



DELIBERAZIONE N° VIII / 005006 Seduta del 26 GIU 2007

Presidente **ROBERTO FORMIGONI**

Assessori regionali VIVIANA BECCALOSSI Vice Presidente

GIAN CARLO ABELLI

DAVIDE BONI

LUCIANO BRESCIANI

MASSIMO BUSCEMI

RAFFAELE CATTANEO

ROMANO COLOZZI

MASSIMO CORSARO

FRANCO NICOLI CRISTIANI

LIONELLO MARCO PAGNONCELLI

MASSIMO PONZONI

PIER GIANNI PROSPERINI

GIOVANNI ROSSONI

MARIO SCOTTI

DOMENICO ZAMBETTI

MASSIMO ZANELLO

Con l'assistenza del Segretario **Anna Bonomo**

Su proposta dell'Assessore alla Sanità Luciano Bresciani

Oggetto

DETERMINAZIONI RELATIVE ALL'ACCORDO REGIONALE DEI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI ED ALTRE PROFESSIONALITA (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI).

Il Dirigente Filomena Lopedoto

Il Direttore Generale Carlo Lucchina

L'atto si compone di 18 *pagine*

di cui 15 *pagine di allegati,*

parte integrante.



Visto l'Accordo Collettivo Nazionale 23.03.2005 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e successive modifiche e integrazioni, con particolare riferimento alle seguenti disposizioni:

- l'art. 14 che individua i contenuti demandati alla negoziazione regionale;
- l'art. 34, comma 12, che individua le OO.SS. di categoria legittimate alla trattativa ed alla stipula degli accordi regionali;

Visto l'art. 40 del D.lgs. 30/03/01, n. 165 " Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e s.m.i., che detta disposizioni in materia di contratti collettivi nazionali ed integrativi;

Visti, altresì, gli artt. 4 e 7 del sopra citato D.lgs. 165/01;

Vista la D.G.R. n. VIII/3634 del 28 novembre 2006 con la quale sono stati istituiti:

- il Comitato Consultivo Regionale ai sensi dell'art. 25 ACN 23.03.2005 sopra citato, preposto alla definizione di "atti di indirizzo";
- la Delegazione Trattante di parte pubblica preposta all'adozione di preintese con le OO.SS. di categoria.

Visto il Decreto del Direttore Generale n. 13838 del 1.12.2006 col quale, in esecuzione di quanto previsto dalla citata D.G.R. n. 3634/06, sono stati individuati i componenti di parte pubblica del Comitato Consultivo Regionale e della Delegazione Trattante;

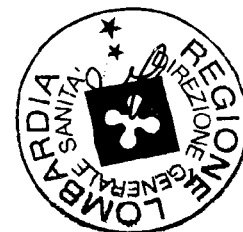
Preso atto della nota del 7/02/2007 con la quale il Direttore Generale della Sanità delega il Dr. Antonio Mobilia, direttore generale dell'ASL Città di Milano, a rappresentarlo in seno alla Delegazione Trattante di parte pubblica preposta all'adozione delle preintese con le OO.SS. degli specialisti ambulatoriali ed altre professionalità ambulatoriali (biologi, chimici, psicologi);

Visto il documento siglato in data 31 gennaio 2007 dall'Assessore alla Sanità della Regione Lombardia con le OO.SS. contenente gli atti d'indirizzo per la definizione dell'Accordo Regionale 2007;

Vista la preintesa, siglata in data 18 giugno 2007 fra la Delegazione Trattante di parte pubblica dell'Assessorato alla Sanità e le OO.SS. degli specialisti ambulatoriali ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi), allegata alla presente quale parte integrante;

Preso atto, altresì, che la preintesa suddetta è adottata nel rispetto della D.G.R. n. 3776 del 13 dicembre 2006 "*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2007*";

Per le determinazioni assunte in premessa;





A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

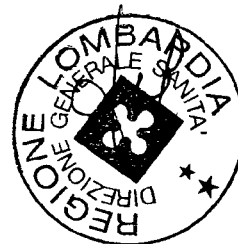
Di approvare la preintesa sottoscritta in data 18/06/2007 fra la Delegazione Trattante di parte pubblica dell'Assessorato alla Sanità e le OO.SS. Regionali degli specialisti ambulatoriali ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi), allegata alla presente quale parte integrante.

