, si fa espresso rinvio all'art. 26, comma 1, ACN.

2.2 Rappresentatività sindacale (art. 34, commi 10,12 e 14)

Sono considerate maggiormente rappresentative, ai fini della contrattazione sul piano nazionale, le Organizzazioni sindacali che, relativamente alla consistenza associativa, abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.



Non sono prese in considerazione ai fini della misurazione del dato associativo le deleghe a favore di organizzazioni sindacali che richiedono ai lavoratori un contributo economico inferiore a più della metà rispetto a quello mediamente richiesto agli specialisti ambulatoriali convenzionati.

Le organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo nazionale, in possesso dei requisiti di rappresentatività di cui al comma 10 a livello nazionale, sono legittimate alla trattativa ed alla stipula degli accordi regionali.

Nel caso in cui il requisito di cui al comma 10 sia stato conseguito mediante l'aggregazione di più organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale è univocamente rappresentato da una sigla, partecipa alle trattative e sottoscrive gli accordi come tale; è rappresentata alle trattative dal legale rappresentante o da un suo delegato e mantiene il diritto di rappresentatività contrattuale fintanto che la situazione soggettiva resta invariata.

2.3 Comitati consultivi zonal (art. 24)

In ogni ambito provinciale, comprensivo di una o più aziende, è costituito un Comitato consultivo zonale.

Il Comitato ha sede presso l'azienda individuata ai sensi del precedente Accordo nazionale.

L'azienda sede del Comitato zonale, d'intesa con l'Assessorato alla Sanità della Regione, è tenuta ad assicurare i mezzi finanziari, i locali ed il personale assegnato per livelli funzionali a tale attività, facente parte della sua struttura amministrativa, per lo svolgimento dei compiti del Comitato e per consentire al segretario l'espletamento di tutte le funzioni attribuite al Comitato stesso. Le aziende interessate allo stesso Comitato concorrono agli oneri sostenuti in rapporto proporzionale al numero di abitanti, con le modalità definite dalla Regione.

Il Comitato è composto da:

- a) il Direttore generale dell'azienda, o da un suo delegato, che ne assume le presidenza;
- b) cinque rappresentanti tecnici per le aziende della provincia, designati di intesa dai Direttori generali delle aziende;
- c) sei rappresentanti degli specialisti ambulatoriali di cui al presente Accordo, operanti nell'ambito zonale.

Tre rappresentanti degli specialisti ambulatoriali vengono eletti, secondo le procedure di cui all'art. 26, gli altri tre rappresentanti vengono designati, tra gli specialisti ambulatoriali operanti nell'ambito zonale, dai Sindacati di cui all'art. 34 comma 12, nella misura di un rappresentante per ciascun Sindacato, con un numero di deleghe non inferiore al 3% delle deleghe provinciali. I rappresentanti sono individuati dai tre sindacati con maggiore consistenza associativa provinciale. Qualora uno o più sindacati non abbiano la possibilità di designare un proprio rappresentante, i membri mancanti sono nominati dal sindacato con maggiore consistenza associativa provinciale.

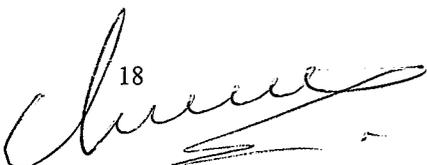
Oltre ai titolari, saranno rispettivamente eletti e individuati, con le stesse modalità, altrettanti membri supplenti i quali subentreranno in caso di assenza di uno o più titolari.

Quando gli argomenti all'ordine del giorno riguardano i medici veterinari e gli altri professionisti di cui al presente accordo, i tre rappresentanti degli specialisti ambulatoriali designati dai sindacati, sono sostituiti da tre rappresentanti per le ciascuna delle categorie interessate, designati dai sindacati di categoria maggiormente rappresentativi. Detti nominativi saranno segnalati al presidente del Comitato zonale entro 15 giorni dalla costituzione del Comitato stesso.

Il Comitato è costituito con provvedimento del Direttore generale dell'azienda, che procede alla nomina dei componenti.

Il Comitato svolge i seguenti compiti:

- formazione delle graduatorie;
- gestione unitaria del rapporto relativamente agli specialisti ambulatoriali e ai professionisti che operano presso più aziende dello stesso ambito zonale, o presso le istituzioni di cui alla dichiarazione a verbale n. 2 dell'Accordo, nonché tenuta ed aggiornamento di un apposito schedario dei singoli incaricati presso le singole aziende con l'indicazione dei giorni e dell'orario di attività in ciascun presidio, delle date di conseguimento dell'incarico e degli incrementi orari, delle attività rilevanti ai fini della determinazione dei massimali orari di cui all'art. 16, del sopravvenire di motivi di incompatibilità di cui all'art. 15, della

18  



certificazione dello stato di servizio dei sanitari, nonché di ogni altra attività prevista dall'Accordo;

- indicazione, all'azienda che deve conferire l'incarico, e alle istituzioni di cui alla dichiarazione a verbale n. 2 dell'Accordo, del nominativo del sanitario avente diritto all'aumento di orario e a ricoprire il turno vacante;
- evidenziazione ed aggiornamento delle posizioni degli specialisti ambulatoriali ed altri professionisti, sia incaricati che in graduatoria, ai fini:
 - dell'accertamento delle incompatibilità e delle limitazioni previste dalle vigenti norme, nonché del possesso dei titoli e requisiti previsti dalle stesse; verifica della certificazione di compatibilità con gli orari di servizio rilasciata dalle istituzioni pubbliche e private, presso cui il sanitario presta servizio al momento in cui nei confronti del sanitario stesso deve essere conferito un nuovo incarico o deve essere dato un aumento di orario di attività dell'incarico in atto svolto;
 - della formulazione alle aziende, sulla base delle domande ricevute, delle proposte di trasferimento o accentramento dell'incarico in una sede più vicina alla residenza del sanitario anche nell'ambito dello stesso Comune;
- procedure di cui agli articoli 17 e 18 dell'Accordo.

Il Comitato svolge funzioni consultive a richiesta dei Direttori generali delle aziende in merito alle attività previste dall'Accordo.

Il Comitato, qualora a richiesta di una delle parti debba trattare specifici aspetti riguardanti una singola azienda o una delle istituzioni di cui alla dichiarazione a verbale n. 2 dell'Accordo, può essere integrato dal titolare, o suo delegato, del potere di rappresentanza dell'azienda interessata o dell'istituzione, qualora non facente già parte del Comitato, e da uno specialista ambulatoriale o professionista titolare d'incarico designato dai componenti di categoria membri del Comitato zonale.

Il Comitato si riunisce periodicamente di norma una volta al trimestre e in tutti i casi di 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'azienda sede del Comitato. Il segretario risponde degli atti inerenti alle sue funzioni al presidente del Comitato.

I pareri di competenza dei Comitati sono obbligatori e devono essere resi entro trenta giorni. I pareri sono vincolanti nei casi espressamente previsti.

2.4 Rappresentatività sindacale (art. 34, commi 13 e 14)

Sono legittimate alla trattativa e alla stipula dell'Accordo Integrativo Aziendale solo le OO.SS. firmatarie dell'Accordo Nazionale e dell'Accordo Integrativo Regionale purché in possesso di almeno una delega a livello aziendale.

Nel caso in cui il requisito di cui al comma 10 dell'art. 34 sia stato conseguito mediante l'aggregazione di più organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale è univocamente rappresentato da una sigla, partecipa alle trattative e sottoscrive gli accordi come tale; è rappresentata alle trattative dal legale rappresentante o da un suo delegato e mantiene il diritto di rappresentatività contrattuale fintanto che la situazione soggettiva resti invariata.

La consistenza associativa è determinata sulla base dei dati aziendali, certificati dalle stesse Aziende, come stabilito dall'art. 34, comma 2.

Gli Accordi integrativi aziendali sono validamente definiti con la sottoscrizione da parte delle OO.SS., la cui rappresentatività è superiore al 51% delle deleghe associative rilevate a livello aziendale. Gli AIA sono resi esecutivi con apposito provvedimento del Direttore Generale.

Le Organizzazioni Sindacali legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Aziendali comunicano alla Direzione Generale i nominativi dei membri effettivi e dei membri supplenti, entro i tempi stabiliti dalle Aziende.



2.5 Istituzione, durata in carica e funzionamento dei Comitati consultivi regionali e zionali

Il Comitato Consultivo Regionale/Zonale è attivato con provvedimento di Giunta regionale/del Direttore Generale. La Giunta regionale/il Direttore Generale provvede, inoltre, alla nomina dei relativi componenti.

Il Comitato Consultivo Regionale/Zonale può individuare al proprio interno, qualora se ne ravvisi la necessità, un sottogruppo a valenza tecnica la cui composizione ed il cui mandato verranno definiti dal Comitato stesso.

Per la particolarità delle materie inserite nell'ordine del giorno delle riunioni del Comitato, le parti possono, di volta in volta e, tramite il Presidente per la parte pubblica ed il Segretario regionale/provinciale per la parte sindacale, invitare altri soggetti in qualità di uditori esperti del settore, che per la parte sindacale non possono superare l'unità per sigla.

I pareri emessi dal Comitato vanno raccolti in un apposito elenco a disposizione di tutti gli interessati.

L'Organizzazione sindacale che ha designato i propri rappresentanti nel Comitato Consultivo Regionale/Zonale può, ai fini della revoca dei componenti precedentemente indicati, chiedere alla Regione/Direzione Generale la loro sostituzione.

I membri decadono dall'incarico dopo tre assenze consecutive ingiustificate.

I Comitati Regionale/Zionali, fatta salva diversa previsione, vanno costituiti entro novanta giorni dall'entrata in vigore di ogni ACN.

I Comitati durano in carica fino alla nomina dei nuovi a seguito del rinnovo dell'ACN.

I Comitati Zionali sono validamente riuniti qualunque sia il numero dei componenti presenti e deliberano a maggioranza (art. 24, comma 13, ACN).

Gli accordi raggiunti in seno al Comitato regionale formano autonomi documenti che vengono allegati al verbale della seduta e sono sottoscritti dal Presidente e dai Segretari delle OO.SS aderenti. Gli accordi oggetto di trattativa si rendono esecutivi con apposito provvedimento.

Le decisioni del Comitato assumono efficacia dal momento in cui la Regione/le Aziende adottano idoneo provvedimento.

La corretta ed uniforme interpretazione delle norme contrattuali recate dall'ACN compete in maniera esclusiva al Comitato consultivo regionale ed è vincolante e perentoria per le Aziende del SSR, al fine di evitare in sede di applicazione ogni difformità in ambito regionale.

Il componente titolare impossibilitato a presenziare ad una riunione del Comitato è tenuto ad avvisare il proprio rappresentante sostituto e a comunicare tempestivamente il nominativo del sostituto alla Regione/al segretario del Comitato Zonale.

I supplenti partecipano alle riunioni dei Comitati con diritto di parola e di voto nonché godono del relativo trattamento economico/rimborsi solo in caso di assenza dei titolari. Gli uditori non possono, in ogni caso, ricevere attestato di partecipazione alla seduta nonché alcun trattamento economico/rimborsi.

Il Presidente, o suo delegato, provvede alla convocazione del Comitato regionale ordinariamente almeno due volte l'anno e in ogni caso ogniqualvolta le parti ne ravvedano la necessità. I Comitati zionali si riuniscono periodicamente di norma una volta al trimestre e in tutti i casi di richiesta di una delle parti.

I Comitati vanno convocati con un preavviso di almeno 10 giorni, salvo situazioni d'urgenza.

La parte pubblica fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato. Le funzioni di segretario verbalizzante sono svolte da un funzionario di parte pubblica.

La sede del Comitato consultivo regionale è istituita presso l'Assessorato regionale alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali.

Il verbale ha funzione di resoconto degli argomenti trattati in ciascun incontro e delle posizioni assunte dalle parti pubblica e sindacali. Ciascun verbale è approvato nella seduta successiva. Per il solo Comitato Regionale gli eventuali pareri espressi ed approvati nel corso della seduta, possono essere trasmessi alle Azienda per i servizi sanitari anche prima dell'approvazione del verbale.

20 

La richiesta dei componenti di parte sindacale di inserire ulteriori punti all'ordine del giorno va comunicata alla Regione/al segretario del Comitato Zonale con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi rispetto alla data della riunione. Tali punti saranno aggiunti alla voce "varie ed eventuali". La documentazione relativa all'ordine del giorno è depositata agli atti presso la Regione/ufficio individuato dal Comitato Zonale per presa visione, e ove possibile trasmessa via e-mail, in tempo utile prima di ciascuna seduta.

Per la partecipazione dei componenti medici specialisti/professionisti ai Comitati, vengono corrisposti ai soli membri titolari, o nel caso di assenza al loro sostituto, tutti gli emolumenti ed i contributi relativi all'orario di servizio ambulatoriale (più la copertura assicurativa totale Kasco nel caso in cui le riunioni si tengano in sedi diverse da quella di residenza/servizio, come da art. 32, comma 7 dell'ACN). E' fatto obbligo allo specialista e al professionista di presentare regolare certificazione di presenza alla seduta.

L'Azienda per i servizi sanitari può stabilire il compenso spettante al segretario del Comitato Zonale.

2.6 Norme transitorie

Norma Transitoria n. 1

Le decorrenze dei termini previsti per l'attivazione dei nuovi Comitati Consultivi Regionale e Zonale, come previsti dall'ACN dell'8.7.2010, decorrono dalla data di stipula definitiva del presente AIR.

Norma transitoria n. 2

In sede di prima applicazione del presente Accordo, i Comitati Consultivi aziendali devono essere costituiti entro novanta giorni dalla data della stipula definitiva del presente Accordo integrativo regionale. Tale disposizione si applica anche a quelle Aziende che hanno già provveduto a costituire un nuovo Comitato aziendale, per la parte di disciplina difforme.

2.7 Entrata in vigore della disciplina

Le disposizioni del presente Accordo entrano in vigore dalla data della sua stipula definitiva.

The image shows three handwritten signatures in black ink. The first signature on the left is a cursive name that appears to be 'Chunee'. The middle signature is 'Ang FR' and the rightmost signature is a stylized star or 'X' shape.

