

REPUBBLICA ITALIANA

# GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

PALERMO - VENERDÌ 30 MARZO 2007 -  
N. 14

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDÌ

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2/E - 90141 PALERMO  
INFORMAZIONI TEL 7074930 - ABBONAMENTI TEL 7074926 INSERZIONI TEL 7074936 - FAX 7074927

## AVVERTENZA

Il testo della Gazzetta Ufficiale è riprodotto **solo a scopo informativo** e non se ne assicura la rispondenza al testo della stampa ufficiale, a cui solo è dato valore giuridico. Non si risponde, pertanto, di errori, inesattezze ed incongruenze dei testi qui riportati, nè di differenze rispetto al testo ufficiale, in ogni caso dovuti a possibili errori di trasposizione

Programmi di trasposizione e impostazione grafica di : **Michele Arcadipane** - Trasposizione grafica curata da:  
**Alessandro De Luca** - Trasposizioni in PDF realizzate con Ghostscript e con i metodi [qui descritti](#)

## DECRETI ASSESSORIALI

### ASSESSORATO DELLA SANITA'

DECRETO 23 febbraio 2007.

**Accordi regionali dei medici specialisti ambulatoriali interni e delle altre professionalità (biologi, chimici e psicologi) ambulatoriali, stipulati ai sensi dell'accordo collettivo nazionale 23 marzo 2005.**

L'ASSESSORE PER LA SANITA'

Visto lo Statuto della Regione;

Visto l'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229;

Visto l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici e psicologi) ambulatoriali, reso esecutivo in data 23 marzo 2005 a seguito dell'intesa sancita, ai sensi dell'art. 2-nonies della legge 26 maggio 2004, n. 138, dalla Conferenza permanente Stato-Regioni;

Visto l'art. 14 del predetto A.C.N. che individua gli istituti contrattuali la cui disciplina è demandata alla contrattazione decentrata regionale;

Visto l'art. 33, comma 10, del citato A.C.N., ai sensi del quale le regioni e le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale concordano annualmente l'ammontare dello specifico finanziamento destinato alla formazione continua;

Visto l'art. 34, comma 12, dell'A.C.N. 23 marzo 2005, ai sensi del quale sono legittimate alla trattativa ed alla stipula degli accordi regionali le organizzazioni sindacali firmatarie del predetto A.C.N. in possesso dei requisiti di rappresentatività di cui al comma 10 dello stesso art. 34;

Vista la nota del 29 settembre 2005, con cui la struttura interregionale sanitari convenzionati (S.I.S.A.C.) ha comunicato che sono titolate a partecipare alle negoziazioni degli accordi regionali le OO.SS. firmatarie dell'accordo nazionale;

Visti i verbali delle riunioni di contrattazione decentrata regionale tenutesi presso i locali dell'Assessorato regionale della sanità finalizzate alla stesura dei predetti accordi regionali; Considerato che nel corso delle citate riunioni sono stati sottoscritti dei protocolli di intesa riguardanti gli istituti contrattuali di seguito elencati e che hanno formato oggetto di altrettanti accordi regionali:

- flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità (art. 17);
- assegnazione di turni disponibili a tempo indeterminato e a tempo determinato (art. 22, comma 4);
- trasformazione degli incarichi da tempo determinato a tempo indeterminato (art. 23, comma 13);
- comitato consultivo regionale (art. 25, commi 5, 6 e 7);
- ruolo professionale dello specialista ambulatoriale (art. 28);
- doveri e compiti dei professionisti (art. 29);
- responsabile di branca: funzioni, compiti e compensi (art. 30, commi 2 e 15);
- programmi e progetti finalizzati (art. 31);
- indennità di disagio massima sede (art. 42, comma 11);
- fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie (artt. 42, lett. B e 43, lett. B);

Visto l'art. 42, lett. B, comma 3, dell'A.C.N. 23 marzo 2005, in base al quale, in ciascuna regione, il fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie deve essere incrementato dell'ammontare delle risorse già impiegate per integrare i tetti previsti nel D.P.R. n. 271/2000, per effetto degli accordi regionali vigenti, inerenti ai programmi e progetti finalizzati di cui all'art. 31 del presente accordo;

Visto l'art. 43, lett. B, comma 3, dell'A.C.N. 23 marzo 2005 in base al quale, in ciascuna regione, il fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie deve essere incrementato dell'ammontare delle risorse già impiegate per integrare i tetti previsti nel D.P.R. n. 446/2001, per effetto degli accordi regionali vigenti, inerenti ai programmi e progetti finalizzati di cui all'art. 31 del presente accordo;

Considerato che la spesa sostenuta dalla Regione siciliana in applicazione dei precitati accordi regionali vigenti per le categorie dei medici specialisti ambulatoriali e delle altre professionalità ambulatoriali ammonta ad E 6.500.000,00 e che, pertanto, le risorse da destinare al finanziamento degli accordi regionali stipulati ai sensi dell'A.C.N. 23 marzo 2005 ammontano ad E 6.500.000,00 da ripartire alle aziende unità sanitarie locali secondo l'allegato schema sottoscritto dalle parti sulla base delle indicazioni scaturite dalla stipula dei predetti accordi;

Ritenuto di potere approvare con atto formale gli accordi regionali di che trattasi nonché lo schema di ripartizione delle risorse tra gli istituti contrattuali dagli stessi disciplinati;

Decreta:

Art. 1

Sono approvati gli accordi regionali dei medici specialisti ambulatoriali interni e delle altre professionalità (biologi, chimici e psicologi) ambulatoriali, stipulati ai sensi dell'art. 14 dell'A.C.N. 23 marzo 2005, che si allegano al presente decreto costituendone parte integrante, così individuati:

Allegato 1: Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità;

Allegato 2: Assegnazione di turni disponibili a tempo indeterminato e a tempo determinato;

Allegato 3: Trasformazione degli incarichi da tempo determinato a tempo indeterminato;  
Allegato 4: Comitato consultivo regionale;  
Allegato 5: Ruolo professionale dello specialista ambulatoriale;  
Allegato 6: Doveri e compiti dei professionisti;  
Allegato 7: Responsabile di branca: funzioni, compiti e compensi;  
Allegato 8: Programmi e progetti finalizzati;  
Allegato 9: Indennità di disagiatissima sede;  
Allegato 10: Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie.

#### Art. 2

La spesa per il finanziamento degli accordi regionali di cui all'art. 1 del presente decreto, determinata secondo le modalità in premessa indicate, sarà ripartita tra gli istituti contrattuali disciplinati dai predetti accordi secondo lo schema concordato e sottoscritto tra le parti a conclusione dei lavori di contrattazione decentrata e che si allega al presente decreto - allegato 11 - costituendone parte integrante.

#### Art. 3

Gli istituti economici di cui ai predetti accordi regionali, ammontanti ad \_ 6.500.000 quale tetto massimo, trovano capienza e sono ricompresi nella quota da assegnare alle aziende unità sanitarie locali per l'esercizio finanziario 2007 e precisamente nella quota destinata all'"assistenza specialistica".

#### Art. 4

Gli accordi regionali di cui all'art.1 del presente decreto avranno vigenza, sia per la parte normativa che economica, a far data dall'1 gennaio 2007 e fino all'entrata in vigore dei successivi accordi regionali anche in caso di pubblicazione di un nuovo accordo nazionale, per le parti non in contrasto.

#### Art. 5

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.  
Palermo, 23 febbraio 2007.

LAGALLA

---

Vistato dalla ragioneria centrale per l'Assessorato della sanità in data 7 marzo 2007 al n. 57.