IL SEGRETARIO



Anna Bonomo

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Anna Bonomo".

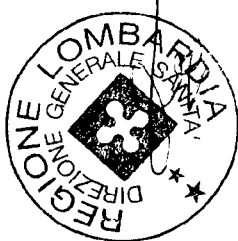


Allegato alla deliberazione
n. 5006 del 26 GIU 2007

Preintesa per la stipulazione:

**“Accordo Regionale degli specialisti ambulatoriali e altre
professionalità”**

**In attuazione dell'ACN 23.03.2005 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti
ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali.**



[Handwritten signatures and initials]

Handwritten signatures and initials are present in the lower right quadrant of the page. These include several distinct signatures and the initials 'MD' written in a larger, bold font.

PREMESSO CHE

L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali si caratterizza quale momento organizzativo del sistema nel suo complesso e strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori e nel prevedere la stipula di Accordi (Integrativi) Regionali definisce gli aspetti specifici per i quali devono essere raggiunte intese a livello regionale ; tra questi ultimi si sottolinea in particolare:

- la responsabilità dei rapporti convenzionali in relazione agli obiettivi regionali,
- l'attuazione di una rete integrata di servizi finalizzati alla erogazione delle cure primarie,
- l'organizzazione dell'assistenza specialistica territoriale finalizzata ad apportare un contributo significativo al processo di deospedalizzazione e promuovere l'appropriatezza delle cure,
- la formazione continua,
- la definizione e strutturazione anche economica del sistema premiante.
- la trasformazione in contesti definiti dei rapporti di lavoro a tempo determinato in rapporti a tempo indeterminato,

A fronte di questo si elencano gli elementi contrattuali previsti dall'A.C.N. di ulteriore qualificazione e specificazione del ruolo e dei rapporti di questi professionisti con il sistema regionale e aziendale.

L'art. 2 co. 4 definisce gli aspetti specifici per i quali devono essere raggiunte intese aziendali, e più dettagliatamente i progetti e le attività necessarie all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

L'art. 6 indica la necessità di attuare una significativa riorganizzazione del servizio sanitario nazionale attraverso:

- la realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie;
- la sperimentazione di strutture operative complesse per l'assistenza primaria;
- la piena valorizzazione ed integrazione dei medici ed operatori sanitari operanti sul territorio nelle cure primarie;
- la presenza dei medici e professionisti sanitari nelle strutture organizzative territoriali;
- l'implementazione dell'informatizzazione del sistema;
- lo sviluppo di un adeguato percorso formativo finalizzato ai percorsi aziendali , il più possibile comune fra medici e professionisti sanitari operanti nel territorio e medici e professionisti sanitari che operano in ospedale.

L'art. 7 co. 1 lega l' aumento di responsabilità nel governo clinico ad una maggiore partecipazione alle scelte di programmazione e gestione degli specialisti e degli altri professionisti. Questo aspetto è ripreso dall'art. 8 co. 3 che prevede eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di "funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza e strutture organizzative diverse dalle attività ambulatoriali ed a queste complementari".



HOB

ff

DM ff

R

2
ff

l'art. 10, disposizione contrattuale di garanzia, impegna le parti ad adottare la procedura di cui al co.2 e co.3 in caso di inadempienza circa l'attuazione di quanto previsto dall'art.4 co.1 dell'ACN.

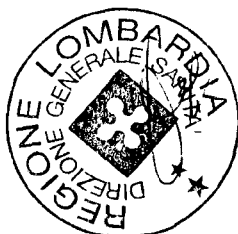
l'art. 14 completa la definizione dei contenuti demandati alla contrattazione regionale specie relativamente a:

- alle flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità (art. 17),
- modalità di assegnazione dei turni disponibili (art. 22),
- Comitato consultivo regionale (art.25),
- al ruolo professionale dello specialista ambulatoriale (art. 28) al quale il presente ACR garantisce la partecipazione alle articolazioni organizzative dell'assistenza primaria, ivi compresi i gruppi di cure primarie, nonché alle attività di coordinamento,
- ai compiti e doveri dei professionisti (art. 29),
- all'organizzazione del lavoro (art. 30) che prevede la collaborazione dello specialista alle attività ed ai progetti da realizzarsi nelle articolazioni organizzative dell'assistenza primaria, nonché conferma l'individuazione del responsabile di branca e di servizio multidisciplinare,
- programmi e progetti finalizzati (art. 31),
- diritto all'informazione e consultazione fra le parti (art. 35).