3. APPLICAZIONE DELL'ACN

3.1 Compiti e funzioni dello specialista ambulatoriale, del veterinario e delle altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) – artt. 8 e 13 bis ACN 29.7.2009

Le parti prendono atto che l'art. 8 dell'ACN 29.7.2009 ha introdotto dopo l'art. 13 dell'ACN 23.3.2005, l'art. 13 bis recante i compiti e le funzioni dello specialista ambulatoriale e delle altre professionalità (biologi, chimici e psicologi) che costituiscono condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN. In particolare, l'art. 13 bis stabilisce che, al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto dei LEA e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il personale convenzionato espleta le seguenti funzioni con responsabilità individuale:

- a) assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico tenuto conto dei compiti di cui agli artt. 28, 29 e 29 bis dell'ACN;
- b) si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti;
- c) attraverso le sue scelte diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.

Il personale espleta la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale come definita dall'art. 30 bis dell'ACN.

Per ciascun paziente, raccoglie, rende disponibili all'azienda sanitaria e aggiorna le informazioni previste dall'art. 28 bis dell'ACN.

Ai fini dell'assolvimento dei compiti previsti dal DM 4 aprile 2008 e dal DPCM 26 marzo 2008, per la realizzazione del progetto Tessera sanitaria e Ricetta elettronica nonché per l'assolvimento dei compiti relativi al flusso informativo di cui all'art. 28 bis dell'ACN, il personale convenzionato aderisce ed utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle regioni e dalle aziende secondo strumenti definiti tra la Regione e le OO.SS. a livello regionale.

Gli specialisti ambulatoriali ed i professionisti concorrono assieme alle altre figure sanitarie del SSN alla piena realizzazione dell'offerta di cure, alla prevenzione e tutela della salute della popolazione e concorrono, inoltre, alla realizzazione del modello di assistenza sanitaria previsto dal PSSR 2010-2012.

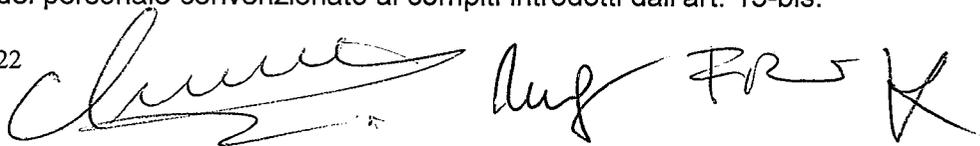
Compito primario degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti è l'assistenza specialistica nel territorio sia negli ambulatori specialistici distrettuali, sia nell'assistenza domiciliare e sia attraverso la realizzazione di sperimentazioni organizzative assistenziali di concerto con i MMG e i PLS da realizzarsi a livello aziendale.

Tale personale convenzionato opera nelle strutture del SSR in forma coordinata con le altre figure sanitarie ed è integrato nelle forme organizzative e gestionali presenti negli enti del SSR.

Al fine di perseguire le finalità dettate dalle disposizioni succitate dell'ACN, le parti concordano che le Aziende per i servizi sanitari con le OO.SS. firmatarie del presente Accordo Integrativo Regionale sviluppino prioritariamente nell'ambito degli Accordi Aziendali i seguenti obiettivi:

- contribuire a ridurre le liste d'attesa quale obiettivo prioritario;
- promuovere l'utilizzo di farmaci equivalenti in coerenza con gli obiettivi regionali;
- individuare ed eliminare le cause di ricorso "inappropriato" alla diagnostica strumentale e di laboratorio;
- migliorare l'integrazione con la rete ospedaliera e con le cure primarie;
- applicare i percorsi di salute finalizzandoli allo studio per patologia e non per singola branca specialistica;
- promuovere modalità per la sostituzione tra loro dei professionisti.

Tutte le funzioni ed i compiti indicati nell'art. 13 bis riguardano anche i medici veterinari nei limiti delle loro competenze. All'art. 27, comma 9, dell'ACN tra le infrazioni per le quali è prevista l'irrogazione della sanzione della revoca è stato inserito anche il mancato adempimento da parte del personale convenzionato ai compiti introdotti dall'art. 13-bis.



Il Responsabile di branca, in qualità di referente tecnico-organizzativo per l'assistenza specialistica, propone alla Direzione sanitaria aziendale modalità relative alla programmazione, organizzazione, gestione e monitoraggio dell'assistenza specialistica territoriale.

Sono confermate le disposizioni dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006 nella parte recante "Art. 28 – Ruolo professionale dello specialista ambulatoriale".

3.2 Incompatibilità (art. 15 ACN 2005 e successive modifiche ed integrazioni)

Si da atto che l'art. 10 dell'ACN 29.7.2009 ha apportato modifiche ed integrazioni all'art. 15, comma 4 del precedente ACN 23.3.2005 che disciplina la materia dell'incompatibilità. Al comma 4 viene abrogata la parte del testo in cui viene prevista la cessazione del rapporto convenzionale a seguito di contestata e accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità; viene, conseguentemente, prevista l'applicazione, nell'ipotesi citata, della sospensione e/o della revoca del rapporto convenzionale secondo le disposizioni dell'art. 27 (Commissione di disciplina). La disposizione dell'art. 15 è resa coerente con quanto stabilito all'art. 27 ove si chiarisce che la procedura dispone prima una sospensione del rapporto e solo per recidiva nelle infrazioni contestate la revoca.

3.3 Massimale orario e sue limitazioni (art. 16 ACN 2005 e successive modifiche ed integrazioni)

Si da atto che al comma 5 dell'art. 16 è stato espunto dal testo il riferimento all' "Allegato B – Parte seconda" relativo all'autocertificazione informativa che il convenzionato è tenuto ad inoltrare al Comitato zonale ex 24 ogni qualvolta intervenga una variazione al proprio stato di servizio.

Sono confermate le disposizioni dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006 nella parte recante "Art. 16, comma 3 – Massimale orario e limitazioni".

L'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006 è integrato con i seguenti punti 5, 6 e 7:

5. Di norma, gli specialisti ambulatoriali interni e le altre professionalità effettueranno la rilevazione della presenza automatizzata dell'orario di servizio all'ingresso nella prima sede di lavoro, sia al mattino che al pomeriggio, e rispettivamente all'uscita se trattasi della stessa sede o, in subordine, nel caso in cui l'Azienda non abbia assegnato il badge, apporranno la propria firma all'inizio e alla fine di ogni turno antimeridiano e pomeridiano, su apposito foglio/registro presso ogni sede di lavoro. L'osservanza dell'orario è strettamente funzionale all'esigenza di non arrecare disagio all'utenza e all'organizzazione aziendale. L'inosservanza dell'orario deve costituire evento del tutto straordinario ed eccezionale dipendente da situazioni oggettive non riconducibili a negligenza dello specialista e del professionista. Per l'inosservanza dell'orario di lavoro si applicano le disposizioni dell'art. 16, commi 3 e 4, dell'ACN nonché la disciplina recata dall'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006.
6. L'orario di servizio viene computato sulla base di quanto stabilito nella lettera d'incarico. L'eventuale entrata in servizio anticipata, fatta salva eventuale specifica e straordinaria autorizzazione, non sarà riconosciuta ai fini del calcolo del saldo orario giornaliero/mensile. Lo specialista e il professionista sono tenuti, comunque, a garantire la permanenza in servizio sino al completamento dell'orario di servizio giornaliero come stabilito in sede di affidamento dell'incarico.
7. Per l'attività di psicoterapia le Aziende provvedono ad individuare i sistemi e le modalità di rilevazione degli orari.

3.4 Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità (art. 17 ACN 2005 e successive modifiche ed integrazioni)

Si da atto che l'art. 12 dell'ACN 29.7.2009 ha introdotto un'integrazione di mero carattere procedurale nell'adozione dei provvedimenti rivolti a realizzare la flessibilità operativa e forme di mobilità interaziendale, precisando che deve essere acquisito preventivamente il parere dell'Azienda di destinazione.

Sono confermate le disposizioni dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006 nella parte recante "Art. 17 – Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità".

A integrazione di quanto previsto nell'AIR citato si aggiunge il seguente punto 4:

4. Considerato il presupposto che la flessibilità operativa, la mobilità nonché l'organizzazione degli orari sono strettamente funzionali a realizzare le esigenze dell'Azienda e che tali istituti vengono attivati al fine di adeguare maggiormente l'offerta di prestazioni/attività specialistiche/professionali alla domanda dell'utenza, si precisa ulteriormente che:

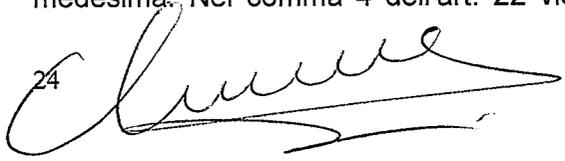
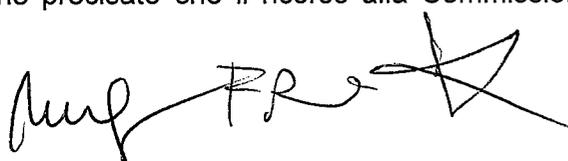
- per quanto riguarda il recupero di eventuali ritardi dovuti a situazioni oggettive di carattere straordinario ed eccezionale non dipendenti da negligenza dello specialista e del professionista, si procede, ove possibile, previo consenso dello specialista/professionista, protraendo nella stessa giornata l'orario di incarico fino al completamento del medesimo. A garanzia degli utenti le prestazioni prenotate dovranno comunque essere soddisfatte.);
- per assenze legate a congedi o permessi e/o malattia, ove non sia possibile la sostituzione, gli utenti prenotati sono inseriti in altre date dell'agenda delle prenotazioni, sfruttando gli spazi disponibili appositamente previsti;
- la flessibilità viene attivata quando si manifesta la necessità di soddisfare un'esuberante richiesta di prestazioni nella sede di destinazione e una contemporanea persistente contrazione dell'attività documentata attraverso le richieste di prenotazioni e le statistiche delle prestazioni orarie, rilevate nell'arco degli ultimi dodici mesi con il criterio della media ponderata, nella sede di provenienza. Allo specialista/professionista è garantito il mantenimento dell'orario complessivo di incarico;
- costituisce flessibilità organizzativa in ambito interaziendale la concentrazione di attività tra aziende della Regione presso una di esse realizzata tramite intesa tra le medesime amministrazioni;
- in attesa del conferimento del turno disponibile secondo le procedure di mobilità disciplinate dall'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006, l'azienda per i servizi sanitari può procedere al conferimento di un incarico provvisorio ai sensi dell'art. 23, comma 7, dell'ACN.

Si ribadisce che tutti i provvedimenti di cui al presente punto devono essere comunicati al Comitato di cui all'art. 24, contestualmente alla notificazione all'interessato. Qualora non sussista il consenso dello specialista/professionista deve essere acquisito il preventivo parere del suddetto Comitato.

Nella riorganizzazione degli orari, le aziende per i servizi sanitari favoriscono l'accoglimento delle domande di concentrazione di attività degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti, ove non ostino motivi di particolari esigenze imposte dalle norme vigenti, e nel rispetto dei criteri di priorità di cui al punto 1) dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006; a tal fine, in caso di mobilità interaziendale, si adoperano per la rapida definizione dei dettagli operativi soprattutto per quanto riguarda le implicazioni di ordine economico.

3.5 Assegnazioni di turni disponibili a tempo indeterminato e a tempo determinato (art. 22 ACN 2005 e successive modifiche ed integrazioni)

Si da atto che l'art. 14 dell'ACN 29.7.2009 introduce al comma 1 dell'art. 22 la precisazione che i turni disponibili vengono pubblicati sull'Albo del Comitato Zonale, che ne cura la pubblicazione medesima. Nel comma 4 dell'art. 22 viene precisato che il ricorso alla Commissione aziendale

24  

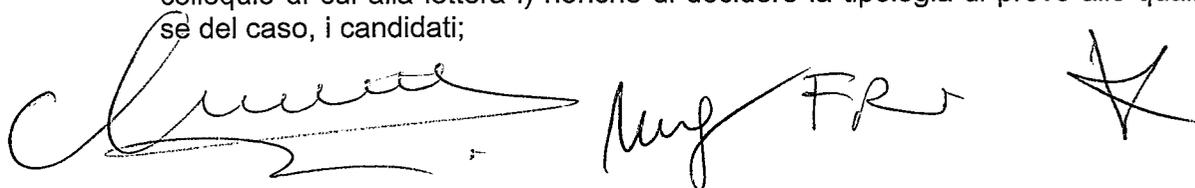
paritetica con il compito di verifica della sussistenza di particolari capacità professionali è previsto solo qualora nella pubblicazione dei turni disponibili ci sia esplicita richiesta motivata del possesso di particolari capacità professionali, da intendersi quali perizia e capacità relative ad un ambito settoriale che, pur rientrando nella branca specialistica, è caratterizzato da una tipologia di prestazioni così peculiari da richiedere un'apposita preparazione professionali. Infine, nel comma 5 dell'art. 22 viene precisato che al momento della pubblicazione dei turni vacanti di psicologia e di psicoterapia (quest'ultima di nuovo inserimento nel testo), le Aziende sono tenute a specificare nella destinazione dei turni, quali sono destinati a medici specialisti in psicologia e quali a professionisti psicologi.

Sono confermate le disposizioni dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006 nella parte recante "Art. 22 – Assegnazione di turni disponibili a tempo indeterminato e a tempo determinato".