Allegato 1

ACCORDO REGIONALE

Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità (art. 17, A.C.N. 23 marzo 2005)

L'art. 17 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità ambulatoriali, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, stabilisce quanto segue:

1) al fine di adeguare maggiormente l'offerta di prestazioni o attività specialistiche e professionali, alla domanda dell'utenza, le aziende possono adottare provvedimenti tendenti a realizzare flessibilità operativa, anche temporanea, dell'orario di servizio in ambito aziendale e forme di mobilità interaziendale, anche a domanda dello specialista

ambulatoriale o professionista interessato, fermo restando il mantenimento dell'orario complessivo di incarico. I provvedimenti sono adottati nel rispetto dei criteri generali previamente concordati, in sede regionale, in materia di mobilità;

- 2) i provvedimenti di cui al presente articolo devono essere comunicati al comitato di cui all'art. 24, contestualmente alla notificazione all'interessato. Qualora non sussista il consenso dello specialista ambulatoriale o del professionista interessato, deve essere acquisito preventivo parere del comitato di cui all'art. 24;
- 3) la mancata accettazione del provvedimento, dopo aver espletato la procedura di cui al comma 2, comporta la decadenza dall'incarico per le ore oggetto del trasferimento;
- 4) nel caso di non agibilità temporanea della struttura, l'azienda assicura l'impiego temporaneo dello specialista in altra struttura idonea senza danno economico per l'interessato.

Ciò premesso, ai sensi del citato art. 17, comma 1, le parti concordano i seguenti criteri generali in materia di mobilità:

nell'attivazione degli istituti di flessibilità operativa, di riorganizzazione degli orari e di mobilità le aziende debbono rispettare le seguenti condizioni:

- puntuali motivazioni indispensabili a migliorare la "qualità percepita" del servizio da parte dell'utenza;
- una persistente contrazione dell'attività, documentata attraverso le richieste di prenotazione e le statistiche delle prestazioni orarie (media ponderata rilevata nell'arco degli ultimi 12 mesi), pur in presenza di adeguata ed imm modificata dotazione tecnologica, strumentale e d'organico;
- presenza di requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e di sicurezza minimi previsti per legge nella sede di destinazione dello specialista o del professionista;
- mantenimento dell'orario complessivo dell'incarico.

Le fattispecie in ambito aziendale possono riguardare:

- a) concentrazione dell'orario di attività presso uno stesso presidio;
- b) modificazioni dei turni orari di attività;
- c) mobilità tra presidi collocati nello stesso comune;
- d) mobilità tra presidi collocati in comune diversi dello stesso ambito zonale.

Tali mobilità possono avere carattere temporaneo o permanente.

a) *Concentrazione dell'orario di attività presso uno stesso presidio*

Nella riorganizzazione degli orari, le aziende unità sanitarie locali favoriscono l'accoglimento delle domande di concentrazione di attività degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti, ove non ostino motivi di particolari priorità imposte da norme vigenti e nel rispetto del seguente ordine di priorità:

- 1) anzianità di servizio in ambito aziendale;
- 2) anzianità di specializzazione;
- 3) anzianità di laurea.

b) *Modificazioni di turni orari di attività*

Nella riorganizzazione degli orari si prevede anche la possibilità di trasferimento di un turno o parte di esso, qualora lo impongano evidenti motivi logistico-organizzativi. Lo specialista posto in mobilità obbligatoria, in caso di dissenso al trasferimento, ha facoltà di fare ricorso al comitato consultivo zonale entro 15 giorni dalla notifica del provvedimento, esponendo i motivi di opposizione. Questi dovranno essere contestualmente comunicati all'organo decisionale (direttore generale o direttore di distretto) dell'azienda, il quale ha l'obbligo di sospendere immediatamente il provvedimento emanato in attesa della valutazione del comitato consultivo zonale. La deliberazione assunta dal predetto comitato alla prima riunione successiva alla presentazione del ricorso dovrà essere comunicata entro 15 giorni all'interessato ed all'azienda per le consequenziali determinazioni. Nel caso in cui lo specialista o il professionista non si adegui alle decisioni del comitato zonale, verrà deferito

alla commissione di disciplina per le eventuali sanzioni conseguenti.

c) e d) *Mobilità tra presidi collocati nello stesso comune e presidi ubicati in comuni diversi*  
Ogni qualvolta si voglia adottare, per l'assegnazione di turni vacanti, l'istituto della mobilità l'azienda dovrà predisporre apposito avviso pubblico, da inviare per conoscenza anche alle OO.SS. di categoria.

In presenza di più istanze di partecipazione all'avviso emanato, l'azienda ha l'obbligo di trasmettere il documentato pervenuto al comitato consultivo zonale per l'individuazione dell'avente diritto, attraverso l'elaborazione di apposita graduatoria secondo i criteri sopra citati.

La formalizzazione dell'incarico dovrà avvenire entro il termine di 15 giorni dalla notifica dell'avvenuta individuazione.

Nel caso in cui la procedura di mobilità volontaria abbia avuto esito negativo per l'assenza di aspiranti disponibili, il comitato zonale su richiesta dell'azienda dovrà stilare, per il turno di che trattasi, una graduatoria di priorità al trasferimento obbligatorio in cui la causa di precedenza è costituita dalla più bassa produttività media ponderata (utilizzando i tempi tecnici di esecuzione oppure il fatturato secondo il tariffario regionale delle prestazioni eseguite) degli ultimi 12 mesi su dati forniti dall'azienda. A parità di produttività media ponderata causa di precedenza è costituita dalla minore anzianità di servizio; in caso di pari anzianità viene data precedenza alla minore anzianità di specializzazione e successivamente alla minore anzianità di laurea.

Viene escluso da una siffatta graduatoria lo specialista o il professionista che abbia già subito un provvedimento analogo per il trasferimento negli ultimi 18 mesi.

Il nominativo dello specialista o del professionista soccombente a tale procedura di individuazione deve essere comunicato dal comitato zonale all'interessato entro 15 giorni. Questi ha facoltà di fare ricorso entro 15 giorni. Qualora dall'esame del ricorso non risultassero elementi nuovi di valutazione in grado di modificare il deliberato assunto, il comitato zonale comunicherà all'azienda il nominativo designato per le determinazioni consequenziali. L'azienda avrà cura di comunicare il provvedimento adottato per il necessario aggiornamento dello schedario relativo da parte del comitato zonale.

In caso di infrazione all'obbligo derivante dall'applicazione della procedura posta in essere, lo specialista potrà essere deferito alla commissione di disciplina ex art. 27 dell'A.C.N. per i provvedimenti di competenza. Allo specialista ambulatoriale o professionista posti in mobilità compete in ogni caso per incarichi svolti in comune diverso da quello di residenza il rimborso spese di viaggio previsto nell'A.C.N. vigente.

In attesa del conferimento del turno disponibile secondo le procedure su indicate, l'azienda può conferire incarico provvisorio secondo l'ordine della rispettiva graduatoria o, in mancanza, ad uno specialista ambulatoriale o professionista disponibile, con priorità per i non titolari di altro incarico e non in posizione di incompatibilità. L'incarico provvisorio non può avere durata superiore a sei mesi, eventualmente rinnovabili allo stesso sanitario, per altri sei mesi una sola volta, e cessa in ogni caso con la nomina del titolare.

Allegato 2

#### ACCORDO REGIONALE

Assegnazione di turni disponibili a tempo indeterminato e a tempo determinato (art. 22, comma 4, A.C.N. 23 marzo 2005)

L'art. 22, comma 4, dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità ambulatoriali, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, prevede che qualora la pubblicazione dei turni disponibili inerenti una branca specialistica o area professionale, di cui al citato accordo, contenga la richiesta di possesso di particolari capacità professionali, la scelta dello specialista ambulatoriale o del professionista avviene, previa valutazione secondo criteri definiti nell'accordo regionale, da

parte di una commissione aziendale paritetica, composta da specialisti delegati dall'azienda e specialisti ambulatoriali o professionisti designati dai membri di categoria del comitato zonale.

Tanto premesso, le parti concordano che la predetta commissione aziendale paritetica 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.

La presidenza di tale commissione va affidata al membro con la maggiore anzianità di servizio nell'ambito della branca specialistica di pertinenza. In caso di presenza di più specialisti della stessa branca, allo specialista con maggiore anzianità nella specialità ed in caso di parità allo specialista con maggiore anzianità di servizio.