LE PARTI CONCORDANO DI ATTUARE IL SEGUENTE ACCORDO REGIONALE

Principi generali

- è demandato al livello dell'assistenza specialistica ambulatoriale definito dalla presente preintesa il compito di contribuire alle esigenze di carattere specialistico che non richieda e/o sia funzionale ad evitare il ricovero/la degenza ospedaliera, in una logica di integrazione con le cure primarie e di apporto e di interconnessione con quella ospedaliera e degli altri servizi;
- gli specialisti sono parte attiva e qualificante del Servizio Sanitario, integrandosi nell'assistenza primaria attraverso il coordinamento con le altre categorie di professionisti che operano nel territorio, e presso le strutture accreditate ospedaliere ed extraospedaliere per l'espletamento, secondo modalità di accesso e di erogazione uniformi, degli interventi specialistici, diagnostico-terapeutici, preventivi e riabilitativi;
- le parti danno atto che nel processo di razionalizzazione del Sistema Socio Sanitario Regionale il medico specialista ambulatoriale partecipa al rinnovamento del sistema sanitario assicurando:
 - un rapporto coordinato con la dirigenza e con tutte le altre attività delle strutture operative delle Aziende Ospedaliere;
 - la disponibilità a concorrere attivamente alla razionalizzazione territoriale dell'offerta di prestazioni specialistiche;
 - un'attività flessibile per la pluralità dei servizi, delle sedi di lavoro e la variabilità degli orari;
 - la disponibilità a perseguire un corretto e conveniente rapporto costi/benefici nel sistema salvaguardando la qualità del servizio reso ai cittadini;



dep
MAB

Mu
gA

A

*cy*³
h

h

- Il livello dell'assistenza specialistica territoriale risponde, in ogni branca specialistica, alla domanda dell'utenza in modo tale da partecipare al processo di deospedalizzazione dell'assistenza, contribuendo alla umanizzazione del rapporto assistenziale, al mantenimento del paziente nel proprio luogo di vita e alla eliminazione degli sprechi;
- La flessibilità e la territorialità dell'impegno specialistico, come aspetti caratteristici del rapporto di lavoro, divengono strumenti incisivi per contribuire a ridurre le "disuguaglianze nei confronti della salute" in particolare per quanto riguarda l'accesso ai sistemi di cura.

Le parti Concordano inoltre sulla realizzazione di alcuni fondamentali obiettivi e più specificamente:

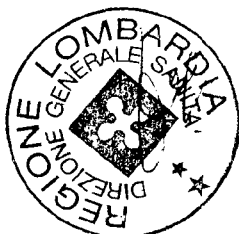
1. realizzare un riequilibrio, fra ospedale e territorio con conseguente redistribuzione delle risorse, sulla base della indicazione delle sedi e del livello più appropriato di erogazione delle prestazioni in ragione dell'efficienza, della efficacia, della economicità, degli aspetti etici e deontologici e del benessere dei cittadini;
2. favorire lo sviluppo appropriato delle prestazioni erogabili sul territorio, unitamente ad una adeguata attività di qualificazione e aggiornamento professionale per l'insieme dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio;
3. favorire la presa in carico da parte del sistema di cure primarie degli assistibili, in particolare se fragili o non autosufficienti, attraverso l'attivazione di regimi assistenziali sostenibili e di livello appropriato quali quelli della domiciliarità e residenzialità, attivando tutte le risorse delle reti assistenziali.

Si conviene infine, per il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria indicati nell'ACN, sulla necessità di attuare una significativa riorganizzazione del servizio sanitario attraverso la realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie al fine di garantire la continuità dell'assistenza, la individuazione e la intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente ed il governo dei percorsi sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica.