L'AIR citato è integrato come segue:

"Le parti concordano che:

- a) le Aziende prima di procedere alla pubblicazione dei turni vacanti che richiedono particolari capacità professionali acquisiscono il preventivo parere del Comitato zonale. Il Comitato zonale viene convocato secondo le modalità previste nel presente AIR;
- b) la Commissione aziendale paritetica preposta alla valutazione sia costituita da quattro membri, di cui due di rappresentanza pubblica e due specialisti ambulatoriali o professionisti designati dai membri di categoria del Comitato zonale della branca specialistica o dell'area professionale relativa all'incarico da affidare. La Presidenza di tale Commissione è affidata al componente con maggiore anzianità nell'ambito della branca specialistica o area professionale da affidare;
- c) nell'avviso di pubblicazione dei turni disponibili in cui ci sia esplicita richiesta del possesso di particolari capacità professionali, devono essere indicate in modo specifico le competenze richieste che dovranno essere descritte e documentate nell'apposito curriculum prodotto dall'aspirante. Al curriculum dovrà essere, altresì, allegata la dichiarazione rilasciata dal legale rappresentante della/e struttura/e presso la/e quale/i l'aspirante ha prestato attività lavorativa;
- d) qualora l'Azienda lo ritenga opportuno, in sede di pubblicazione, potrà precisare che la graduatoria verrà utilizzata, entro il termine di validità della medesima, per l'affidamento di successivi incarichi richiedenti le medesime particolari capacità professionali, anche se con differenti modalità d'accesso, sede di servizio e monte ore settimanale;
- e) sono ammessi alla selezione per l'attribuzione degli incarichi da conferire ai sensi dell'art. 22, comma 4, i titolari a tempo indeterminato e a tempo determinato ai sensi dell'ACN in vigore, gli specialisti nella branca inseriti nelle graduatorie zonali vigenti nella Regione Friuli Venezia Giulia alla data di pubblicazione dei turni. Qualora l'Azienda non reperisca gli specialisti secondo quanto previsto alla presente lettera, può, in deroga, utilizzare gli specialisti nella branca non presenti in graduatoria;
- f) scaduti i termini entro i quali i candidati devono far pervenire la loro disponibilità, il Comitato zonale predispose un elenco degli aspiranti che provvede poi a trasmettere, corredato da tutta la documentazione prodotta dagli interessati, all'Azienda che ha proceduto alla pubblicazione del turno;
- g) l'Azienda ricevuto l'elenco degli aspiranti all'incarico provvede entro i successivi 30 giorni a formalizzare la costituzione della Commissione composta ai sensi della precedente lettera b). Le funzioni di segretario della Commissione sono affidate a personale dell'Azienda precedente;
- h) l'Azienda provvede a trasmettere alla Commissione tutta la documentazione prodotta dagli aspiranti all'incarico;
- i) per la valutazione del grado di specifica professionalità posseduta dai singoli candidati, la Commissione può prevedere, se del caso, anche lo svolgimento di una prova teorica e/o pratica ovvero lo svolgimento di un colloquio diretto ad accertare il predetto grado di specifica professionalità posseduto dai candidati;
- j) spetta alla Commissione, all'atto dell'insediamento decidere la ripartizione dei punteggi riservati alla valutazione del curriculum e all'eventuale valutazione delle prove ovvero colloquio di cui alla lettera i) nonché di decidere la tipologia di prove alle quali sottoporre, se del caso, i candidati;



k) le ore verranno attribuite nel rispetto delle procedure di cui all'art. 23 dell'ACN.

Le presenti disposizioni si applicano anche all'area delle altre professionalità.

3.6 Modalità per l'attribuzione di turni disponibili a tempo indeterminato e a tempo determinato – Trasformazione degli incarichi a tempo determinato in incarichi a tempo indeterminato (art. 23 ACN 2005 e successive modifiche ed integrazioni)

Si da atto che, tramite l'art. 15 dell'ACN 29.7.2009, all'art. 23, comma 1:

- a) viene rafforzato il concetto che l'aspirante può svolgere l'attività ambulatoriale, oltre che all'interno di uno o più ambiti zonali della stessa regione, anche in ambiti zonali specificatamente di altra regione confinante;
- b) viene aggiornato il testo specificando che le ore di attività disponibili vengono ricoperte attraverso il conferimento di nuovo incarico oltre che, come già previsto, attraverso aumenti di orario nella stessa branca o area professionale o attraverso riconversione in branche diverse.

Si da atto altresì che sono state apportate dal citato art. 15 dell'ACN 29.7.2009 delle modifiche al testo dell'art. 23, comma 1, relativamente ai punti inerenti l'ordine di priorità di assegnazione dei turni disponibili, come di seguito:

- lettera a): ha la priorità il titolare di incarico a tempo indeterminato che, nella specialità o area professionale esercitata, svolga attività nell'ambito zonale in cui è pubblicato il turno;
- lettera b): viene data la priorità al titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN; viene inoltre precisato che l'attività deve essere svolta, oltre che in diverso ambito zonale della stessa Regione, anche in ambito zonale di altra Regione confinante;
- lettera c): viene precisato, a chiarimento, che lo specialista titolare di incarichi in branche diverse deve esercitare esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN 2009.

Ulteriori modifiche sono state apportate dall'art. 23, comma 2, che viene aggiornato laddove, introducendo i criteri di preferenza nell'assegnazione della procedura, precisa che, in caso di pari anzianità di servizio, è data la precedenza in ordine all'anzianità di specializzazione, all'anzianità di laurea e successivamente all'anzianità anagrafica.

L'art. 23, al comma 7, contiene la specificazione che l'Azienda pubblica i turni trimestralmente e, al comma 11, la precisazione che l'incarico di durata annuale può essere rinnovato solo se sono state nuovamente esperite inutilmente le procedure di assegnazione dei turni. Al comma 13, l'ACN del 29.7.2009 introduce un termine unico fissato a livello nazionale di 12 mesi dal conferimento dell'incarico a partire dal quale le Aziende possono trasformare gli incarichi da tempo determinato a tempo indeterminato, conformemente agli indirizzi regionali impartiti a suo tempo in materia. Tale ultima modifica non costituisce un vincolo tassativo alla trasformazione per l'Azienda bensì provvede a disciplinare un "dies a quo" per consentire uniformità di trattamento tra operatori delle diverse aziende nel territorio regionale e fra operatori di regioni diverse.

Sono confermate le disposizioni dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006 nella parte recante "Art. 23, comma 13 – Trasformazione degli incarichi a tempo determinato in incarichi a tempo indeterminato".

L'AIR citato è integrato con il seguente punto 7:

7. "Le parti concordano che:

- a) dato atto dell'attuale vigenza delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 177, della legge n. 311/2004 (legge finanziaria 2005), una volta esaurite le procedure relative alla trasformazione a tempo indeterminato degli incarichi a tempo determinato a carico del protocollo aggiuntivo ai sensi dei DD.PP.RR. n. 271/2000 e 446/2001, le Aziende non possono procedere ad ulteriori trasformazioni degli incarichi da tempo determinato a quello indeterminato;
- b) in relazione al punto 1.3 dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006 nella parte recante "Art. 23, comma 13 – Trasformazione degli incarichi a tempo determinato in incarichi a tempo indeterminato", le Aziende provvederanno a detrarre dal monte ore della singola Azienda

26 

congelato al 31.10.2004 (punto 1.5 del citato AIR) il monte ore degli psicologi passati al rapporto di dipendenza in data successiva;

- c) la trasformazione a tempo indeterminato può avvenire decorso un anno dall'incarico a tempo determinato ed è subordinata alla valutazione positiva dello specialista/professionista da parte dell'Azienda che ne regola il relativo procedimento. Qualora l'interessato operi su più Aziende la valutazione viene effettuata sentito il parere delle altre Aziende;
- d) la trasformazione del rapporto a tempo indeterminato può comportare modifica di alcuni elementi del rapporto di lavoro, quali la flessibilità operativa, la riorganizzazione degli orari e la mobilità;
- e) gli incarichi temporanei, previa pubblicazione debitamente motivata ed approvata dal Comitato zonale, sono attribuiti a medici specialisti e alle altre professionalità che abbiano espresso la propria disponibilità all'atto della pubblicazione dei turni vacanti, ai sensi del presente AIR e nel rispetto delle graduatorie predisposte ai sensi dell'art. 21 dell'ACN;
- f) qualora le esigenze assistenziali lo giustifichino, è consentito pubblicare un incarico temporaneo che sia corrispondente ad un pacchetto di ore predeterminato anche con possibilità di concentrazione dell'orario settimanale in determinati periodi dell'anno, indicati all'atto della pubblicazione dei turni. La corresponsione economica viene calcolata ai sensi dell'art. 50, comma 1 e seguenti, dell'ACN e fa carico al bilancio aziendale;
- g) gli incarichi temporanei hanno durata non inferiore a tre mesi e non superiore a sei mesi; sono rinnovabili una sola volta per altri sei mesi sempre che permangano le esigenze assistenziali che hanno determinato il conferimento dell'incarico.

3.7 Organizzazione del lavoro (art. 30 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

Il comma 1 dell'art. 30 precisa che gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti "operano" e non semplicemente "collaborano" nell'ambito delle forme organizzative previste dalla Regione; di conseguenza viene abrogato il riferimento "alle attività e ai progetti da realizzare nelle articolazioni organizzative per l'assistenza primaria". Al comma 3 si specifica che le Aziende, negli ambulatori pubblici, oltre che garantire requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi, devono garantire anche un adeguato livello di sicurezza, necessario allo svolgimento dell'attività.

Sono confermate le disposizioni dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006 nella parte recante "Art. 30, commi 2 e 15 – Organizzazione del lavoro".

L'AIR citato è integrato come segue:

- a) se successivamente alla nomina del Responsabile di Branca il numero dei medici specialisti dovesse ridursi rispetto al limite minimo, il Responsabile cessa dalla nomina con la perdita del relativo beneficio economico, fatti salvi i casi in cui l'Azienda pubblichi un nuovo turno vacante con l'affidamento di un incarico provvisorio;
- b) l'incarico di Responsabile di Branca è a tempo determinato; la durata viene stabilita dall'Azienda così come la disciplina di eventuali proroghe;
- c) eventuali dimissioni del Responsabile di Branca devono essere presentate secondo la disciplina stabilita dall'Azienda che può prevedere, se del caso, un termine per il preavviso in modo da consentire il tempo necessario per il perfezionamento delle procedure previste per l'individuazione di un nuovo Responsabile di Branca;
- d) condizioni essenziali di accesso all'incarico di Responsabile di branca sono di norma:
 - la titolarità di incarico a tempo indeterminato per lo svolgimento in via esclusiva di attività specialistica ambulatoriale regolamentata dal vigente ACN;
 - la titolarità di almeno 15 ore di specialistica ambulatoriale interna nell'ambito del livello stabilito a livello di Azienda;
 - inoltre, è richiesta l'anzianità di almeno 10 anni di servizio nella stessa branca e comprovata e documentata esperienza organizzativa.

Qualora in ambito aziendale non possa essere, per qualsiasi motivo, individuato il Responsabile di Branca in possesso dei requisiti sopraccitati, l'Azienda può nominare, in



deroga, un medico specialista titolare di incarico a tempo indeterminato, in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale;

- e) la revoca del Responsabile di Branca da parte del Direttore generale dell'Azienda è determinata da gravi inadempienze o mancata condivisione di programmi e progetti aziendali o da motivata valutazione negativa. Il procedimento di revoca è disciplinato a livello aziendale. Dell'adozione del provvedimento del Direttore generale, viene data informazione alle OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale;
- f) per le altre professionalità le Aziende possono valutare la sussistenza dei presupposti per l'individuazione del Responsabile di Branca;
- g) delle riunioni indette dal Responsabile di Branca con gli specialisti deve essere redatto apposito verbale che viene trasmesso alla Direzione dell'Azienda;
- h) il Responsabile di Branca predisponde apposita relazione semestrale recante la descrizione dello svolgimento delle funzioni e dei compiti stabiliti al punto 2 delle disposizioni dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006 nella parte recante "Art. 30, commi 2 e 15 – Organizzazione del lavoro". Tale relazione dovrà illustrare, in particolare, le iniziative adottate in merito alla programmazione ed organizzazione degli orari e alla gestione delle assenze a vario titolo e verrà trasmessa alla Direzione dell'Azienda.

Norma Transitoria

L'Azienda dovrà adeguarsi alle disposizioni del presente AIR qualora abbia proceduto a disciplinare la materia con modalità difformi.

3.8 Attività esterna e pronta disponibilità (art. 32 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

- a) Per prestazioni aggiuntive s'intendono le prestazioni professionali di cui al nomenclatore tariffario dell'allegato D all'ACN vigente.
- b) Sarà cura del medico specialista ambulatoriale, in accordo con i responsabili aziendali ottimizzare gli accessi concentrando il più possibile, compatibilmente con il tempo disponibile, le prestazioni da erogare allo stesso utente.
- c) Per attività esterna di cui all'art. 32 si intende solo quella effettuata dai medici specialisti ambulatoriali al di fuori del presidio ambulatoriale assegnato quale sede di servizio.
- d) Fermo restando che l'attività deve essere preventivamente concordata con lo specialista ambulatoriale ed autorizzata dall'Azienda, in caso di più specialisti operanti nella stessa branca, l'attività esterna sarà proposta preferibilmente agli specialisti con minor ore d'incarico settimanale calcolate in ambito regionale.
- e) Le Aziende provvedono ad individuare i sistemi e le modalità di rilevazione oraria dell'attività esterna.
- f) Per gli psicologi ed i veterinari convenzionati, per attività esterna di cui all'art. 32 deve intendersi solo quella effettuata al di fuori delle sedi di svolgimento dell'attività istituzionale.
- g) Le Aziende prevedono, in sede di accordo, adeguati modelli organizzativi per la realizzazione delle visite urgenti da effettuarsi da parte dei medici specialisti ambulatoriali.
- h) Per l'attività svolta ai sensi dell'art. 32, comma 2, dell'ACN, qualora lo specialista/professionista si avvalga del proprio automezzo spetta, oltre al rimborso previsto dal medesimo art. 32, comma 7, anche la copertura assicurativa totale (kasco).

3.9 Formazione Continua (art. 33 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

L'art. 33, comma 8, laddove ribadisce che lo specialista ambulatoriale e il professionista hanno facoltà di partecipare a corsi non compresi nella programmazione regionale e accreditati, precisa che tali corsi devono essere inerenti alla specialità svolta in Azienda e non semplicemente all'attività.

28  The bottom of the page features several handwritten signatures and initials. On the left, there is a signature with the number '28' written above it. To its right are several other signatures, including one that appears to be 'FR' and another that is a stylized 'X' or similar mark.

L'art. 33, comma 12, aggiunge che la partecipazione ad iniziative formative a carico dello specialista comprende l'attività di tutoraggio ed insegnamento in sede di attività professionale e l'attività di tutoraggio ed insegnamento pre-post laurea.

Sono confermate le disposizioni dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006 nella parte recante "Art. 33, commi 8 e 10 - Formazione continua", fatte salve le parti non più attuali relative all'assetto ed alla collocazione istituzionale del CEFORMED, per le quali si deve tener conto delle disposizioni di cui alla L.R. n. 12 dd. 6.7.2010, art. 8, comma 8.