Il segretario del comitato consultivo zonale svolge i compiti di segretario della commissione di che trattasi.

I criteri di valutazione per la formazione di eventuali graduatorie saranno vincolati:

- al possesso di titoli professionali specifici di competenza rilasciati da università o da enti pubblici di formazione;
- all'attività specifica svolta;
- all'anzianità svolta nell'attività richiesta;
- ad incarichi provvisori e/o di sostituzione con compiti di esecuzione prevalente di prestazioni specifiche relative all'attività di cui si richiede la particolare capacità professionale presso istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'A.C.N.

Titoli e criteri di valutazione per la formazione della graduatoria di merito:

- a) possesso di master specifico: punti 0,15 per mese;
- b) possesso di corso di formazione specifico con crediti formativi: punti 0,01 per credito;
- c) attività professionale specifica svolta presso strutture pubbliche (territoriali - ospedaliere - universitarie) per ogni anno, frazionabile per mese: punti 1,20.

Le riunioni saranno svolte durante l'orario di servizio.

Allegato 3

### ACCORDO REGIONALE

Trasformazione degli incarichi da tempo determinato a tempo indeterminato (art. 23, comma 13, A.C.N. 23 marzo 2005)

L'art. 23, comma 13, dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità ambulatoriali, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, stabilisce quanto segue:

"Le aziende, valutate la programmazione regionale dell'attività specialistica e il permanere delle esigenze organizzative e di servizio, possono trasformare gli incarichi, già assegnati a tempo determinato, in incarichi a tempo indeterminato, con applicazione del relativo trattamento economico e normativo. La trasformazione di un incarico a tempo determinato a tempo indeterminato avviene con provvedimento del direttore generale, sulla base delle intese definite con accordo regionale. Il provvedimento di trasformazione viene comunicato al comitato zonale".

Ciò premesso, le parti stipulano il seguente protocollo d'intesa per la trasformazione dei rapporti di lavoro a tempo determinato (incarichi conferiti ai sensi del protocollo aggiuntivo di cui alla norma finale n. 9 del D.P.R. n. 271/2000, incarichi conferiti ai sensi del protocollo aggiuntivo di cui all'allegato 1 del D.P.R. n. 446/2001 ed incarichi conferiti ai sensi dell'art. 23, comma 10, A.C.N. 23 marzo 2005) in rapporti a tempo indeterminato.

Art. 1 - Gli incarichi a tempo determinato conferiti ai sensi del protocollo aggiuntivo di cui ai DD.PP.RR. nn. 271/2000 e 446/2001 in data successiva al 31 ottobre 2004, sono equiparati agli incarichi a tempo determinato conferiti ai sensi dell'art. 23, comma 10, dell'A.C.N. del 23 marzo 2005, applicandosi pertanto ad entrambe le fattispecie di rapporto lavorativo il relativo trattamento economico e normativo previsto dal citato A.C.N. 23

marzo 2005.

Art. 2 - Per la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato è necessario che il medico specialista ambulatoriale, il biologo, il chimico o lo psicologo abbia maturato un'anzianità di servizio a tempo determinato di almeno ventiquattro mesi.

Art. 3 - Ai predetti medici specialisti ambulatoriali, nonché alle altre professionalità sanitarie che hanno maturato la suddetta anzianità di servizio, l'incarico è trasformato a tempo indeterminato se persistono le esigenze organizzative e di servizio che ne hanno determinato l'attivazione.

Art. 4 - Qualora lo specialista o professionista ambulatoriale titolare di più incarichi a tempo determinato presso una o più aziende, avendo maturato in uno dei predetti incarichi i requisiti per la trasformazione, ne acquisisca la titolarità a tempo indeterminato, l'incompatibilità di cui all'art. 15, comma 2, del vigente A.C.N. viene temporaneamente sospesa limitatamente agli incarichi a tempo determinato già assegnati.

Allegato 4

#### ACCORDO REGIONALE

Comitato consultivo regionale (art. 25, commi 5, 6 e 7 A.C.N. 23 marzo 2005)

L'art. 25, commi 5, 6 e 7 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità ambulatoriali, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, stabilisce quanto segue:

##### *Comma 5*

E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente accordo.

##### *Comma 6*

Il comitato regionale ha compiti di:

- a) proposta e parere in ordine ai provvedimenti di competenza regionale;
- b) linee in indirizzo alle aziende in merito alla corretta ed uniforme interpretazione e applicazione delle norme del presente accordo.

##### *Comma 7*

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

Ciò premesso, le parti concordano quanto segue:

1. La corretta ed uniforme interpretazione delle norme contrattuali compete in maniera esclusiva al comitato consultivo regionale ed è vincolante e perentoria per le aziende, al fine di evitare in sede di applicazione ogni difformità in ambito regionale.
2. La partecipazione dei rappresentanti di categoria al comitato regionale comporta, a carico delle aziende di provenienza, il rimborso delle eventuali spese di viaggio dal comune di residenza alla sede del comitato nella misura prevista dalle norme di competenza dell'A.C.N. vigente.
3. La sede del comitato consultivo regionale è istituita presso l'Assessorato regionale della sanità.

Allegato 5

#### ACCORDO REGIONALE

Ruolo professionale dello specialista ambulatoriale (art. 28, A.C.N. 23 marzo 2005)

L'art. 28 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità ambulatoriali, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, stabilisce quanto segue:

- 1) lo specialista incaricato ai sensi del presente accordo, concorre ad assicurare - nell'ambito delle attività distrettuali e territoriali come individuate dal piano sanitario nazionale e dai

piani sanitari regionali vigenti - l'assistenza primaria unitamente agli altri operatori sanitari e svolge le attività di assistenza specialistica di cui al successivo comma 4;

2) ai sensi dell'art. 3-sexies, comma 2, del decreto legislativo n. 229/99, lo specialista partecipa di diritto, insieme al rappresentante dei medici di medicina generale e al rappresentante dei pediatri di libera scelta, all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali. Lo specialista è individuato con modalità definite a livello regionale. Con le stesse modalità è individuato lo specialista partecipante all'ufficio di direzione aziendale, qualora previsto dalle norme e dagli indirizzi regionali;

3) è demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente accordo;

4) lo specialista deve assolvere tutti i compiti inerenti lo svolgimento delle attività specialistiche di competenza, fermo restando il rispetto dei doveri deontologici la cui valutazione è di competenza dell'ordine provinciale di iscrizione. Le prestazioni dello specialista riguardano tutti gli atti e gli interventi di natura specialistica tecnicamente eseguibili, salvo controindicazioni cliniche, in sede ospedaliera, in sede ambulatoriale, domiciliare, di assistenza programmata a soggetti nel domicilio personale, di assistenza nelle residenze protette, di assistenza domiciliare integrata e negli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e nelle altre sedi individuate all'art. 32;

5) nello svolgimento della propria attività lo specialista:

a) assicura l'assistenza specialistica in favore dei cittadini, utilizza i referti degli accertamenti diagnostici già effettuati, compatibilmente con le condizioni cliniche in atto del soggetto, evitando inutili duplicazioni di prestazioni sanitarie, redige le certificazioni richieste;

b) collabora al contenimento della spesa sanitaria secondo i principi dell'appropriatezza prescrittiva, e alle attività di farmacovigilanza pubblica;

c) partecipa alle disposizioni aziendali in materia di preospedalizzazione e di dimissioni protette ed alle altre iniziative aziendali in tema di assistenza sanitaria, anche con compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale;

d) realizza le attività specialistiche di supporto e di consulenza richieste dall'azienda per i propri fini istituzionali;

e) assicura il consulto con il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta, previa autorizzazione dell'azienda, nonché il consulto specialistico interdisciplinare;

f) partecipa, sulla base di accordi di livello regionale, alle sperimentazioni cliniche;

g) lo specialista è tenuto a partecipare alle attività formative programmate dall'azienda;