Rapporti giuridici ed economici dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati (ex art. 13 A.C.N.)

1. Afferimento amministrativo e funzionale

Con delibera della Giunta Regionale n.6597/VII del 29.10.2001 è stata posta in capo alle Aziende Ospedaliere la gestione, amministrativa e funzionale, dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati.



del
MUB

DM

AR

124

4

Signature

2. Campo di applicazione dell'ACN

1. Per il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria enumerati all'art. 5 dell'A.C.N. e per consentire la realizzazione della rete di servizi di cui all'art. 6, le aziende sono tenute all'applicazione delle seguenti disposizioni di cui all'art. 13 co. 4 e co. 5, garantendo:
 - a) la piena autonomia professionale dei medici e professionisti sanitari convenzionati;
 - b) forme di coordinamento organizzativo ed operativo finalizzato all'integrazione funzionale dei medici e professionisti convenzionati con gli altri servizi dell'azienda;
 - c) l'utilizzazione delle ore di attività formalmente deliberate alla data del 31.12.2005; entro 90 giorni dalla data di sottoscrizione del presente Accordo, le Aziende provvederanno alla ricognizione del monte ore di cui sopra, qualora le Aziende rilevino ulteriori necessità di espletamento di funzioni specialistiche ambulatoriali non ricomprese nelle ore ricognite dovrà essere rispettato il principio di cui all'art. 13 comma 5 dell'ACN 23.03.2005;
 - d) la partecipazione della specialistica ambulatoriale alle espansioni di attività dell'area complessiva,
 - e) la strutturazione della medicina specialistica ambulatoriale, in termini di assetto organizzativo, nei Piani strategici aziendali.

3. Mobilità ex Art. 17 A.C.N.

1. Si demanda al Comitato Regionale ex art. 25 la definizione dei criteri generali di mobilità, come previsto dal co. 1.

4. Assegnazione dei turni disponibili (art.22)

Le parti concordano che:

- a) gli accordi convenzionali a tempo determinato istituiti ex art.23 co.10 del vigente ACN costituiscano diretta e naturale prosecuzione degli incarichi ex Protocolli Aggiuntivi ai DD.PP.RR. 271/2000, art. 6 co.1 e co.2, e 446/01;
- b) di norma, la pubblicazione delle ore e la conseguente assegnazione dei turni è riferita ad esigenze assistenziali continuative e/o nell'ambito delle esigenze dell'ASL, nel limite e nel rispetto della programmazione regionale;
- c) specifiche pubblicazioni di ore a tempo determinato potranno avvenire esclusivamente per progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi generali di cui all'art.5 e definiti a livello negoziale aziendale. Le motivazioni che determinano la pubblicazione dei suddetti turni saranno presentate in sede di Comitato zonale ex art.24, contestualmente alla richiesta di pubblicazione;
- d) qualora la pubblicazione di turni disponibili contenga la richiesta di particolari capacità professionali, viene costituita una Commissione Aziendale paritetica, composta, di norma, da



HP
MNS

DM
SR

R

5

5

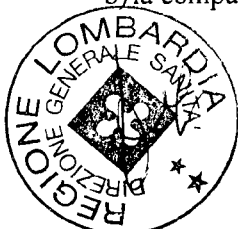
due membri designati dall'Azienda (fra i quali viene individuato il Presidente) e due membri designati dai membri di parte medica del Comitato Zonale. In caso di conflitto il voto del presidente è decisivo. I criteri di valutazione sono definiti a maggioranza in relazione ai requisiti richiesti e possono riguardare:

- il possesso di specifici titoli professionali,
 - la comprovata capacità professionale;
- e) è demandata alle ASL l'integrazione, ai sensi dell'art. 28 comma 2, dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali con un membro di rappresentanza degli specialisti ambulatoriali, individuato dalle OO.SS. rappresentative a livello provinciale.