L'AIR citato è integrato con il seguente punto 5:

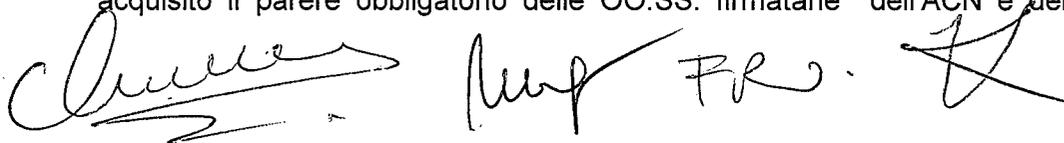
- a) lo specialista e il professionista convenzionati documentano l'aggiornamento svolto all'Azienda in cui erano in servizio nei giorni di formazione fornendo copia della documentazione entro 15 giorni dall'avvenuta frequenza ed, inoltre, provvedono a comunicare l'acquisizione dei crediti ECM correlati al predetto aggiornamento;
- b) l'obbligo di comunicazione dei crediti ECM acquisiti riguarda anche le attività formative alle quali il personale convenzionato ha partecipato oltre il tetto delle 32 ore di cui all'ACN vigente;
- c) dovranno essere considerati elementi peculiari nell'organizzazione della formazione a livello aziendale i seguenti criteri:
 - prevedere eventi formativi, qualora possibile, tra specialisti convenzionati/professionisti afferenti alla medesima branca o settore professionale, al fine di migliorare l'uniformità di approccio a livello aziendale;
 - prevedere eventi formativi finalizzati all'avvio di attività integrata nell'ambito della struttura di appartenenza;
 - i percorsi formativi per gli specialisti sono preventivamente concordati, a livello aziendale, con il Responsabile di Branca;
- d) le Aziende mettono a disposizione degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti, così come avviene per il restante personale, le informazioni relative alle iniziative formative con periodico aggiornamento per consentire al personale convenzionato di programmare la propria partecipazione;
- e) gli specialisti/professionisti saranno in ogni caso tenuti a frequentare eventuali corsi organizzati dall'Azienda per le sue finalità specifiche e ai quali non siano stati attribuiti crediti formativi; in tal caso le ore di formazione verranno considerate orario di servizio al di fuori del monte ore previsto dall'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006;
- g) per le ore di aggiornamento non coincidenti con l'orario di servizio, svolte in giorni lavorativi e non festivi, utili al raggiungimento del debito formativo annuale definito dalle specifiche disposizioni in materia di ECM, sulla base delle condizioni già previste dall'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006, è riconosciuto un corrispondente compenso orario (artt. 42 e 43, comma 1, lett. A, ACN) rapportato al numero di ore di effettiva frequenza dell'attività formativa debitamente documentata.

Le parti danno atto che la soluzione adottata con la L.R. n. 12 dd. 6.7.2010, art. 8, comma 8, costituisce modalità transitoria rispetto alla gestione del CEFORMED, con l'impegno della Regione di definire entro il mese di aprile 2011 il regolamento per l'assetto definitivo di tale Centro a chiusura, quindi, entro il termine indicato, dell'attuale fase transitoria.

Ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera h), dell'ACN 23.3.2005 e s.m.e.i. che include tra le materie oggetto di negoziazione regionale "l'organizzazione della formazione continua e dell'aggiornamento", la Regione si impegna:

- a garantire la necessaria consultazione delle OO.SS. sulle modalità ed i criteri per la disciplina dell'assetto definitivo del CEFORMED;
- a prevedere che nell'/gli organismo/i interno/i del CEFORMED stabilito/i sulla base del predetto nuovo regolamento, la nomina di parte dei componenti avvenga su designazione delle OO.SS. delle aree della medicina convenzionata firmatarie degli AACCN e dei relativi AIR. Il numero dei componenti designati dalle OO.SS. non può essere inferiore a quello dei componenti individuati su designazione della Regione.

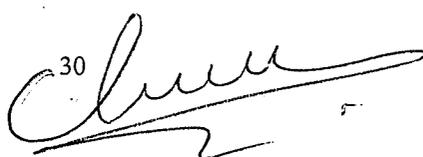
Infine, le parti concordano che nelle more di quanto sopra previsto, il CEFORMED garantisca, attraverso l'attuale gestione transitoria, la formazione continua e l'aggiornamento di cui all'art. 33 dell'ACN, stabilendo che sul programma delle attività formative da svolgere nel 2011 deve essere acquisito il parere obbligatorio delle OO.SS. firmatarie dell'ACN e del presente AIR e fermo



restando che il medesimo programma potrà essere aggiornato dal/i nuovo/i organismo/i interno/i costituito/i ai sensi del nuovo Regolamento da adottare entro il mese di aprile 2011.

3.10 Rimborso spese di viaggio (art. 46 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

Sono confermate le disposizioni dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006 nella parte recante "Art. 46 – Rimborso spese viaggio",

³⁰   FR - 

4. TRATTAMENTO ECONOMICO E MODALITA' DI COSTITUZIONE DEI FONDI (artt. 42, lett. B, e 43, lett. B,)

4.1 Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie – quota fissa e quota variabile – medici specialisti ambulatoriali (art. 42, lett. B, ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

Il comma 1, lett. B dell'art. 42 dell'ACN 23.3.2005 e s.m.e.i. prevede la costituzione, con le modalità nel medesimo specificate, di un Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie. Sul punto, valgono le modalità disciplinate con l'AIR reso esecutivo con DGR n. 819 dd. 8.5.2008 recante "Modifiche ed integrazione dell'Accordo regionale attuativo dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni approvato con DGR n. 1413 dd. 23.6.2006, che con il presente AIR s'intendono integralmente confermate per i punti 1, 2 e 3. Per quanto attiene al punto 4 dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 819/2008 si rinvia a quanto disposto nel successivo paragrafo 5 del presente AIR.

Le Aziende provvedono ad inoltrare alla Regione entro il 30 aprile di ogni anno l'atto relativo alla costituzione del Fondo aziendale per la ponderazione qualitativa delle quote orarie.

4.2 Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie – quota fissa e quota variabile – altre professionalità (art. 43, lett. B, ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

Il comma 1, lett. B dell'art. 43 dell'ACN 23.3.2005 e s.m.e.i. prevede la costituzione, con le modalità nel medesimo specificate, di un Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie. Sul punto, **le parti convengono sulle seguenti modifiche ed integrazioni dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006**, affinché la disciplina inerente alle altre professionalità venga, in materia, ricondotta ad omogeneità con quella prevista per gli specialisti ambulatoriali ai sensi dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 819/2008:

"PREMESSO CHE con deliberazione della Giunta regionale n. 1413 dd. 23.6.2006, è stato approvato e reso esecutivo, l'Accordo regionale attuativo del citato ACN, sottoscritto il 23 maggio 2006, dall'Assessore alla salute e alla protezione sociale e dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei medici specialisti ambulatoriali interni e delle altre professionalità sanitarie (biologi, chimici e psicologi);

RILEVATO, in particolare, che il medesimo Accordo regionale attuativo ha definito:

- la consistenza, per singola azienda per i servizi sanitari, del "Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie", di cui all'art. 43, lettera B, dell'ACN dd. 23.3.2005, secondo gli importi quantificati, per gli anni 2004, 2005 e 2006, nella tabella allegata (allegato 2) all'Accordo regionale;
- la partecipazione dei professionisti (biologi, chimici e psicologi) al riparto delle quote disponibili del "Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie", mediante una quota fissa, a titolo di acconto, calcolata con gli importi previsti al comma 5, della lettera B, del citato art. 43, e mediante una quota variabile, costituita dall'ammontare delle risorse residue disponibili, in ciascuna Azienda, una volta corrisposta la suddetta quota fissa, in relazione all'adesione dei professionisti a progetti e programmi concordati in sede di negoziazione decentrata aziendale, nell'ambito della quale vanno definiti le modalità di esecuzione e gli indicatori di verifica;

DATO ATTO che successivamente alla stipula del più volte menzionato Accordo regionale, come emerge dalla corrispondenza pervenuta da alcune Aziende per i servizi sanitari e dal sindacato SUMAI, sono state riscontrate difficoltà interpretative in merito all'attuazione delle disposizioni sopra richiamate inerenti l'utilizzo del "Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie" e la conseguente stipula degli Accordi aziendali per la completa e puntuale applicazione delle disposizioni riguardanti la definizione dei progetti e programmi ai quali collegare l'attribuzione, agli specialisti, della quota variabile tratta dalle risorse di cui al medesimo Fondo aziendale;

CONSIDERATO CHE le questioni interpretative connesse alla corretta determinazione ed utilizzazione del Fondo aziendale per la ponderazione qualitativa delle quote orarie hanno specifica rilevanza, sia sotto il profilo della legittimità dell'Accordo regionale relativamente all'applicazione delle disposizioni previste dagli artt. 42 e 43 dell'ACN, sia con riferimento agli aspetti economico-contabili, sull'utilizzo appropriato delle risorse del Fondo medesimo, al fine di non costituire aggravii di spesa sulla parte corrente del bilancio aziendale;

POSTO CHE, proprio al fine di dirimere ogni controversia in ordine all'applicazione dell'ACN, la Direzione Centrale della Salute e della Protezione Sociale ha concordato nell'ambito del Comitato consultivo regionale ex art. 25 dell'ACN di sottoporre apposita richiesta di parere alla competente Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC) per un'univoca interpretazione, in ambito regionale, delle modalità di utilizzazione dei suddetti Fondi di cui agli artt. 42 e 43 dell'ACN, con specifico riguardo alle voci elencate nelle lettere da a) a g) del comma 1, della lettera B), dei citati artt. 42 e 43;

RITENUTO che tale iniziativa è risultata coerente con i limiti posti alla contrattazione regionale sulla base delle disposizioni contenute all'art. 4, lett. j) e all'art. 8, comma 2, dell'ACN, che riservano agli Accordi regionali l'attuazione della struttura del compenso definita a livello di negoziazione nazionale;

VISTO il riscontro fornito dalla SISAC, con nota prot. n. 177/2008 dd. 3.4.2008, dal quale è risultato che:

- "gli artt. 42, lett. B e 43, lett. B, dell'ACN, sanciscono, a decorrere dall'1.1.2004, la costituzione del "Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie", costituito dalle quote di cui ai commi 1, lett. a-g, dei citati articoli, già destinate, rispettivamente, agli specialisti ambulatoriali e ai professionisti, per corrispondere, agli stessi, i compensi relativi alle prestazioni, indennità e rimborsi compresi nelle lettere a-g in esame;

- "fino alla definizione dell'AIR (...) ai professionisti è riconosciuta, a titolo di acconto, una quota oraria di ponderazione come determinata (...) e dal comma 5 dell'art. 43 (...) e " (...) tali erogazioni vanno considerate (...) quali acconti della quota oraria di ponderazione ed assegnate fino alla definizione degli accordi regionali che, una volta sottoscritti, disciplineranno l'effettiva destinazione dei compensi riconosciuti a garanzia contrattuale transitoria";

- "ne consegue, che a seguito di compiuta regolamentazione nell'ambito degli Accordi regionali e fatti salvi i livelli retributivi determinati in virtù dei precedenti Accordi nazionali, gli acconti (...) di cui al comma 5 della lett. B dell'art. 43 dell'ACN verranno surrogati "ex nunc" dalle nuove determinazioni assunte sulla struttura del compenso ai sensi delle disposizioni contrattuali citate"

- "le risorse del Fondo saranno ripartite in favore di tutti (...) i professionisti mediante l'attribuzione di una quota oraria e/o per obiettivi definita dagli Accordi regionali in ragione dell'impegno del sanitario convenzionato e comunque in misura non inferiore a quella erogata in acconto. Con le stesse citate risorse dovrà provvedersi, in ottemperanza alla disciplina della contrattazione di secondo livello, anche all'eventuale remunerazione delle voci elencate dalla lettera a alla lettera g dei rispettivi commi 1, lett. B, degli artt. 42 e 43";

DATO ATTO che, in aderenza all'interpretazione come sopra riportata, fornita dalla SISAC sulla materia di cui trattasi, con deliberazione della Giunta regionale n. 819 dd. 8 maggio 2008 si è provveduto ad approvare e rendere esecutivo l'Accordo regionale dd. 11 aprile 2008, sottoscritto dall'Assessore alla Salute e alla protezione sociale e dalle Organizzazioni sindacali dell'area dei medici specialisti interni SUMAI, CISL Medici e Federazione Medici UIL FPL, con il quale venivano apportate modifiche ed integrazioni al precedente Accordo regionale attuativo dell'ACN 23.3.2005, approvato e reso esecutivo con la citata deliberazione giuntale n. 1413/2006;

RITENUTO che si debba, pertanto, analogamente provvedere ad applicare la suddetta interpretazione fornita dalla SISAC, tramite la revisione dell'Accordo regionale attuativo reso esecutivo con delibera della Giunta regionale n. 1413/2006, in ordine alla parte riguardante le

32 

professionalità sanitarie ambulatoriali (biologi, chimici, psicologi), al fine di garantire, innanzitutto, la corretta attuazione dell'ACN e, secondariamente, eguali condizioni nell'ambito della stessa area negoziale riguardante tale personale convenzionato;

TUTTO CIO' PREMESSO, nell'intento di garantire, in coerenza ai criteri e linee guida che hanno orientato l'accordo regionale già stipulato, la piena attuazione del progetto complessivo di valorizzazione e coinvolgimento dei professionisti all'interno dell'organizzazione del SSR, mediante la corretta ed uniforme applicazione degli istituti contrattuali in tutte le Aziende sulla base dell'ACN e dell'Accordo regionale attuativo, si dispone che:

1. Il "Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie" è costituito, dall'1.1.2008, presso le Aziende indicate nelle Tabelle di seguito riportate, con le modalità previste dall'art. 43, lettera B, commi 1 e 2, dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Ai fini della determinazione di tale Fondo, a decorrere dall'1.1.2008, le Aziende fanno riferimento agli importi indicati nella Tabella 2 che modifica quella contenuta nell'"Allegato 2" all'Accordo regionale attuativo, sottoscritto il 23.5.2006 (approvato e reso esecutivo con DGR n. 1413/2006), in considerazione della necessità di adeguare, dalla suddetta data, la composizione dei Fondi per le mutate condizioni costituite, sia dal passaggio alla dipendenza, nel ruolo dirigenziale del SSN, del personale convenzionato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 34 della legge n. 449/1997, sia al riconoscimento di posizioni di personale convenzionato presenti presso l'Azienda ospedaliera universitaria di Trieste, come da sottoriportata Tabella 1:

Tabella 1

Azienda	Professionisti a tempo indeterminato	n. ore Professionisti a tempo indeterminato	Professionisti a tempo determinato	n. ore Professionisti a tempo determinato	Totale professionisti	Totale ore/sett
Ass 1	7	145	0	0	7	145
Aou TS	3	101	0	0	3	101
Ass 4	7	201	2	56	9	257
Ass 5	3	106	0	0	3	106
Ass 6	12	369	1	3	13	372
Totale	32	922	3	59	35	981

Nota: le ass 2 e ass 3 non hanno professionisti in carico. Per l'ass 4 si è tenuto conto del passaggio in ruolo di un professionista dal 12.1.2008.