6) ai sensi del decreto legislativo n. 229/99, art. 3 quinquies la partecipazione degli specialisti nelle articolazioni organizzative del distretto che attuano l'assistenza primaria, al fine di favorire la realizzazione di percorsi integrati sia con l'attività di assistenza primaria che con quella ambulatoriale ospedaliera, nonché la gestione clinica complessiva del paziente fino alla definizione del problema e al rinvio al medico di famiglia o pediatra di libera scelta, è definita con accordi di livello regionale con le organizzazioni sindacali di cui all'art. 34, comma 12;

7) le articolazioni organizzative del distretto finalizzate all'integrazione professionale sono anche le équipes territoriali e le unità di assistenza primaria (UTAP);

8) l'équipe territoriale e l'UTAP sono strumenti attuativi della programmazione sanitaria, per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale;

9) la costituzione delle UTAP, quali strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, è prevista dalla Regione, in coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004, e in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari;

10) nell'attività di diagnosi e cura, prevenzione e riabilitazione il medico specialista è tenuto

alla compilazione dei referti sull'apposito modulare e con apposizione di firma e timbro che rechi anche la qualifica specialistica;

11) per le proposte di indagini specialistiche e le prescrizioni di specialità farmaceutiche e di galenici lo specialista ambulatoriale utilizza il ricettario del S.S.N., nel rispetto della normativa vigente e dei provvedimenti regionali;

12) lo specialista ambulatoriale convenzionato adotta le disposizioni aziendali in merito alle modalità di prescrizione ed erogazione delle specialità medicinali riguardanti particolari patologie in analogia a quanto previsto per i medici dipendenti.

Ciò premesso, ai sensi del citato comma 2, si stabilisce che lo specialista che partecipa di diritto all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali nonché all'ufficio di direzione aziendale dovrà essere designato dalle OO.SS. in possesso del requisito della maggiore rappresentatività di cui all'art. 34 dell'A.C.N. vigente.

La partecipazione degli specialisti agli organismi precitati comporta, a carico delle aziende di appartenenza, il rimborso delle eventuali spese di viaggio dal comune di residenza alla sede dell'organismo di che trattasi, nella misura prevista dalle norme di competenza del vigente A.C.N.

Ai sensi del precitato comma 3 le parti, nel fare proprie del presente accordo regionale le disposizioni di cui all'art. 28, commi 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12, stabiliscono le relative modalità di attuazione secondo quanto sotto riportato:

lo specialista di concerto con M.M.G., P.L.S. e M.S.O. concorre in maniera determinante al corretto utilizzo delle risorse economiche disponibili in sanità.

Gli adeguati requisiti strutturali, tecnico-strumentali ed organizzativi degli ambulatori, l'aggiornamento professionale, l'implementazione delle linee guida e degli strumenti di governo clinico, assicurano il miglioramento continuo dell'attività, permettendo una maggiore capacità di gestione del paziente dal punto di vista diagnostico e terapeutico da parte di tutti i medici coinvolti, limitando così ricoveri impropri, ulteriori indagini specialistiche e visite di controllo ripetute.

Allo stesso modo è determinante l'apporto dello specialista ambulatoriale per il miglioramento dell'appropriatezza delle indicazioni terapeutiche in coerenza con le note AIFA, il decreto 19 settembre 2005 e le circolari assessoriali nn. 1162, 1168, 1172, 1177, 1178 che, in accordo con quanto previsto dall'art. 9 della legge n. 178/2002 e dall'art. 85, comma 26, della legge n. 388/2000, raccomandano la prescrizione dei farmaci generici che, a parità di efficacia terapeutica, presentino un miglior rapporto costo-beneficio.

In particolare lo specialista ambulatoriale concorre in maniera significativa all'appropriatezza clinica e prescrittiva attraverso l'applicazione di linee guida, specie quelle indicate a livello regionale (decreto 30 marzo 2005 - Individuazione dei centri specializzati per la diagnosi ed il piano terapeutico dei medicinali soggetti e non a note AIFA, decreto 19 settembre 2005 - linee guida per la prescrizione dei farmaci a carico del S.S.N. - e decreto 13 ottobre 2005 - linee guida per il trattamento diagnostico-clinico - terapeutico del diabete e dell'artrite reumatoide) e la partecipazione a programmi aziendali di governo clinico.

Visto il ruolo fondamentale della farmacovigilanza in un percorso di appropriatezza clinica e prescrittiva, anche lo specialista ambulatoriale, alla pari degli altri professionisti coinvolti, collabora a segnalare le reazioni avverse dei farmaci nell'ottica di una sempre maggiore attenzione ai rischi connessi con il loro uso.

Migliorare l'appropriatezza in questo ambito significa ridurre il numero di prestazioni improprie attraverso la formulazione di protocolli di follow up concordati nell'ambito della branca e con i M.M.G.

Si concorda che gli ambiti per la definizione dei livelli programmati di attività per l'assistenza specialistica sono quelli esistenti a livello regionale ed aziendale.

Le parti concordano che il compenso variabile, correlato al raggiungimento degli obiettivi riferiti ai livelli di attività programmata, sia determinato a livello aziendale, secondo gli

indirizzi regionali e le priorità aziendali, concordate con le OO.SS. maggiormente rappresentative.

Con riferimento a quanto previsto al comma 10, si puntualizza che lo specialista formulerà esauriente risposta al quesito diagnostico con l'indicazione "al medico curante" e qualora riterrà opportuno richiedere ulteriori consulenze specialistiche, o necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del medico curante, formulerà direttamente le relative richieste sul modulario previsto dalla legge n. 326/2003.

Si ribadisce inoltre che per le proposte di indagini specialistiche e le prescrizioni di specialità farmaceutiche e di galenici lo specialista ambulatoriale utilizza il ricettario del S.S.N., così come previsto dal comma 11 dell'art. 28 A.C.N.

Allegato 6

#### ACCORDO REGIONALE

Doveri e compiti dei professionisti biologi, chimici e psicologi (art. 29, A.C.N. 23 marzo 2005)

L'art. 29 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità ambulatoriali, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, stabilisce quanto segue:

- 1) è demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente accordo;
- 2) il professionista incaricato ai sensi del presente accordo deve:
  - a) attenersi alle disposizioni che l'azienda emana per il buon funzionamento dei presidi e il perseguimento dei fini istituzionali;
  - b) eseguire le prestazioni professionali proprie delle categorie così come regolamentate dalle relative leggi di ordinamento e dall'art. 1 del D.P.R. n. 458/98;
  - c) partecipare ai programmi e ai progetti finalizzati;
  - d) attenersi alle disposizioni contenute nel presente accordo;
  - e) rispettare l'orario di attività indicato nella lettera di incarico;
- 3) il professionista nell'erogazione delle prestazioni di sua competenza deve:
  - a) compilare e sottoscrivere il risultato delle prestazioni effettuate utilizzando il modulario fornito dall'azienda;
  - b) fornire al responsabile della struttura operativa cui è assegnato ogni dato utile a qualificare sul piano dell'affidabilità le prestazioni di competenza;
  - c) usare le attrezzature fornite dall'azienda comunicando al responsabile della struttura operativa di appartenenza le eventuali avarie;
  - d) partecipare alle attività di rilevazione epidemiologica per la preparazione, lo studio e la programmazione di indagini statistiche;
  - e) partecipare alle attività formative programmate dall'azienda.

Ai sensi del precitato comma 1 le parti, nel fare proprie del presente accordo regionale le disposizioni di cui all'art. 29, commi 2 e 3, stabiliscono quanto segue:

l'attività di rilevazione epidemiologica è sicuramente il punto cardine dell'attività di prevenzione. Una diffusa e specifica raccolta dei dati consente un accurato studio epidemiologico.