5. Criteri e modalità per la trasformazione dei rapporti di lavoro a tempo determinato in rapporti a tempo indeterminato (art.23 comma 13)

1. La Regione Lombardia, anche al fine di contenere la spesa sanitaria, salvaguardando il livello assistenziale erogato, è favorevole al passaggio degli Specialisti ambulatoriali e dei Professionisti incaricati a tempo determinato al rapporto a tempo indeterminato, in coerenza con la programmazione regionale ed aziendale dell'attività specialistica.
2. E' facoltà delle singole Aziende, ai sensi e per gli effetti dell'art.23, comma 13 del vigente ACN, in base alle rispettive esigenze di programmazione e di organizzazione, promuovere il passaggio degli Specialisti incaricati a tempo determinato al rapporto a tempo indeterminato.
3. Il Comitato Consultivo Zonale recepisce il provvedimento dell'Azienda e provvede a tutte le procedure necessarie alla variazione di tipologia di incarico.
4. Lo Specialista che rifiuti il passaggio a tempo indeterminato, proposto da un'Azienda, decade automaticamente dal rapporto convenzionale a tempo determinato in essere presso l'Azienda in questione.
5. Si concorda di istituire, entro novanta giorni dalla stipula del presente Accordo, una Commissione Tecnica paritetica regionale, che dovrà effettuare il monitoraggio a livello regionale dell'attività specialistica complessiva, ivi compresi gli Specialisti ambulatoriali o i Professionisti provenienti dal Ministero di Grazia e Giustizia, operanti nell'attività penitenziaria e valutarne il fabbisogno, al fine di prevedere - in coerenza con gli assetti aziendali del nuovo PSSR - i criteri ed i termini necessari alla trasformazione a tempo indeterminato delle situazioni di precariato pluriennale residue, nonché verificare l'effettiva applicazione della Norma Transitoria n.4 del vigente ACN.
6. Si conviene che le Aziende Ospedaliere o Sanitarie della Regione provvedano a trasformare gli incarichi già assegnati a tempo determinato in incarichi a tempo indeterminato qualora ricorrano le seguenti condizioni:

- a) la permanenza delle esigenze assistenziali;
- b) la compatibilità economica,



feh
HDB

Mu
AR

A

10/10

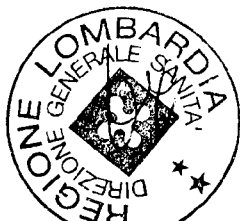
6
Sh

Qu

- c) assenza di provvedimenti disciplinari definitivi;
 - d) mantenimento del livello prestazionale espletato;
7. La sussistenza e la valutazione dei requisiti indicati è sottoposta all'esame di una commissione paritetica aziendale, composta con le medesime modalità della Commissione ex art. 22 comma 4, che dovrà altresì valutare la qualità dell'aggiornamento professionale, il raggiungimento degli obiettivi e la capacità di integrazione nel contesto aziendale dello specialista.
8. La procedura di trasformazione degli incarichi deve avvenire nel rispetto delle economie individuate dall'art. 1 commi dal 198 al 206 della legge 23.12.2005, n. 266.

6. Composizione e funzione del Comitato Consultivo Regionale e dei Comitati Consultivi Zonali (art. 24, art. 25 ACN)

1. Per l'attivazione del Comitato Regionale e dei Comitati Aziendali per la Specialistica Ambulatoriale interna ed altre professionalità, si applicano i criteri fissati dall'A.C.N. Le OO.SS. interessate sono quelle a norma dell'art. 34 dell'A.C.N. comma 10 e 12 e successive indicazioni fornite da SISAC. Si ribadiscono i contenuti del comma 14 dell'art. 34 qualora il requisito di rappresentatività sia conseguito mediante l'aggregazione di più organizzazioni sindacali.
2. Nelle more dell'applicazione delle procedure di cui all'articolo 26, la composizione dei Comitati da parte delle OO.SS. si definisce come segue:
- a) tre membri titolari e tre supplenti indicati da ogni OO.SS., in possesso dei requisiti di cui all'art. 25 comma 2;
 - b) un membro titolare ed un supplente indicati da ogni OO.SS., comunque firmataria dell'A.C.R.;
 - c) tre membri titolari e tre supplenti indicati da ogni OO.SS. all'interno dei Comitati Zonale con ambito di riferimento oltre i 400.000 abitanti, mentre per quelli sotto i 400.000 abitanti due membri titolari e due supplenti indicati da ogni OO.SS., semprechè in possesso dei requisiti di cui all'art.24 comma 5.
3. Nell'ambito dei Comitati Zonali e del Comitato Regionale e per l'esercizio dei propri compiti, la Regione si avvale di tecnici delle Aziende sanitarie quali parti integranti facenti parte del suddetto organismo. Ai Comitati è ammessa la presenza di componenti tecnici chiamati dalle OO.SS. ivi rappresentate; a questi ultimi non viene riconosciuto il compenso per la presenza.