Tabella 2

Azienda	Fondo 2008
Ass 1	27.671,80
Aou TS	19.274,84
Ass 4	49.045,88
Ass 5	20.229,04
Ass 6	70.992,48
Totale	187.214,04

Nota: il Fondo è stato calcolato per Azienda con gli importi previsti al comma 1 dell'art. 43, lett. B, dell'ACN. Le Aziende, in sede di adozione dell'atto formale di costituzione del Fondo, provvederanno ad incrementarlo ai sensi del comma 2 dell'art. 43, lett. B per effetto della cessazione dal rapporto convenzionale degli specialisti.

Gli importi come sopra quantificati vengono finanziati dalle Aziende con le risorse del proprio bilancio.

Una volta costituito il Fondo per l'anno 2008 sulla base della tabella 2, gli importi così consolidati, vengono incrementati con le quote resesi disponibili per effetto della cessazione dal rapporto convenzionale dei professionisti, secondo quanto disposto dall'art. 43, lettera B, comma 2.

Le Aziende adottano, in relazione a quanto stabilito al presente punto, i necessari atti formali, entro 30 giorni dalla data della stipula definitiva del presente AIR e li comunicano alla Direzione Centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali per la conseguente informazione alle OO.SS. firmatarie dell'Accordo regionale.

2. Tenuto conto che l'interpretazione della SISAC, fornita in data 3 aprile 2008, non può trovare applicazione retroattiva, si conviene che il Fondo aziendale di cui al punto 1, per il periodo antecedente relativo al quadriennio 2004-2007, corrisponde all'ammontare della spesa sostenuta dalle Aziende determinato in relazione ai compensi erogati ai sensi dell'art. 43, lettera B, comma 1, lettere a), b), c), d), e), f) e g) e comma 5 dell'ACN. Le Aziende finanziano la spesa complessiva derivante dall'applicazione dell'ACN e dall'Accordo regionale già sottoscritto il 23.5.2006, ai fini indicati, con le risorse del proprio bilancio, come stabilito dalla DGR n. 1413/2006.

3. Presso ciascuna Azienda, il Fondo di cui al punto 1 è utilizzato, dall'1.1.2008, con le seguenti modalità:

a) all'interno del Fondo stesso, viene erogata l'attuale quota oraria di ponderazione economica riconosciuta, a titolo di acconto, a tutti i professionisti titolari di rapporto a tempo indeterminato e determinato, secondo le previsioni di cui all'art. 43, lettera B, comma 5, dell'ACN 23.3.2005 e successive modificazioni. Tale quota viene confermata, a regime, nell'importo consolidato dal 31.12.2005 ed attribuita a fronte degli obiettivi stabiliti dall'Accordo regionale attuativo dd. 23.5.2006 nella parte denominata "Art. 43 – Compensi per incarichi a tempo indeterminato per i professionisti" (pag. 19, Accordo regionale cit.);

b) il Fondo, oltre alle quote orarie definite alla lettera a), spettanti a tutti i professionisti convenzionati, remunera le prestazioni elencate dal comma 1, dell'art. 43, lettera B, comprese nelle lettere a), b), c), d), e), f) e g).

La quota del Fondo che annualmente rimane disponibile dopo la liquidazione di quanto previsto al presente punto 3, lettere a) e b) ed accertata formalmente, a consuntivo al 31 dicembre di ogni anno, dalle singole Aziende, va ad incrementare, con separata evidenza, il Fondo dell'anno successivo per essere utilizzata, nell'anno stesso, per la corresponsione dei compensi inerenti alle prestazioni elencate all'art. 43, lettera B, comma 1, lettere da a) a g), dell'ACN.

Il "Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie", determinato con le modalità previste dall'art. 43, lettera B, commi 1 e 2, dell'ACN costituisce tetto di spesa invalicabile per quanto attiene alla remunerazione delle quote orarie di ponderazione di cui all'art. 43, lettera B, comma 5, ed in relazione ai compensi erogati per le prestazioni e per le indennità di cui al medesimo art. 43, lettera B, comma 1, lettere a), b), c), f).

Le Aziende che accertano formalmente, a consuntivo al 31 dicembre di ogni anno, una spesa superiore a quella costituita dalla quota del "Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie", determinato con le predette modalità dell'ACN, sono autorizzate a finanziare detto importo quale incremento del Fondo, per l'anno di riferimento, solo per l'erogazione dei compensi correlati alle prestazioni di cui all'art. 43, lettera B, comma 1, lettere d), e), g), essendo le stesse strettamente finalizzate al raggiungimento degli obiettivi concordati sulla base dell'Accordo regionale attuativo dd. 23.5.2006. L'importo necessario, a tal fine quantificato, deve essere indicato con separata evidenza e non si storicizza.

4. Tenuto conto della situazione di incertezza e criticità rilevata in premessa venutasi a determinare ai fini dell'attuazione, a livello aziendale, delle disposizioni contenute nell'Accordo regionale attuativo dd. 23.5.2006, e constatato che, in particolare, non si sono raggiunte le finalità previste dall'intesa regionale sullo svolgimento dei progetti e programmi destinati al miglioramento dell'efficienza dell'offerta di prestazione ed alla riduzione dei tempi d'attesa, per rispondere agli impegni già assunti per dare corso alle attività connesse, ai sensi degli artt. 8, comma 3, e 31 dell'ACN, si stabilisce, con la presente ipotesi di Accordo, un apposito finanziamento aggiuntivo regionale, a valere per gli anni 2011, 2012 e 2013.

Tale finanziamento regionale, distinto e separato dal Fondo ACN e che non si storicizza, tenuto conto degli obiettivi da raggiungere e delle attività aggiuntive da espletare viene quantificato

34 

forfetariamente in complessivi euro 120.000,00 annuali (al lordo degli oneri riflessi e previdenziali) e viene assegnato alle singole Aziende in relazione al monte ore settimanale censito al 31.12.2010 di cui alla Tabella sotto riportata. L'articolazione del finanziamento per Azienda e per anno è indicata come segue:

Denominazione Azienda	n. ore/sett.	2011	2012	2013
Azienda 1 "Triestina"	213	19.452,064	19.452,064	19.452,064
Aziendaosped.universitaria Trieste	65	5.936,112	5.936,112	5.936,112
Azienda 4 "Medio Friuli"	472	43.104,98	43.104,98	43.104,98
Azienda 5 "Bassa Friulana"	106	9.680,396	9.680,396	9.680,396
Azienda 6 "Friuli Occidentale"	458	41.826,444	41.826,444	41.826,444
Totale	1.314	120.000,00	120.000,00	120.000,00

Il finanziamento disponibile annualmente viene utilizzato da ciascuna Azienda per i servizi sanitari per raggiungere prioritariamente il seguente progetto finalizzato e vincolato ex art. 31 dell'ACN:

- attuazione dei progetti per ridurre i tempi di attesa delle prestazioni erogate dai professionisti attraverso interventi di miglioramento dell'appropriatezza, integrazione delle attività con altri professionisti e potenziamento delle prestazioni erogate
- flussi informativi ivi compresi l'inserimento dei dati nei sistemi gestionali aziendali, la certificazione on line, le prenotazioni, le cartelle cliniche, il fascicolo sanitario elettronico e il fascicolo biosociale

Le Aziende possono individuare ulteriori progetti in base alle esigenze locali, qualora il finanziamento regionale annuale non possa essere interamente utilizzato per l'obiettivo prioritario sopra indicato. Le Aziende effettuano il monitoraggio ed il controllo sulle attività connesse ai progetti in questione e provvedono a rendicontare, alla Regione, l'utilizzo del finanziamento distintamente per ogni progetto attuato.

Per quanto attiene all'obiettivo regionale finalizzato e vincolato sulla riduzione dei tempi d'attesa, si specifica quanto segue:

I professionisti che aderiranno a tale progetto si impegnano a:

- incrementare la produttività oraria nel rispetto degli standard qualitativi
- effettuare un numero di ore aggiuntivo rispetto a quello previsto dal normale orario di incarico del professionista.

Le Aziende, nell'ambito della trattativa di negoziazione locale, individuano, in dettaglio, le quote da destinare a ciascun progetto, gli obiettivi, gli indicatori di misurazione del raggiungimento dei risultati al fine dell'erogazione dei compensi previsti e le modalità tecniche inerenti al sistema di monitoraggio e controllo delle attività. Per quanto attiene ai compensi da destinare all'acquisto delle prestazioni aggiuntive, le Aziende li stabiliranno entro il tetto economico massimo orario stabilito dal CCNL dd. 3.11.2005 dalla dirigenza sanitaria dipendente del SSN.

Si conviene che la partecipazione ai progetti avvenga sulla base dell'adesione volontaria del professionista, il quale mediante tale opzione si impegna, altresì, a collaborare attivamente agli adempimenti di monitoraggio e controllo sui progetti in questione in relazione alla rendicontazione del finanziamento regionale annuale assegnato all'Azienda sulla base della presente ipotesi di Accordo.

I progetti da attuare a valere sul finanziamento 2011, verranno adottati dalle Aziende entro 90 giorni dalla data della stipula definitiva del presente Accordo regionale. Le Aziende forniranno, alla Direzione Centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, i relativi atti aziendali per la conseguente informazione alle OO.SS. firmatarie dell'Accordo regionale.

Le eventuali risorse non utilizzate per obiettivi non raggiunti in relazione alla progettualità del triennio 2011, 2012 e 2013 costituiranno disponibilità per la programmazione dell'anno successivo.

5. Il presente Accordo regionale sostituisce interamente la disciplina contenuta nel precedente Accordo dd. 23.5.2006 (approvato con DGR n. 1413/2006) nelle parti:

- "Art. 43 – Compensi per incarichi a tempo indeterminato per i professionisti", fatta eccezione per gli obiettivi indicati nella medesima parte (pag. 19, Accordo regionale cit.) che costituiscono riferimento per la corresponsione dell'attuale quota oraria di ponderazione economica riconosciuta, a tutti i professionisti titolari di rapporto a tempo indeterminato e determinato, secondo le previsioni di cui all'art. 43, lettera B, comma 5 dell'ACN;

- "Allegato 2" – fondo aziendale per la ponderazione qualitativa delle quote orarie – professionisti ambulatoriali – art. 43 – monte ore al 31.12.2003" .

Le Aziende provvedono ad inoltrare alla Regione entro il 30 aprile di ogni anno l'atto relativo alla costituzione del Fondo aziendale per la ponderazione qualitativa delle quote orarie.

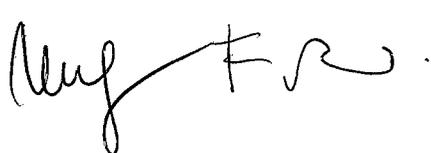
4.3 Risorse per la contrattazione integrativa regionale (ACN 8.7.2010 – biennio economico 2008-2009)

La quota d'obbligo per AIR pari all'1,2% della spesa sostenuta nel 2007 per l'ACN e per l'AIR, stimata in € 82.021,99 (**più oneri riflessi e previdenziali**) per i medici specialisti ed in € 27.216,56 (**più oneri riflessi e previdenziali**) per le altre professionalità, di cui alla lettera C) del paragrafo 1.7.2 del presente AIR fa riferimento alla disponibilità di risorse riservate alla contrattazione integrativa regionale ai sensi dell'art. 8, comma 1, TABELLE B) e D).

Esse vengono utilizzate per la realizzazione degli obiettivi dell'ACN con particolare riferimento ai coordinatori delle Aggregazioni Funzionali Territoriali o al coordinatore unico aziendale ed ai flussi informativi ivi compresi l'inserimento dei dati nei sistemi gestionali aziendali, la certificazione on line, le prenotazioni e le cartelle cliniche (vedi paragrafo 1.7.2). Sul punto si fa rinvio agli obiettivi degli AIA.

Medici specialisti ambulatoriali

Denominazione Azienda	n. ore/sett. 31/12/2010	Quota AIR
Azienda 1 "Triestina"	861,50	22.311,95
Azienda 2 "Isontina"	416,50	10.786,91
Azienda 3 "Alto Friuli"	154	3.988,44
Azienda 4 "Medio Friuli"	810,50	20.991,11
Azienda 5 "Bassa Friulana"	325	8.417,16
Azienda 6 "Friuli Occidentale"	599,50	15.526,42
Totale	3.167	82.021,99

36   

Altre professionalità (biologi, chimici e psicologi)

Denominazione Azienda	n. ore/sett. 31/12/2010	Quota AIR
Azienda 1 "Triestina"	213	4.411,82
Azienda ospedaliero-universitaria di Trieste	65	1.346,33
Azienda 4 "Medio Friuli"	472	9.776,42
Azienda 5 "Bassa Friulana"	106	2.195,55
Azienda 6 "Friuli Occidentale"	458	9.486,44
Totale	1.314	27.216,56

Per quanto attiene alle Aggregazioni Funzionali Territoriali, si rinvia al successivo paragrafo 6.2.2 Incentivi per i coordinatori dell'AFT, mentre per quanto attiene al coordinatore unico aziendale si rimanda al paragrafo 6.3.