Considerato che le indicazioni del Ministero della salute hanno posto al centro dell'attività di prevenzione lo stretto rapporto di collaborazione tra i M.M.G., P.L.S. e le altre figure professionali, specificando quanto è opportuno utilizzare l'attività di ambulatorio dei M.M.G. e P.L.S. come momento di raccolta di dati utili alla situazione territoriale per quanto attiene agli indicatori individuati dal Ministero, come per esempio le patologie cardiovascolari, il diabete ed altre, alle professionalità sanitarie potrebbe essere affidata tale attività per raggiungere specifici obiettivi di rilevamento epidemiologico delle patologie precitate. Le modalità di esecuzione vanno concordate a livello locale per una più organica e

funzionale raccolta dati che tenga conto delle realtà locali.

Allegato 7

## ACCORDO REGIONALE

Responsabile di branca: funzioni, compiti, compensi (art. 30, commi 2 e 15, A.C.N. 23 marzo 2005)

L'art. 30, commi 2 e 15, dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità ambulatoriali, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, stabilisce quanto segue:

per ciascun servizio specialistico, di branca o multidisciplinare, al quale sia addetta una pluralità di specialisti ambulatoriali convenzionati ai sensi del presente accordo, è individuato tra gli specialisti titolari di incarico in ciascuna branca, in servizio presso l'azienda e previo assenso dell'interessato, un responsabile di branca.

Ai fini dell'individuazione del responsabile di branca, di cui al citato comma 2, i criteri, le funzioni ed i compiti sono concordati mediante accordi regionali con le OO.SS., prevedendo anche, ai sensi del comma 15, un apposito compenso. Lo specialista in patologia clinica, che, ai sensi della normativa vigente, svolge la funzione di direttore tecnico responsabile, assume contestualmente l'incarico di responsabile di branca.

Ciò premesso, si stabilisce quanto segue:

per ogni azienda, in funzione della sua organizzazione logistica e delle attività specialistiche svolte, possono essere concordati per la nomina del responsabile di branca i tre seguenti livelli di dislocazione funzionale:

- aziendale;
- distrettuale;
- di presidio.

Le aziende, nell'ambito del vincolo economico assegnato dalla Regione, individueranno entro 30 giorni dalla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del decreto assessoriale di approvazione degli accordi regionali, in sede di accordo decentrato aziendale, i livelli possibili di coordinamento per branca specialistica o multidisciplinare. Tali livelli con compiti esclusivamente logistico-organizzativi per lo specialista, responsabile di branca o multidisciplinare, non possono essere considerati in alcun modo posizioni funzionali di preminenza o gerarchica.

La multidisciplinarietà va intesa come raggruppamento tra la branca principale e le sue branche affini, come da allegato A all'A.C.N. 23 marzo 2005.

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

- a) titolarità di incarico a tempo indeterminato per lo svolgimento in via esclusiva di attività specialistica ambulatoriale regolamentata dall'A.C.N. 23 marzo 2005;
- b) titolarità di almeno 12 ore di specialistica ambulatoriale interna nell'ambito del livello previsto;
- c) almeno 3 accessi settimanali nell'ambito del citato livello di individuazione.

Fatta eccezione per lo svolgimento dell'attività ambulatoriale in zone identificate dalla Regione come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, per le quali condizioni essenziali di accesso al coordinamento di branca sono:

- a) titolarità di incarico a tempo indeterminato per lo svolgimento in via esclusiva di attività specialistica ambulatoriale regolamentata dall'A.C.N. 23 marzo 2005;
- b) titolarità di almeno 10 ore di specialistica ambulatoriale interna;
- c) almeno 2 accessi settimanali.

Requisiti di individuazione per la funzione di che trattasi sono:

- la titolarità della direzione tecnica di laboratorio;
- la responsabilità di impianto radiologico;
- la responsabilità di apparecchiature fisioterapiche;

- la nomina di medico competente;
- la presenza di più di un sanitario convenzionato addetto alla stessa branca o branche principali o branche affini. La nomina in tale caso discende per ogni branca specialistica o multidisciplinare da una graduatoria degli aventi diritto che dovrà essere stilata dal comitato consultivo zonale per branca specialistica o multidisciplinare e per i livelli di dislocazione funzionale previsti. La graduatoria sarà formata tenendo conto dell'anzianità di servizio ed il coordinamento sarà assegnato allo specialista con maggiore anzianità di servizio. Ai fini dell'individuazione della predetta anzianità, allo specialista ambulatoriale titolare di almeno 29 ore di incarico nel livello, verrà assegnata un'ulteriore anzianità figurata pari a 5 anni.

Gli aspiranti a ricoprire la funzione di che trattasi dovranno inoltrare al comitato consultivo zonale, entro 60 giorni dalla pubblicazione del decreto assessoriale di approvazione degli accordi regionali, la domanda di partecipazione alla selezione per la nomina di responsabile di branca o multidisciplinare. Lo specialista avrà cura di specificare chiaramente nella domanda a quale livello di dislocazione funzionale intende concorrere, indicando l'ordine di priorità.

Il comitato consultivo zonale, entro trenta giorni dalla scadenza del termine ultimo di presentazione delle domande, stilerà la relativa graduatoria per ogni livello di dislocazione, individuando l'avente diritto.

In caso di rinuncia dell'avente diritto, o di mancata presentazione, il comitato consultivo provvederà a fare scorrere la graduatoria e individuerà come avente diritto lo specialista in posizione di priorità.

Il nominativo dello stesso verrà comunicato all'azienda entro quindici giorni dall'individuazione.

L'azienda, entro i successivi quindici giorni, provvederà, con i conseguenziali atti deliberativi a formalizzare la relativa nomina.

#### *Funzioni e compiti*

Il responsabile di branca svolge le funzioni di referente tecnico della branca specialistica nei confronti del direttore sanitario, di distretto e degli altri sanitari responsabili delle attività specialistiche ambulatoriali erogate nei presidi ove operano specialisti convenzionati. Ferma restando l'autonomia professionale dei singoli specialisti, al responsabile di branca possono essere assegnati dal direttore sanitario e dal direttore di distretto compiti organizzativi di indirizzo e di monitoraggio delle attività specialistiche territoriali relative alla branca stessa.

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

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

In particolare il responsabile di branca collabora, mediante pareri e proposte, con la dirigenza medica responsabile del servizio presso il quale opera (azienda, distretto, poliambulatorio, altra struttura aziendale) al fine di:

- a) assicurare un'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali adeguata alla domanda avanzata dall'utenza;
- b) affrontare e risolvere, nell'ambito delle risorse disponibili, i problemi operativi concernenti la branca specialistica;
- c) garantire il supporto tecnico-professionale alle iniziative distrettuali ed aziendali che comportano il coinvolgimento della specialistica ambulatoriale;

- d) organizzare gli orari di erogazione delle prestazioni in modo da facilitare l'accesso da parte dell'utenza, ivi compreso il piano di ferie e l'aggiornamento obbligatorio;
- e) organizzare ed assicurare l'assistenza specialistica domiciliare e ambulatoriale anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI);
- f) organizzare e assicurare l'attività specialistica ambulatoriale nelle strutture residenziali e semiresidenziali, nelle strutture di ricovero non dedicate ai malati in fase acuta e negli hospice.

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

- a) il sistema di informatizzazione;
- b) l'organizzazione di un sistema corretto di informazione su disponibilità e modalità di accesso alle attività specialistiche ambulatoriali a favore dei cittadini, compresi modelli di comunicazione efficaci;
- c) innovazione tecnologica delle dotazioni strumentali necessarie allo svolgimento delle attività specialistiche ambulatoriali;
- d) la stesura di programmi aziendali concernenti la formazione continua degli specialisti ambulatoriali, in modo da assicurare la corrispondenza dell'aggiornamento professionale e della formazione permanente alle necessità evidenziate a livello territoriale attraverso l'analisi della domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali avanzate dall'utenza.

#### *Compensi*

Al responsabile di branca, titolare d'incarico a tempo indeterminato, è corrisposto per lo svolgimento delle funzioni e compiti previsti dal presente accordo regionale, limitatamente alle ore svolte nel livello di dislocazione di cui alla nomina ricevuta, un incremento dell'8% della quota oraria di cui all'art. 42, comma 1, punto A, sub 1 e 2, dell'A.C.N. reso esecutivo il 23 marzo 2005.

L'incarico di responsabile di branca ha durata di anni due ed è rinnovabile da parte del comitato zonale previa verifica dell'attività svolta.

Allegato 8

#### ACCORDO REGIONALE

Programmi e progetti finalizzati (art. 31, A.C.N. 23 marzo 2005)

L'art. 31 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità ambulatoriali, reso esecutivo in data 23 marzo 2005, stabilisce quanto segue:

- 1) la programmazione regionale ed aziendale può prevedere lo svolgimento di progetti e programmi finalizzati, concernenti anche l'attività specialistica distrettuale e le altre aree professionali - fermo restando l'obbligo di eseguire le prestazioni di cui all'art. 28, commi 4 e 5, e all'art. 29, commi 2 e 3;
- 2) è demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente accordo;
- 3) l'accordo aziendale, conformemente alle linee di indirizzo dell'accordo regionale, individua le prestazioni e le attività individuali o di gruppo per raggiungere specifici obiettivi e le modalità di esecuzione e di remunerazione delle stesse. La partecipazione alla realizzazione di progetti obiettivo, azioni programmate, programmi di preospedalizzazione e di dimissione protetta, o attività incentivanti svolte in équipes con il personale dipendente e convenzionato, comporta la verifica periodica, sulla base di intese raggiunte con le organizzazioni sindacali di cui all'art. 34, comma 12, circa il raggiungimento degli specifici obiettivi, individuali o di gruppo, da valutare sulla base di indicatori predefiniti, concordati tra le parti. Il medesimo accordo definisce gli effetti del raggiungimento o meno degli obiettivi previsti da parte degli specialisti ambulatoriali e degli altri professionisti incaricati ai sensi del presente accordo;

4) lo specialista ambulatoriale o il professionista può eseguire prestazioni aggiuntive previste dalla programmazione regionale e/o aziendale, secondo modalità regolate dagli accordi regionali e/o aziendali, allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi nell'area specialistica. I medesimi accordi definiscono anche i relativi emolumenti aggiuntivi;

5) l'attività svolta dagli specialisti ambulatoriali e dagli altri professionisti nell'ambito di progetti e di programmi finalizzati, concernenti il personale dipendente e convenzionato, è valutata agli effetti economici (retribuzione di risultato) in proporzione all'impegno orario del sanitario convenzionato che vi partecipa per il raggiungimento dei risultati.

Ciò premesso, ai sensi del precitato comma 2, le parti stabiliscono quanto segue:

### **Linee di indirizzo per la promozione dei programmi e dei progetti finalizzati**

#### *Medici specialisti ambulatoriali*

1) L'abbattimento delle liste di attesa, così come previsto dagli indirizzi ministeriali, anche attraverso:

- la partecipazione ad un over-booking (prenotazioni in eccesso) con incremento di una percentuale sulle prenotazioni abitualmente effettuate in rapporto alle ore di incarico;
- l'esecuzione di prestazioni di urgenza differibile (intendendo con tale termine quella prestazione la cui esecuzione condiziona in un arco temporale breve la prognosi del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione e/o la disabilità). La richiesta di prestazione deve essere formulata in presenza di una condizione clinica che appare grave o di sofferenza tale da modificare sensibilmente le qualità della vita del paziente e in ogni caso non critica per la sua vita, determinata da un problema sanitario di incerta interpretazione, per il quale il medico curante necessita di una risposta ad un quesito diagnostico in tempi brevi. Il quesito da porre si fonda sul sospetto di una patologia critica da confermare o da escludere sulla base di condizioni anamnestico-cliniche documentate dal medico di base sulla richiesta di prestazione al fine di ottenere il supporto specialistico.

2) L'individuazione di percorsi preferenziali clinico-assistenziali per pazienti multiproblematici, assicurando la consulenza plurispecialistica nello stesso accesso (o in subordinate in accessi a brevissima distanza) al poliambulatorio.

3) La prevenzione e la diagnosi precoce nei luoghi di vita e di lavoro.

4) La tempestività del risultato diagnostico.

5) Il monitoraggio delle terapie.

6) La partecipazione a campagne di screening.

7) Programmi di terapie riabilitative.

8) La riduzione dei ricoveri ospedalieri.

9) L'assistenza domiciliare.

10) La farmacovigilanza.

11) La partecipazione ad attività di rilevazione epidemiologica per la preparazione, lo studio e la programmazione di indagini statistiche, con particolare riferimento agli indicatori individuati dal Ministero della salute, come ad esempio, le patologie cardiovascolari, il diabete di tipo II ed altre, per il raggiungimento di specifici obiettivi di rilevamento epidemiologico.

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

#### *Biologi, chimici e psicologi ambulatoriali*

1) Il miglioramento della qualità delle prestazioni ambulatoriali, anche al fine di aumentare la capacità di attrazione.

2) L'abbattimento delle liste d'attesa.

3) La prosecuzione e miglioramento dell'attività di valutazione e monitoraggio continuo della qualità.

4) Il miglioramento del contesto ambientale, mediante monitoraggio dei determinanti

ambientali (aria, acqua, alimenti e ambiente).

5) La collaborazione con i vari dipartimenti e distretti al fine di estendere e migliorare l'offerta di prestazioni.

6) La prevenzione e diagnosi precoce nei luoghi di vita e di lavoro (polveri, metalli ecc.).

7) Lo sviluppo e l'applicazione di tecniche di biologia molecolare.

8) La prevenzione di malattie genetiche.

9) La partecipazione ad attività di rilevazione epidemiologica per la preparazione, lo studio e la programmazione di indagini statistiche, con particolare riferimento agli indicatori individuati dal Ministero della salute, come ad esempio, le patologie cardiovascolari, il diabete di tipo II ed altre, per il raggiungimento di specifici obiettivi di rilevamento epidemiologico.

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

11) La partecipazione a campagne di screening.

### **Modalità di applicazione**

In ogni azienda viene istituito, entro 30 giorni dalla pubblicazione del decreto assessoriale di approvazione degli accordi regionali di cui all'A.C.N. 23 marzo 2005, un comitato di programmazione e valutazione aziendale (C.P.V.A.) composto da otto membri, di cui quattro di nomina aziendale (il direttore generale, o suo delegato, con funzione di presidente e tre dirigenti medici) e quattro medici specialisti ambulatoriali designati dalle OO.SS. di cui all'art. 34, comma 12, del citato A.C.N., nella misura di un rappresentante per ciascun sindacato con un numero di deleghe non inferiore al 3% delle deleghe provinciali. I predetti componenti di designazione sindacale sono individuati dalle OO.SS. di categoria con maggiore consistenza associativa a livello aziendale.

Per gli argomenti all'ordine del giorno che riguardano i biologi, i chimici e gli psicologi ambulatoriali, i quattro rappresentanti dei medici specialisti ambulatoriali designati dai sindacati sono sostituiti da altrettanti rappresentanti delle predette categorie, designati dai sindacati di categoria maggiormente rappresentativi.

Il C.P.V.A. sarà istituito con atto deliberativo e sarà presieduto dal direttore generale o da un suo delegato.

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

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

Entro 60 giorni dalla pubblicazione del decreto assessoriale di approvazione degli accordi regionali, sulla scorta dei dati epidemiologici e statistici messi a disposizione dall'azienda, in linea con i programmi e gli obiettivi strategici dell'azienda stessa e nei limiti delle risorse assegnate, il C.P.V.A.:

a) individua gli ambiti di intervento progettuali, relativamente alle branche specialistiche, ai distretti ed ai presidi coinvolti;

b) formula i programmi ed i progetti finalizzati, consoni alle esigenze del territorio;

c) valuta le proposte progettuali elaborate da singoli o gruppi di specialisti o professionisti nonché da direttori di distretto, tenendo conto delle prestazioni quali-quantitative effettuate dai singoli specialisti o professionisti;

d) approva i progetti da realizzare entro 90 giorni dalla pubblicazione del decreto assessoriale di approvazione degli accordi regionali;

e) verifica con cadenza almeno trimestrale lo stato di attuazione dei progetti, che dovranno avere una durata non inferiore a 6 mesi.