In relazione, invece, agli altri obiettivi sui flussi informativi ivi compresi l'inserimento dei dati nei sistemi gestionali aziendali, la certificazione e la prescrizione on line, le prenotazioni, le cartelle cliniche e il fascicolo sanitario elettronico, si rinvia al successivo paragrafo 7 Accordi Integrativi Aziendali (obiettivi obbligatori)

4.4 Ulteriori risorse aggiuntive regionali per la realizzazione di progettualità regionali/aziendali

Con riferimento al punto **D)** del **paragrafo 1.7.2** del presente AIR, sono messe a disposizione delle Aziende per i servizi sanitari le seguenti ulteriori risorse aggiuntive regionali: € 79.915,00 (**più oneri riflessi e previdenziali**) per i medici specialisti ambulatoriali e € 21.965,00 (**più oneri riflessi e previdenziali**) per le altre professionalità per la realizzazione di progettualità regionali/aziendali tramite gli AIA. Tali risorse vengono così suddivise:

Medici specialisti ambulatoriali

Denominazione Azienda	n. ore/sett. 31/12/2010	Quota AIR
Azienda 1 "Triestina"	861, 50	21.738,80
Azienda 2 "Isontina"	416,50	10.509,82
Azienda 3 "Alto Friuli"	154	3.885,98
Azienda 4 "Medio Friuli"	810,50	20.451,88
Azienda 5 "Bassa Friulana"	325	8.200,94
Azienda 6 "Friuli Occidentale"	599,50	15.127,58
Totale	3.167	79.915,00



Altre professionalità (biologi, chimici e psicologi)

Denominazione Azienda	n. ore/sett. 31/12/2010	Quota AIR
Azienda 1 "Triestina"	213	3.560,54
Azienda ospedaliero-universitaria di Trieste	65	1.086,55
Azienda 4 "Medio Friuli"	472	7.890,02
Azienda 5 "Bassa Friulana"	106	1.771,91
Azienda 6 "Friuli Occidentale"	458	7.655,99
Totale	1.314	21.965,00

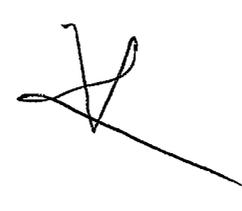
4.5 Contributi previdenziali (art. 48 ACN 2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI)

L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale costituisce parte integrante del costo della convenzione come definita dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.

4.6 Disposizioni generali

Le Aziende non possono remunerare nuovamente, per gli stessi contenuti, gli istituti disciplinati dall'ACN e dall'AIR.

Gli importi erogati non dovuti devono essere recuperati.

38   FR 

5. PROGRAMMI E PROGETTI FINALIZZATI (art. 31, comma 3)

I progetti finalizzati previsti dall'AIR rappresentano un'opportunità di crescita sia organizzativa, sia professionale dell'area della specialistica ambulatoriale e delle altre professionalità, in quanto attraverso azioni che presuppongono la partecipazione attiva e congiunta sia dello specialista ambulatoriale/professionista sia dei medici/professionisti dipendenti perseguono più elevati livelli di appropriatezza clinica, delle prescrizioni farmaceutica, di riduzione dei tempi d'attesa.

Ai sensi dell'art. 31, commi 1 e 3, dell'ACN la programmazione regionale ed aziendale può prevedere lo svolgimento di progetti e programmi finalizzati, demandando alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione secondo quanto disposto dall'art. 14 dell'ACN.

Gli Accordi Integrativi Aziendali, conformemente alle linee d'indirizzo dell'Accordo Integrativo Regionale, individuano le prestazioni e le attività individuali o di gruppo per raggiungere specifici obiettivi e le modalità di esecuzione e remunerazione delle stesse.

5.1 Obiettivi e modalità dei progetti per i medici specialisti ambulatoriali

Sono confermate le disposizioni:

- dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006 nella parte recante "Art. 31, comma 3 – Programmi e progetti finalizzati", così come modificato con l'AIR reso esecutivo con DGR n. 819/2008 nella parte – punto 4;
- dell'AIR reso esecutivo con DGR n. 819/2008 nella parte – punto 4 – recante le disposizioni di carattere finanziario e l'individuazione degli obiettivi regionali su cui prioritariamente le Aziende debbono articolare i progetti finalizzati ex art. 31.

I progetti dovranno essere articolati in maniera da:

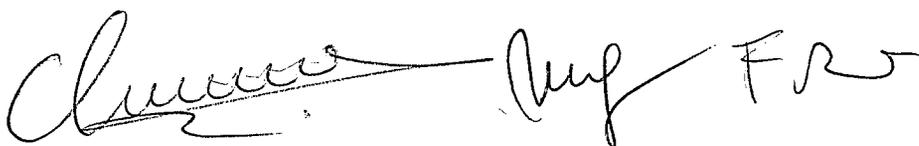
- descrivere gli obiettivi e i risultati attesi;
- descrivere le modalità di svolgimento e di realizzazione del progetto;
- indicare le risorse impiegate;
- indicare la durata e lo sviluppo temporale dell'attività con eventuale esplicitazione di fasi, risultati intermedi, ecc.. I progetti hanno, di norma, la durata di un anno. Possono essere rinnovati con le modalità previste nel presente AIR;
- indicare la metodologia e modalità adeguate di verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;
- il budget assegnato al progetto e le modalità di remunerazione degli specialisti aderenti.

Le Aziende non possono individuare progetti con cui remunerare attività e prestazioni comprese nei compiti e doveri connessi al rapporto convenzionale.

E' demandato all'autonomia della singola Azienda la possibilità di finanziare obiettivi aziendali anche integrando il fondo come nei paragrafi successivi determinato con risorse aggiuntive all'interno della disponibilità di bilancio. Sul punto si rinvia al successivo paragrafo 7 Accordi Integrativi Aziendali.

5.2 Finanziamento aggiuntivo regionale dei progetti per i medici specialisti ambulatoriali

Si conviene di modificare l'articolazione del finanziamento per Azienda e per anno come da tabella di seguito riportata che tiene conto del monte ore settimanale al 31.12.2010 relativo agli incarichi a tempo indeterminato e determinato:



Medici specialisti ambulatoriali

Denominazione Azienda	n. ore/sett.	2011	2012	2013
Azienda 1 "Triestina"	861, 50	102.006,133	102.006,133	102.006,133
Azienda 2 "Isontina"	416,50	49.318,133	49.318,133	49.318,133
Azienda 3 "Alto Friuli"	154	18.238,133	18.238,133	18.238,133
Azienda 4 "Medio Friuli"	810,50	95.967,733	95.967,733	95.967,733
Azienda 5 "Bassa Friulana"	325	38.484,533	38.484,533	38.484,533
Azienda 6 "Friuli Occidentale"	599,50	70.985,333	70.985,333	70.985,333
Totale	3.167	375.000,00	375.000,00	375.000,00

Tale finanziamento regionale, distinto e separato dal Fondo ACN e che non si storicizza, tenuto conto degli obiettivi da raggiungere e delle attività aggiuntive da espletare è quantificato forfetariamente in complessivi euro 375.000,00 annuali (**al lordo degli oneri riflessi e previdenziali**).

Le eventuali risorse non utilizzate in relazione alla progettualità 2008-2010 di cui all'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006, accertate a consuntivo 2010, potranno essere impiegate nel 2011 per i progetti definiti con i nuovi Accordi Aziendali stipulati ai sensi del presente AIR. Le Aziende non possono in assenza di nuovi Accordi Aziendali trasferire nel 2011 la progettualità dell'annualità precedente.

Le Aziende possono utilizzare il finanziamento regionale annuale anche per conferire per pacchetti ore tramite incarichi a tempo determinato su specifici progetti/programmi, in particolare, finalizzati al contenimento delle liste d'attesa. Per tale tipologia d'incarico verrà creata un'apposita codifica INSIEL.

Le Aziende procedono a rendicontare entro il 31 maggio dell'anno successivo lo stato di utilizzo, per ciascun anno del triennio 2011-2013, del finanziamento regionale.

In sede di prima applicazione del presente AIR, i progetti da attuare a valere sul finanziamento 2011, verranno adottati dalle Aziende entro 90 giorni dalla data della stipula definitiva del medesimo Accordo regionale.

Norma transitoria

Le Aziende procedono entro il 30 giugno 2011 a liquidare i corrispettivi spettanti ai destinatari della progettualità finanziata con lo stanziamento aggiuntivo regionale per il triennio 2008-2010 e provvedono, conseguentemente, a rendicontare, nel mese successivo, alla Regione l'utilizzo del predetto stanziamento regionale. Ferma rimane l'eventuale liquidazione dei compensi in periodo successivo per progettualità la cui scadenza sia fissata oltre il termine sopraindicato, per la quale l'Azienda provvederà a produrre, alla Regione, la relativa rendicontazione nel mese successivo alla predetta liquidazione.

5.3 Obiettivi e modalità dei progetti per le altre professionalità

Si fa rinvio al precedente paragrafo 4.2 del presente AIR.

Le Aziende possono utilizzare il finanziamento regionale annuale anche per conferire per pacchetti ore tramite incarichi a tempo determinato su specifici progetti/programmi, in particolare, finalizzati al contenimento delle liste d'attesa. Per tale tipologia d'incarico verrà creata un'apposita codifica INSIEL.

Le Aziende procedono a rendicontare entro il 31 maggio dell'anno successivo lo stato di utilizzo, per ciascun anno del triennio 2011-2013, del finanziamento regionale.

40  



6. AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT) (art. 30 bis)

6.1 Costituzione, principi, obiettivi e strumenti delle AFT (art. 30 bis)

Il nuovo ACN del 29.7.2009 prevede che tutti i medici specialisti ambulatoriali e gli psicologi convenzionati partecipino **obbligatoriamente** alle aggregazioni funzionali territoriali secondo modalità stabilite dagli accordi regionali che tengono conto delle specificità delle realtà locali (comma 3 dell'art. 30 bis).

- a) Le AFT sono **istituite** da ciascuna Azienda Sanitaria, con apposito provvedimento, in considerazione delle proprie specificità oro-geografiche e demografiche e degli obiettivi aziendali di pianificazione e riorganizzazione, realizzabili anche in sinergia con gli Accordi Integrativi Aziendali. Le AFT hanno dimensione interdistrettuale o aziendale (se del caso, in base a quanto suindicato, l'Azienda può costituire un'unica AFT coincidente con il territorio aziendale).
- b) Gli **obiettivi** per i quali i medici specialisti ambulatoriali e gli psicologi convenzionati aderiscono alle AFT sono espressamente previsti al comma 6 del citato art. 30 bis:
- promuovere l'equità nell'accesso dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei LEA, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione interdisciplinare e con l'assistenza ospedaliera;
 - promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance", sia tra i professionisti appartenenti alla stessa branca, sia tra i professionisti appartenenti a branche diverse impegnati nell'affrontare problemi comuni sotto il profilo diagnostico, clinico e terapeutico;
 - promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
 - promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi ed al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.
 - eventuale conseguimento di ulteriori obiettivi definiti dagli Accordi Integrativi Aziendali.
- c) Le AFT perseguono i loro scopi, di cui sopra, mediante (art. 30 bis, comma 7) i seguenti **strumenti**:
- Accordi Integrativi Aziendali attraverso i quali si concordano gli obiettivi di governo clinico e di qualità dell'assistenza;
 - Incontri periodici delle AFT nei quali condividere le proprie attività, svolgere attività di peer review, valutare i risultati ottenuti e socializzare le modalità per conseguire dei miglioramenti, definire suggerimenti da proporre nel tavolo di coordinamento aziendale;
 - Incontri periodici tra il/i delegato/i delle AFT ed il tavolo di coordinamento aziendale per il monitoraggio degli obiettivi degli Accordi Integrativi Aziendali;
 - la partecipazione a programmi di formazione/ricerca concordati con il Direttore sanitario e coerenti con la programmazione regionale ed aziendale e con le finalità di cui al comma 6 dell'art. 30 bis dell'ACN 29.7.2009. I programmi di aggiornamento/formazione devono essere ricompresi nella formazione obbligatoria così come prevista dall'art. 33 dell'ACN citato.

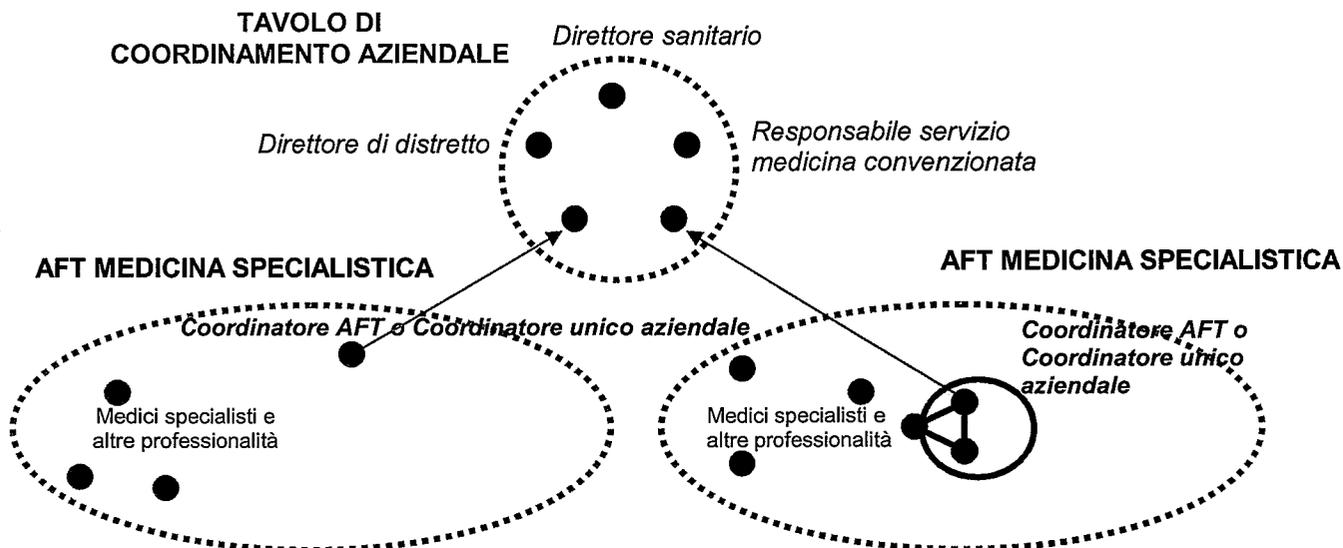


6.2 Organizzazione delle AFT e del Tavolo di coordinamento aziendale

- a) Le Aggregazioni Funzionali Territoriali sono dei “**legami funzionali**” tra medici specialisti ambulatoriali e gli psicologi convenzionati e fondano le proprie modalità organizzative su strumenti, così come denominati dalla letteratura, di tipo “soft”, quali:
- incontri periodici;
 - audit interno;
 - momenti di peer review.
- Esse si differenziano, pertanto, dalle “strutture organizzative”, quali le UCCP, in quanto non prevedono modifiche strutturali delle modalità organizzative ed operative del lavoro dei medici specialisti ambulatoriali e gli psicologi convenzionati, ma agiscono prettamente su aspetti di natura clinica e di formazione continua.
- b) L'**adesione obbligatoria** di tutti i medici specialisti ambulatoriali e degli psicologi convenzionati è prevista dall'art. 30 bis, comma 2, dell'ACN.
- c) Le AFT costituiscono un momento di raccordo funzionale tra i medici specialisti ambulatoriali e gli psicologi convenzionati di uno specifico territorio.
- d) Ogni AFT, ai sensi dell'art. 30 bis, comma 4, è coordinata dal coordinatore aziendale, qualora previsto dalle norme regionali, o distrettuale di cui all'art. 28, comma 2, dell'ACN 23.3.2005 e s.m.e.i.; in assenza di coordinatore aziendale da uno dei rappresentanti partecipanti all'UCAD. La funzione di coordinamento viene garantita con compiti di raccordo funzionale delle AFT nonché di integrazione e di coordinamento tra l'AFT e gli obiettivi, la programmazione e l'organizzazione aziendale. Il **coordinatore della AFT** ha, in sostanza, i ruoli di:
- Coordinamento del lavoro dell'AFT;
 - rappresentanza dei medici specialisti ambulatoriali e psicologi convenzionati all'interno del Tavolo di coordinamento aziendale, in particolare per quanto concerne la definizione dei contenuti tecnici e l'analisi dell'andamento degli Accordi integrativi aziendale con riferimento agli obiettivi concordati per le AFT.
- e) Entro il 31.12 di ogni anno le AFT concordano con la direzione sanitaria il calendario, i contenuti e la sede degli **incontri** per l'anno successivo. Le riunioni devono essere almeno 2 per anno. Le Aziende garantiscono le sostituzioni per la durata degli incontri nonché una sede per le riunioni. Nelle riunioni può partecipare il direttore sanitario o un suo delegato. Le AFT svolgono **attività** di audit clinico, di peer review, di analisi dei report inviati dalle Aziende in relazione al progressivo raggiungimento degli obiettivi definiti. Forniscono, inoltre, attraverso il proprio coordinatore, proposte di miglioramento della qualità dei servizi.
- f) **Entro 60 giorni** dall'entrata in vigore del presente Accordo le ASS, sentito il parere del Comitato consultivo zonale, istituiscono le AFT sulla base dei criteri previsti dalla lettera a) e comunicano i relativi provvedimenti alla Direzione Centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali.
- g) Al fine di garantire un maggiore coordinamento tra le AFT e le Aziende sanitarie, in un'ottica di condivisione della programmazione territoriale ed specificatamente dell'assistenza primaria, il/i coordinatore/i delle AFT partecipano ad un **tavolo di coordinamento aziendale**, presieduto dal Direttore Sanitario, nel quale si svolgono attività di programmazione e di monitoraggio dell'assistenza convenzionata. Le Aziende, d'intesa con le OO.SS., definiscono la composizione e le modalità di lavoro nonché il numero degli incontri del tavolo di coordinamento aziendale, in relazione agli obiettivi concordati per le AFT attraverso gli AIA.

Fig. 6.2 Esempificazione di AFT e di un Tavolo di coordinamento aziendale

42 



6.2.1 Coordinatori delle AFT (art. 30 bis, comma 4)

Le Aziende, entro 30 giorni dall'istituzione dell'AFT, invitano le AFT a presentare il nominativo del candidato coordinatore delle AFT scelto sulla base dei seguenti criteri preferenziali:

- Presenza di almeno 3 anni di servizio nell'Azienda;
- Curriculum vitae;
- Dichiarazione di disponibilità;
- Incarico a tempo indeterminato
- Non essere affidatario di incarico di Responsabile di Branchia.

Nei casi in cui:

- i candidati non siano in possesso dei requisiti sopra riportati;
- i candidati non abbiano un curriculum valutato positivamente;
- le AFT non presentino i nominativi di alcun candidato;

le Aziende possono definire altri criteri per la nomina dei coordinatori delle AFT d'intesa con le OO.SS.

I **compiti** di raccordo funzionale e professionale del coordinatore si sostanziano principalmente nel:

- a) Promuovere e facilitare un costruttivo rapporto con i medici specialisti e gli psicologi convenzionati coinvolti nell'AFT;
- b) Favorire il raggiungimento, per la propria AFT, degli obiettivi definiti dall'Accordo Integrativo Aziendale;
- c) Promuovere e facilitare le iniziative tra i i medici specialisti e gli psicologi convenzionati dell'AFT e l'Azienda;
- d) Interfacciarsi con l'Azienda, nell'ambito del Tavolo di Coordinamento Aziendale, per le problematiche inerenti le esigenze emerse nell'ambito dell'AFT;
- e) Concordare entro il 31.12 con il direttore sanitario il calendario ed il programma degli incontri dell'anno a venire;
- f) Redigere un verbale per ciascun incontro e inviarlo al direttore di distretto entro i 60 giorni successivi alla riunione;
- g) Redigere una relazione annuale da inviare via e-mail entro il 30.1 di ogni anno al direttore sanitario nella quale descrivono l'andamento delle AFT in relazione agli obiettivi degli AIA.

[Firme manoscritte]

6.2.2 Incentivi per i coordinatori AFT

A ciascun coordinatore dell'AFT vengono corrisposte:

- a) una quota fissa, per le funzioni di coordinamento di cui al paragrafo 6.2.1, pari ad € 4.000 annue comprensive della quota Enpam. Tale quota è da corrispondere mensilmente per la frazione corrispondente;
- b) una quota aggiuntiva variabile pari ad € 3.000 annue, comprensiva di contributi Enpam, per il raggiungimento, da parte dell'AFT da lui coordinata, degli obiettivi definiti dall'Accordo Integrativo Aziendale. Tale quota è da corrispondere a fine anno, previa verifica dell'Azienda del pieno raggiungimento dell'AFT degli obiettivi stabiliti dall'AIA.
- c) Le remunerazioni dei delegati AFT sono finanziate con risorse del presente Accordo Integrativo Regionale (quota d'obbligo per AIR pari all'1,2% della spesa sostenuta nel 2007 per l'ACN e per l'AIR).
- d) La durata dell'incarico del delegato AFT è a tempo determinato e viene stabilita a livello aziendale.

6.3 Coordinatore unico aziendale

Ferme restando le disposizioni dell'ACN che assegnano le specifiche funzioni al rappresentante degli specialisti nell'ambito dell'UCAD (art. 28, comma 2, ACN), nell'ambito delle AFT (art. 30 bis ACN) nonché nell'ambito dell'UCCP (art. 31 bis ACN), le parti convengono che, ai fini di garantire un effettivo ed uniforme funzionamento, a livello aziendale, delle attività di coordinamento organizzativo e funzionale, l'Azienda in accordo con le OO.SS. rappresentative ai sensi dell'art. 34, comma 13, dell'ACN istituisce la figura del "Coordinatore unico aziendale" nel quale vengono assorbite le funzioni suddette disciplinate dai citati artt. 28, 30 bis e 31 bis dell'ACN.

Le Aziende disciplinano entro 60 gg. dalla stipula definitiva dell'AIR l'istituzione della figura del "Coordinatore unico aziendale", avuto riguardo ai seguenti presupposti:

- una parte dell'orario di servizio svolto nell'Azienda, quantificata dalla medesima amministrazione in accordo con le OO.SS. rappresentative a livello aziendale, del Coordinatore unico aziendale viene utilizzata dallo stesso per lo svolgimento delle attività connesse a tale funzione. La predetta quota oraria finalizzata all'esercizio delle funzioni del Coordinatore unico viene quantificata sulla base delle caratteristiche dell'organizzazione distrettuale (numero dei distretti), del numero degli specialisti, del monte ore del personale specialista convenzionato sussistente presso la singola Azienda;
- il Coordinatore unico aziendale viene individuato tra gli specialisti affidatari di incarichi a tempo indeterminato per un monte orario mensile medio minimo di 24 ore;
- eventuali ulteriori requisiti e titoli possono essere individuati nell'ambito dell'accordo aziendale di istituzione di tale figura.

Le parti ribadiscono le disposizioni relative alle funzioni assegnate al Responsabile di Branca che debbono trovare puntuale applicazione in ambito aziendale.

In deroga, qualora la disponibilità di figure a livello locale non sia sufficiente a coprire le funzioni assegnate al Responsabile di Branca, esse possono venir temporaneamente attribuite al Coordinatore unico aziendale. In quest'ultimo caso, decade l'incompatibilità tra le due figure del "Coordinatore unico aziendale" e del "Responsabile di Branca".

Al Coordinatore unico aziendale spetta un compenso pari a € 12.000 annue comprensive della quota Enpam. Il 70% dell'anzidetto compenso viene erogato in quota fissa da corrispondere mensilmente per la frazione corrispondente ed il 30% in quota variabile è connesso al grado di realizzazione degli obiettivi concordati annualmente in ambito aziendale, sulla base delle modalità e procedure disciplinate in sede di istituzione della figura del Coordinatore unico aziendale. Il compenso assorbe gli incentivi previsti per i coordinatori AFT e per i rappresentanti nell'ambito UCAD e, ove si agisca in deroga, anche del corrispettivo spettante al Responsabile di Branca.

Il compenso spettante al Coordinatore unico fa carico alle risorse di cui alla quota d'obbligo indicata al punto 1.7.2 lettera C).

La durata dell'incarico è a tempo determinato e viene stabilita a livello aziendale.

44 

7. ACCORDI INTEGRATIVI AZIENDALI

L'Accordo Integrativo Regionale (AIR) intende recepire ed integrare gli obiettivi e le linee programmatiche definite dall'ACN del 29 luglio 2010 in coordinamento sinergico con il nuovo Piano Sanitario e Socio-Sanitario Regionale 2010-2012 (DGR n. 465/2010 e con le linee regionali annuali per la gestione.

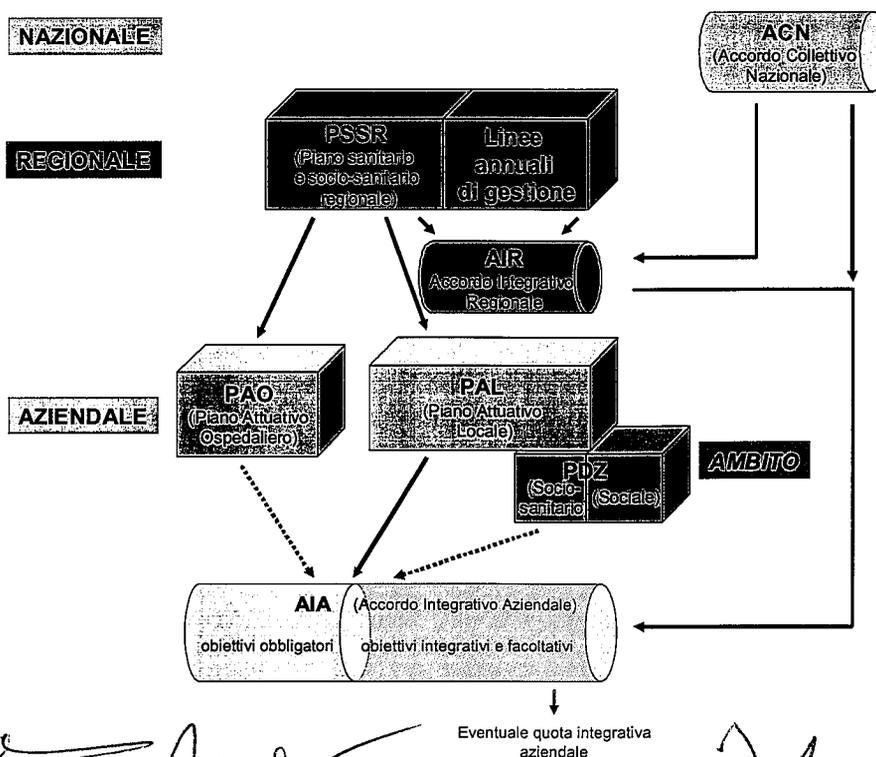
L'AIR costituisce un documento di programmazione regionale, nonché la cornice normativa della Medicina Convenzionata, all'interno della quale le Aziende, in sintonia con i Medici Convenzionati, definiscono gli obiettivi e l'organizzazione dell'assistenza sul territorio.

Gli *Accordi Integrativi Aziendali (AIA)* rappresentano il principale strumento aziendale di programmazione e di governo della medicina convenzionata e, nello specifico, della medicina specialistica ambulatoriale e delle altre professionalità. Essi declinano a livello di assistenza primaria strategie, obiettivi ed azioni previste dalla programmazione regionale e dalla programmazione aziendale, in considerazione anche delle prestazioni individuate con i Livelli Essenziali di Assistenza, i quali rientrano fra i compiti e le attività definite con gli AA.CC.NN. di categoria. Gli AIA, quindi, rappresentano un importante strumento di sintesi, a livello territoriale, tra gli obiettivi ed il modello di riferimento definito dal presente Accordo Integrativo Regionale e la pianificazione aziendale (fig. 7.1) in relazione agli obiettivi di salute, all'impianto organizzativo e ai sistemi di gestione previsti per l'assistenza specialistica convenzionata.

A livello aziendale gli AIA declinano i macro obiettivi del Piano Attuativo Locale in obiettivi per l'assistenza specialistica convenzionata e per le altre professionalità, in un'ottica di stretta integrazione con i Piani di Zona definiti dai diversi ambiti – soprattutto per quanto attiene all'area di assistenza socio-sanitaria –, e con il Piano Attuativo Ospedaliero – in particolare in relazione alla definizione e all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici integrati – (LR n. 23/2004) e ad obiettivi di riorganizzazione dei servizi.

Il coordinamento e la visione sinergica, anche nella definizione degli obiettivi annuali di budget, tra questi strumenti, pongono importanti premesse per la costruzione di un efficace sistema reticolare d'offerta in grado di farsi carico anche dei casi di particolare complessità che richiedono interventi multidisciplinari coordinati.