I singoli progetti dovranno essere controfirmati per accettazione dal singolo specialista o professionista e dal presidente del comitato.

Qualora nel corso della predetta verifica siano mutate le esigenze e/o le condizioni che hanno determinato l'approvazione del progetto, il comitato ha facoltà di riformulare lo stesso.

Il progetto può prevedere il coinvolgimento di altre figure professionali operanti nel territorio quali medici dipendenti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti dei servizi ospedalieri territoriali, personale parasanitario (infermieri, tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia, fisioterapisti, ortottisti).

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

L'attività svolta dai medici specialisti e dai professionisti ambulatoriali nell'ambito di progetti e programmi finalizzati concernenti il personale dipendente e convenzionato, va regolamentata dal C.P.V.A., fermo restando quanto stabilito dal comma 5 dell'art. 31 dell'A.C.N. 23 marzo 2005.

Ai progetti potranno accedere gli specialisti ed i professionisti che, previa valutazione del C.P.V.A., hanno una media ponderata pari alla media aziendale di branca o di attività degli ultimi 12 mesi.

#### **Schema di progetto obiettivo tipo**

A) Descrizione delle attività dell'area specialistica o area professionale proponente.

B) Titolo progetto e presentazione dell'obiettivo da realizzare:

individuazione del referente del progetto - descrizione dell'oggetto/problema del progetto - indicazioni delle relazioni dell'oggetto/problema con le attività dell'area specialistica proponente.

C) Indicazione degli obiettivi (risultati attesi).

D) Descrizione delle modalità di svolgimento per la realizzazione del progetto.

E) Risorse impiegate:

1) tipo di risorse (umane e non);

2) quantità;

3) importo complessivo.

F) Tempi di attuazione:

1) durata complessiva;

2) articolazione del progetto in fasi;

3) risultati intermedi (per fasi);

4) risultati finali.

#### **Requisiti di un progetto obiettivo**

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

2) Rilevanza e quantificazione dello/degli obiettivi e dei risultati.

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

- il primo (aspetto qualitativo) è rappresentato dal risultato:

- efficacia/qualità del servizio/soddisfazione dell'utenza;

- riduzione dei tempi/velocizzazione dell'attività;

- semplificazione delle procedure;

- il secondo (aspetto quantitativo) è rappresentato:

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

### 3) Modalità di svolgimento del progetto

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

#### **Tipo e quantità di risorse impiegate**

- a) Tipologia - persone distinte per qualifiche, funzioni e attività - risorse materiali e beni di consumo.
- b) Quantità - numero di persone - ore di lavoro - durata di impiego delle risorse materiali.
- c) Metodologia che si intende adottare per misurare e verificare il "risultato/obiettivo" del progetto.

#### **Durata del progetto e sviluppo temporale dell'attività**

Il progetto suddiviso in fasi successive dovrà indicare la durata complessiva nonché i risultati intermedi che si intendono realizzare nel corso delle varie fasi successive.

#### **Verifiche**

Sulla base delle relazioni periodiche del referente del progetto, il C.P.V.A. procede alla verifica delle attività professionali svolte dai singoli o dai gruppi di specialisti e professionisti, e dei risultati raggiunti.

#### **Effetti economici**

Il budget economico assegnato ad ogni singolo progetto dovrà tener conto:

- 1) della disponibilità economica complessiva per il finanziamento dei programmi e dei progetti di cui all'art. 31 A.C.N., che non può essere superata;
- 2) dell'impegno professionale richiesto per il raggiungimento dell'obiettivo proposto, tenendo conto della tipologia delle prestazioni, dei tempi di esecuzione e della complessità delle stesse, anche in considerazione delle dotazioni strumentali.

La retribuzione del singolo specialista o professionista sarà proporzionale all'obiettivo raggiunto.

Le eventuali somme residue, non assegnate a seguito del mancato raggiungimento degli obiettivi proposti, saranno utilizzabili per il finanziamento degli altri istituti contrattuali di cui al presente accordo regionale.

Infine, si stabilisce che le prestazioni aggiuntive di cui al comma 4 dell'art. 31, saranno individuate da una commissione paritetica nominata dal comitato consultivo regionale di cui all'art. 25 A.C.N.

Detta commissione procederà alla definizione del tempo medio di esecuzione di ogni prestazione relativa ad ogni branca specialistica e alle professionalità sanitarie nonché alla definizione della relativa remunerazione.

Oltre all'individuazione delle precitate prestazioni aggiuntive e dei tempi di esecuzione delle stesse, la commissione avrà il compito di definirne la relativa remunerazione.

Allegato 9

#### **ACCORDO REGIONALE**

Indennità di disagio massima sede (art. 42, comma 11, A.C.N. 23 marzo 2005)

Il comma 11 dell'art. 42 dell'A.C.N. 23 marzo 2005 prevede che per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, spetta ai medici specialisti un compenso accessorio orario nella misura e con le modalità concordate nell'ambito degli accordi regionali.

Ciò premesso, le parti stabiliscono quanto segue:

a partire dall'1 gennaio 2004 le indennità spettanti ai medici specialisti ambulatoriali in servizio presso i presidi delle piccole isole, già identificate come "sedi disagiatissime" con decreto n. 50405 del 4 settembre 1985, sono le seguenti:

- 1) 100% della tariffa oraria lorda prevista dagli istituti di cui agli artt. 42, lett. A, comma 1, e B comma 10, 30 comma 14, 32, 38 e 47 dell'A.C.N. 23 marzo 2005;

2) 100% della tariffa oraria lorda di base per ogni ora virtuale di trasferimento nella misura così fissata:

- 1) Favignana - Lipari - Ustica: ore 5;
- 2) Marettimo - Levanzo - Vulcano - Salina: ore 6;
- 3) Filicudi - Alicudi - Panarea: ore 8;
- 4) Pantelleria - Stromboli: ore 12;
- 5) Lampedusa - Linosa: ore 15.

L'indennità di cui al punto 2 è riconosciuta in occasione di ogni spostamento effettuato per il raggiungimento della disagiatissima sede, previa presentazione dei seguenti titoli di viaggio: biglietto aereo/nave; carte d'imbarco.

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

Sono fatte salve le spese documentate per il trasferimento con mezzo pubblico dal punto d'imbarco alla sede dell'incarico e viceversa, nonché l'eventuale indennità chilometrica di accesso all'imbarco spettante soltanto agli specialisti aventi la residenza nell'ambito zonale in cui ricade l'azienda unità sanitaria locale competente per territorio.

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

Allegato 10

#### ACCORDO REGIONALE

Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie dei medici specialisti ambulatoriali e delle altre professionalità sanitarie (artt. 42 e 43, A.C.N. 23 marzo 2005)

Il comma 1, lett. B, degli artt. 42 e 43 dell'A.C.N. 23 marzo 2005 prevede la costituzione, con le modalità ivi specificate, di un fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie relative, rispettivamente, ai medici specialisti ambulatoriali ed alle altre professionalità sanitarie.

Il comma 3, lett. B - quota variabile - dei predetti artt. 42 e 43 prevede che, in ciascuna regione, il fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie dei medici specialisti e dei professionisti ambulatoriali deve essere incrementato dell'ammontare delle risorse già impiegate per integrare i tetti previsti nel D.P.R. n. 271/2000 e nel D.P.R. n. 446/2001, per effetto degli accordi regionali vigenti, inerenti ai programmi e progetti finalizzati di cui all'art. 31 del citato accordo.

Ciò premesso, si individuano le somme che, ai sensi delle citate norme contrattuali, andranno ad incrementare il fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie delle categorie professionali di cui sopra e che ammontano complessivamente ad E 6.500.000. La predetta somma sarà ripartita tra gli istituti contrattuali di seguito specificati, secondo le seguenti percentuali:

responsabile di branca: 10%;

formazione continua: 5%;

programmi e progetti finalizzati: 85%.

Le somme per il finanziamento dei predetti istituti contrattuali saranno ripartite tra le aziende unità sanitarie locali in base alla percentuale di incidenza di ciascuna sulla spesa complessiva, come esplicitato nello schema di cui all'allegato 11.

Il comma 4, lett. B, dell'art. 42 prevede che dall'1 gennaio 2004 tutti gli specialisti ambulatoriali convenzionati a tempo indeterminato e determinato, ai sensi del presente accordo, partecipano al riparto del fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie, mediante attribuzione di una quota oraria e/o per obiettivi definita dagli accordi regionali,

fatti salvi i livelli retributivi al 31 dicembre 2003 come determinati dal D.P.R. n. 271/2000 (art. 30, commi 1 e 2, art. 31 e art. 32).

Il comma 5, lett. B, dell'art. 42 prevede che, per il 2004 e fino alla definizione degli accordi regionali, a ciascun medico specialista titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato è riconosciuta comunque, a titolo d'acconto, una quota oraria di ponderazione di E 2,485 per ora fino al 31 dicembre 2004, aumentata di e 0,245 dal 31 dicembre 2004 e di E 0,22 dal 31 dicembre 2005.

Ciò premesso, si stabilisce che ai medici specialisti ambulatoriali che si dichiarano disponibili a partecipare alle seguenti progettualità, definite in sede aziendale con le OO.SS. di categoria:

- a) assistenza domiciliare e/o attività extra moenia;
- b) adozione di protocolli di farmaco-economia;
- c) implementazione di sistemi di prenotazione secondo criteri di priorità, in applicazione delle direttive emanate dal Ministero della salute;
- d) adozione di linee guida nazionale ed internazionali;
- e) implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici per le singole specialità;
- f) utilizzo efficiente delle ore di ambulatorio finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa garantendo una media oraria ponderata delle prestazioni non inferiore a due (rapporto tra numero di prestazioni ponderate / ore effettivamente rese), verificate con cadenza annuale, a livello aziendale, dal Comitato di programmazione e valutazione aziendale (C.P.V.A.).

Compete la corresponsione di un'anticipazione mensile del Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie di cui all'art. 42 A.C.N. pari a \_ 2,95 per ora.

Le somme per il pagamento della predetta anticipazione saranno prelevate dalle risorse destinate al finanziamento dei programmi e progetti finalizzati di cui all'art. 31 quantificato, come sopra riportato, nell'85% del finanziamento regionale dei presenti accordi.

Per ciò che attiene ai professionisti ambulatoriali:

il comma 4, lett. B, quota variabile, dell'art. 43 A.C.N., prevede che dall'1 gennaio 2004 tutti i professionisti convenzionati a tempo indeterminato e determinato ai sensi del presente accordo partecipano al riparto del fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie, mediante attribuzione di una quota oraria e/o per obiettivi definita dagli accordi regionali.

Il comma 5, lett. B, del citato art. 43 prevede che per il 2004 e fino alla definizione degli accordi regionali a ciascun professionista titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato e determinato è riconosciuta comunque, a titolo d'acconto, una quota oraria di ponderazione di E 1,285 fino al 31 dicembre 2004, aumentata di E 0,245 dal 31 dicembre 2004 e di E 0,22 dal 31 dicembre 2005.

Ciò premesso, si stabilisce che i professionisti ambulatoriali che si dichiarino disponibili ad un utilizzo efficiente dell'attività professionale finalizzata:

- a) alla riduzione dei tempi di attesa;
- b) alla disponibilità di implementare linee guida nazionale ed internazionali;
- c) implementazione di sistemi di prenotazione secondo criteri di priorità, in applicazione delle direttive emanate dal Ministero della salute;
- d) alla implementazione di percorsi diagnostici innovativi, garantendo la media di attività professionale concordata in sede aziendale con le OO.SS. di categoria;

competete la corresponsione di un'anticipazione mensile del Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie di cui all'art. 43 A.C.N. pari a \_ 1,75 per ora.

La verifica con cadenza annuale sarà effettuata a livello aziendale dalla C.P.V.A.

Le somme per il pagamento della predetta anticipazione saranno prelevate dalle risorse destinate al finanziamento dei programmi e progetti finalizzati di cui all'art. 31 pari, come sopra riportato, all'85% del finanziamento regionale dei presenti accordi.

Il comma 10 dell'art. 42, lett. B, prevede che fino alla stipula dei nuovi accordi regionali, per l'esecuzione delle prestazioni protesiche (protesi dentarie ed implantologia, cure

ortodontiche) ed attività ortesica di cui all'allegato C e per le ore di incarico dedicate in modo esclusivo a tali attività, agli specialisti spetta un emolumento aggiuntivo orario di E 3,14.

Ciò premesso, si stabilisce che i compensi di cui al comma 10 del citato art. 42, lett. B, sono confermati nella loro entità e per tutta la vigenza del predetto A.C.N.

Gli accordi regionali stipulati ai sensi dell'A.C.N. 23 marzo 2005 avranno vigenza, sia per la parte normativa che economica, fino all'entrata in vigore dei successivi accordi regionali anche in caso di pubblicazione di un nuovo accordo nazionale per le parti non in contrasto.

Allegato 11

**SCHEMA DI RIPARTIZIONE DELLE RISORSE DA DESTINARE AL FINANZIAMENTO DEGLI ACCORDI REGIONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 42, COMMA 3, E 43, COMMA 3, DELL'A.C.N. 23 MARZO 2005**

Ammontare delle risorse già impiegate per integrare i tetti previsti nei DD.PP.RR. nn. 271/2000 e 446/2001: \_ 6.500.000

Ripartizione budget 2007: \_ 6.500.000

Aziende UU.SS.LL.	% incid. A.U.S.L.	Budget aziendale (euro)
Agrigento n. 1 . . . . .	9,2	598.000
Caltanissetta n. 2 . . . . .	5,6	364.000
Catania n. 3 . . . . .	21,7	1.410.500
Enna n. 4 . . . . .	3,6	234.000
Messina n. 5 . . . . .	13,3	864.500
Palermo n. 6 . . . . .	24,2	1.573.000
Ragusa n. 7 . . . . .	6,0	390.000
Siracusa n. 8 . . . . .	7,9	513.500
Trapani n. 9 . . . . .	8,5	552.500
<i>Totale . . . . .</i>		6.500.000

Aziende UU.SS.LL.	Budget (euro)	Responsabile di branca (euro)	Formazione continua (euro)	Programmi e progetti finalizzati (euro)
		10,0%	5,0%	85,0%
Agrigento . . . . .	598.000	59.800	29.900	508.300
Caltanissetta . . . . .	364.000	36.400	18.200	309.400
Catania . . . . .	1.410.500	141.050	70.525	1.198.925
Enna . . . . .	234.000	23.400	11.700	198.900
Messina . . . . .	864.500	86.450	43.225	734.825
Palermo . . . . .	1.573.000	157.300	78.650	1.337.050
Ragusa . . . . .	390.000	39.000	19.500	331.500
Siracusa . . . . .	513.500	51.350	25.675	436.475
Trapani . . . . .	552.500	55.250	27.625	469.625
<i>Totale . . . . .</i>	6.500.000	650.000	325.000	5.525.000

---

MICHELE ARCADIPANE, *direttore responsabile*

FRANCESCO CATALANO, *condirettore*

MELANIA LA COGNATA, *redattore*

---

**Ufficio legislativo e legale della Regione Siciliana**

*Gazzetta Ufficiale della Regione*

**Stampa: Officine Grafiche Riunite s.p.a.-Palermo**

**Ideazione grafica e programmi di Michele Arcadipane**

**Trasposizione grafica curata da [Alessandro De Luca](#)**

Trasposizioni in PDF realizzate con Ghostscript e con i metodi [qui descritti](#)