Fig. 7.1: Collocazione dell'AIA all'interno dei livelli di programmazione regionale ed aziendale



Chiusura
 Aug
 FR
 X

7.1 Struttura degli Accordi Integrativi Aziendali

Gli AIA si articolano in due parti:

I) parte prevista dall'AIR, obbligatoria: Obiettivi di cui al paragrafo 5 connessi ai progetti/programmi ex art. 31, comma 3, ACN finanziati con il correlato stanziamento regionale.

II) parte facoltativa ed integrativa aziendale: le Aziende possono individuare ulteriori progetti a livello locale qualora il finanziamento regionale non possa essere interamente utilizzato per gli obiettivi prioritari indicati dal presente AIR al paragrafo 5 ovvero possono utilizzare risorse proprie derivanti anche da recuperi di margini di efficienza

Gli AIA devono avere carattere strettamente attuativo delle intese regionali. Essi non possono, pertanto, apportare modifiche volte ad incidere su principi, condizioni e limiti stabiliti dalla negoziazione regionale.

7.1.1 AIA: parte prevista dall'AIR. Obiettivi di cui al paragrafo 5 connessi ai progetti/programmi ex art. 31, comma 3, ACN

Ciascuna Azienda stipula con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative un Accordo Integrativo Aziendale, volto alla promozione dei seguenti obiettivi finalizzati:

a) Medici specialisti ambulatoriali:

- ❖ Adozione di criteri di accesso alle prestazioni secondo priorità cliniche
- ❖ Riduzione dei tempi d'attesa con acquisto di prestazioni aggiuntive e pieno impiego delle tecnologie in dotazione del singolo specialista presso la sede ambulatoriale ove opera
- ❖ Ottimale e pieno utilizzo delle attrezzature sanitarie disponibili al fine di evitare ulteriori accessi dell'utenza ai fini il contenimento delle liste d'attesa
- ❖ Flussi informativi ivi compresi l'inserimento dei dati nei sistemi gestionali aziendali, la certificazione e la prescrizione on line, le prenotazioni, le cartelle cliniche e il fascicolo sanitario elettronico.

b) Altre professionalità:

- ❖ attuazione dei progetti per ridurre i tempi di attesa delle prestazioni erogate dai professionisti attraverso interventi di miglioramento dell'appropriatezza, integrazione delle attività con altri professionisti e potenziamento delle prestazioni erogate
- ❖ Flussi informativi ivi compresi l'inserimento dei dati nei sistemi gestionali aziendali, la certificazione on line, le prenotazioni, le cartelle cliniche il fascicolo sanitario elettronico e il fascicolo biosociale.

Gli AIA definiscono specifici **obiettivi** come da esemplificazione sottostante (tabelle 7.1 e 7.1.1) che non presenta carattere vincolante.

46

Handwritten signatures and initials: a large signature on the left, followed by 'mf', 'FR', and a stylized signature on the right.

Tabella 7.1. Aree d'intervento per i medici specialisti ambulatoriali degli Accordi Integrativi Aziendali. Modello di riferimento.

Area d'intervento	Definizione	Dimensioni	Obiettivi	Indicatori	Valori di riferimento	Incentivi
ADOZIONE DI CRITERI DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SECONDO PRIORITA' CLINICHE	<p>Partecipare alla stesura/revisione dei documenti di consenso elaborati a livello aziendale</p> <p>Applicare i criteri dei documenti di consenso elaborati</p> <p>Qualificare la compilazione delle impegnative attraverso l'utilizzo delle classi di priorità definite per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali</p> <p>Eseguire le visite richieste dagli specialisti nei tempi determinati dalla gravità della situazione eventualmente prenotando in aggiunta rispetto alle visite programmate</p>					

Area d'intervento	Definizione	Dimensioni	Obiettivi	Indicatori	Valori di riferimento	Incentivi
B. RIDUZIONE DEI TEMPI D'ATTESA CON ACQUISTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	<p>Incrementare la produttività oraria nel rispetto degli standard qualitativi</p> <p>Effettuare un numero di ore aggiuntivo rispetto a quello previsto nel normale orario di incarico dello specialista</p>					

*Chiuso Aug FR **

Tabella 7.1.1 Aree d'intervento per le altre professionalità degli Accordi Integrativi Aziendali. Modello di riferimento.

Area d'intervento	Definizione	Dimensioni	Obiettivi	Indicatori	Valori di riferimento	Incentivi
A. ATTUAZIONE DEI PROGETTI PER RIDURRE I TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI EROGATE DAI PROFESSIONISTI ATTRAVERSO INTERVENTI DI MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA, INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITÀ CON ALTRI PROFESSIONISTI E POTENZIAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE	<p>incrementare la produttività oraria nel rispetto degli standard qualitativi</p> <p>effettuare un numero di ore aggiuntivo rispetto a quello previsto dal normale orario di incarico del professionista.</p>					

7.1.2 AIA: parte facoltativa ed integrativa aziendale. Obiettivi d'innovazione, d'eccellenza e/o di recupero di efficienze

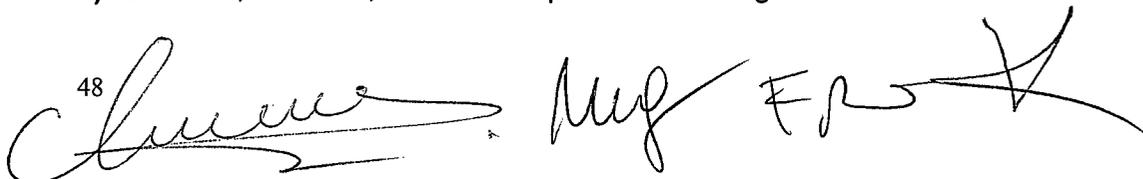
L'Accordo Integrativo Azienda può prevedere, oltre alla parte obbligatoria ulteriori progetti a livello locale qualora il finanziamento regionale non possa essere interamente utilizzato per gli obiettivi prioritari indicati dal presente AIR ovvero possono utilizzare risorse proprie derivanti anche da recuperi di margini di efficienza.

La parte facoltativa ed integrativa si ispira ai seguenti principi:

- Gli AIA non possono apportare modifiche volte ad incidere su principi base, condizioni e limiti stabiliti dalla negoziazione regionale;
- introdurre obiettivi d'innovazione, d'eccellenza e/o di recupero di efficienze. L'Accordo deve porsi come strumento di innovazione e deve, quindi, prevedere la retribuzione di azioni/interventi non già retribuite/i attraverso istituti disciplinati dagli accordi nazionale e/o regionale;
- certificare, da parte delle Aziende, la reale autosostenibilità economica degli obiettivi d'innovazione, d'eccellenza e/o di recupero di efficienze relativi alla parte facoltativa ed integrativa dell'AIA. Non sono ammesse quote integrative finanziate con fondi espressamente richiesti alla Regione;
- utilizzare appositi finanziamenti da bilancio aziendale per la copertura finanziaria della quota integrativa aziendale dell'AIA, nel rispetto del vincolo di pareggio di bilancio e nella garanzia di mantenimento degli attuali LEA;
- riconoscere il diritto all'incentivazione sulla base della oggettiva evidenza dei risultati raggiunti, verificati mediante opportuni sistemi di misurazione e di valutazione.

7.2 Indirizzi per gli AIA (parte obbligatoria e parte facoltativa integrativa)

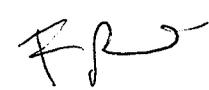
- Le Aziende sono tenute a concludere le trattative per la stipula degli accordi aziendali per la parte obbligatoria entro 90 giorni dalla stipula definitiva del presente AIR.
- L'AIA va sottoscritto dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'ambito delle rispettive Aziende.
- L'AIA ha, di norma, durata corrispondente alla vigenza dell'AIR.

48 

- d) A seconda della tipologia di obiettivi l'AIA può prevedere centri di responsabilità allocati diversamente (in ambito aziendale, distrettuale, ecc.).
- e) Ciascun medico specialista e professionista convenzionato provvederà successivamente a fornire la propria adesione all'AIA mediante apposito contratto con il quale s'impegna a svolgere i compiti e le attività previsti dall'AIA e a partecipare ai relativi progetti aziendali.
- f) Le Aziende stabiliscono obiettivi praticabili, ai quali vanno associati opportuni indicatori qualitativi in grado di consentire un'oggettiva verifica ed una valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi stessi.
- g) Al fine di consentire la verifica degli andamenti in itinere, le Aziende predispongono e consegnano a ciascun medico specialista e professionista aderente all'Accordo almeno un report a cadenza semestrale, con un ritardo "elaborativo" non superiore ai quattro mesi. Il report indicherà, per ciascun obiettivo, il posizionamento del singolo in relazione al valore target definito dall'AIA.
- h) L'AIA dovrà esplicitare le modalità di valutazione e di verifica del raggiungimento degli obiettivi.

7.3 Finanziamento dell'AIA

- a) La parte di AIA prevista dal presente Accordo, e relativa agli obiettivi obbligatori, viene finanziata con la quota finalizzata di cui al paragrafo 5 e secondo le modalità ivi definite.
- b) La parte di AIA, facoltativa per le Aziende ed integrativa rispetto a quanto previsto dall'AIR, è finanziata con eventuali residui derivanti dal finanziamento regionale aggiuntivo una volta stabiliti gli obiettivi obbligatori e/o con risorse aziendali certe e definite, che possono anche derivare dai processi conseguenti al recupero di efficienze.
- c) Nel rispetto dei principi contabili vigenti, ciascuna azienda provvederà, se necessario, alla costituzione di un apposito "Fondo rischi e oneri per l'AIA" relativo ai costi della quota facoltativa integrativa dell'AIA, inserendone l'importo previsto nel Bilancio Economico Preventivo. Le eventuali quote annuali residue di tale fondo vanno a costituire economie per le Aziende.



8. REQUISITI E FUNZIONI MINIME DELL'UNITÀ COMPLESSA DI CURE PRIMARIE (art. 31 bis)

Le UCCP si differenziano sostanzialmente dalle AFT perché, come espressamente previsto dall'ACN 29.7.2009 possono non riguardare esclusivamente i medici specialisti ambulatoriali e le altre professionalità, ma tutti i medici convenzionati (MMG e PLS) ed altre figure professionali sanitarie, amministrative e operatori sociali.

Inoltre, le UCCP costituiscono, nell'ambito del processo di programmazione regionale ed aziendale, uno strumento organizzativo di erogazione dell'assistenza primaria volto ad assicurare l'erogazione dei LEA, la continuità assistenziale nonché l'accesso ai servizi, secondo modelli di UCCP che possono essere anche diversi in relazione alle caratteristiche oro geografiche e demografiche nonché ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.

L'ACN 29.7.2009 demanda alla programmazione regionale la scelta dei modelli di UCCP da realizzare in ambito aziendale, che possono anche differenziarsi per le finalità sopra riportate.

Nelle more della predetta definizione del modello di UCCP, verranno valutate, d'intesa con le Aziende interessate, le proposte per l'avvio sperimentale di tali forme organizzative, i cui oneri faranno carico ai bilanci delle medesime Aziende.

Sulle suddette proposte, sentite le OO.SS. firmatarie del presente AIR, la Regione esprime parere di conformità entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione da parte dell'Azienda interessata.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page. On the left, there is a signature with the number '50' written above it. To its right are several other signatures and initials, including 'Muf', 'FR', and a large stylized signature.

9. FLUSSO INFORMATIVO, TESSERA SANITARIA E RICETTA ELETTRONICA (artt. 28 bis e 28 ter)

Un elemento cardine della nuova organizzazione della specialistica ambulatoriale e delle altre professionalità stabilito dall'ACN del 29 luglio 2009 è costituito dall'adozione e utilizzo delle procedure informatiche.

Fermo restando l'espletamento della propria attività istituzionale in materia prescrittivi, lo specialista ambulatoriale e il professionista garantiscono l'utilizzo di procedure informatiche per le attività di seguito riportate:

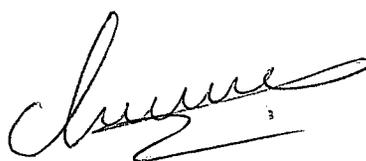
- redazione dei referti clinico-diagnostici;
- rilascio di certificazioni a valenza istituzionale, purchè comprese nei LEA;
- compilazione della cartella clinica.

Al fine di uniformare le procedure in tutte le Aziende sanitarie si dovranno concordare a livello regionale con le OO.SS. di cui all'art. 34 dell'ACN, le modalità operative volte a risolvere le problematiche connesse con gli obiettivi suindicati.

A tal fine, le parti concordano sull'attivazione di un apposito gruppo tecnico per la definizione degli aspetti operativi inerenti all'informatizzazione tramite la definizione degli obiettivi, dei servizi e delle modalità attuative degli artt. 28 bis e 28 ter dell'ACN.

A seguito delle risultanze dei lavori verranno fornite dalla Regione alle Aziende le relative disposizioni.

Le Aziende avranno cura di attivarsi affinché sia assicurato il percorso formativo del personale convenzionato ai fini dell'utilizzo degli strumenti informatici messi loro a disposizione dalle medesime Aziende. L'adozione di tali procedure dovrà essere compatibile con l'espletamento delle attività già consolidate sia in termini di tempo, sia di qualità dell'offerta della prestazione stessa.



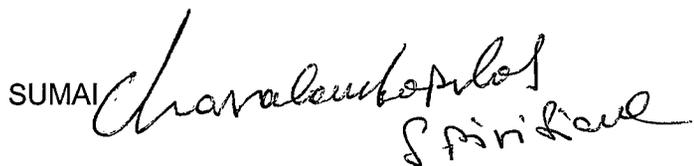
Le parti richiamano le dichiarazioni congiunte n.ri 1, 2, 3 e 4 all'AIR reso esecutivo con DGR n. 1413/2006, dando atto che per quanto attiene la dichiarazione congiunta n. 3 per la tempistica relativa alla trattativa di stipula degli Accordi Integrativi Aziendali si fa riferimento ai termini indicati dal presente AIR.

L'ASSESSORE ALLA SALUTE
ALL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
E ALLE POLITICHE SOCIALI

Prof. Vladimir Kosic



SUMAI



CISL MEDICI



FEDERAZIONE MEDICI aderente UIL FPL