Handwritten initials: HMB

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

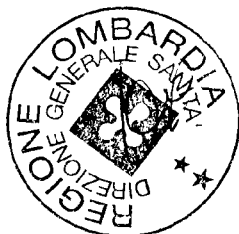
7. Organizzazione del lavoro (art. 30 ACN)

Responsabile di branca

1. I livelli assistenziali sono garantiti attraverso l'appropriatezza della domanda e dell'offerta all'interno di una rete integrata di servizi.
2. Al fine di favorire agli specialisti ambulatoriali ed ai professionisti di operare in modo coordinato ed integrato con le strutture aziendali nell'ambito delle attività di assistenza sanitaria territoriale, pur riconoscendo e garantendo piena autonomia professionale si concorda di operare un'organizzazione dell'attività individuando professionisti di riferimento (responsabile di branca).
3. Ai sensi dell'art. 30, comma 2 dell'Accordo Nazionale 23 marzo 2005, ogni Azienda definisce preventivamente - sentite le Organizzazioni Sindacali - nell'ambito del proprio assetto organizzativo - a cadenza annuale, per l'anno in corso entro il 31 luglio e a partire dal 2008 entro il 31 gennaio -, i servizi specialistici di branca o multidisciplinari, per i quali dovrà essere individuato il responsabile di branca, secondo i criteri determinati dalla presente Preintesa. Qualora l'azienda abbia già provveduto all'individuazione, l'incarico assegnato si ritiene valido fino al 31.12.2008
4. In ogni caso è prevista la presenza - a livello aziendale - di almeno tre responsabili di branca (indicativamente area chirurgica, medica e servizi [fisiatria, patologia clinica, radiologia]).

Funzioni e compiti del responsabile di branca

1. Il Responsabile di Branca svolge le funzioni di referente del servizio specialistico di branca nei confronti del dirigente indicato dalla direzione Aziendale.
2. Ferma restando l'autonomia professionale dei singoli specialisti, al responsabile di branca possono essere assegnati, dal predetto dirigente responsabile, compiti organizzativi e di indirizzo tecnico delle attività relative alla branca.
3. Il responsabile di branca, attua, relativamente al servizio specialistico di branca, gli indirizzi programmatici e organizzativi stabiliti dalla Direzione aziendale, anche attraverso indicazioni che possono pervenire dai Direttori della struttura complessa della medesima specialità indicati dalla Azienda.
4. Il responsabile di branca formula alla Direzione aziendale proposte per la migliore organizzazione della branca, l'innovazione tecnologica e il miglioramento dell'accesso dei cittadini ai servizi.
5. Al responsabile di branca possono essere assegnati i seguenti compiti:



de
KWO

M
FR

W

W

8
W

W

- a) partecipazione alla progettazione, organizzazione, coordinamento e verifica delle attività integrate tra Aziende Ospedaliere e Distretti sanitari delle Aziende Sanitarie Locali;
- b) consulenza per organizzazione ed assicurazione dell'assistenza specialistica nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) e nei gruppi di cure primarie;
- c) consulenza per organizzazione ed assicurazione dell'attività specialistica nelle strutture residenziali e semiresidenziali, nelle strutture di ricovero non dedicate ai malati in fase acuta e negli hospices;

Individuazione del responsabile di branca

1. L'ambito di riferimento per l'individuazione del responsabile di branca è l'Azienda Ospedaliera o Sanitaria Locale laddove siano presenti sanitari convenzionati ai sensi dell'ACN 23.03.2005.
2. In ogni azienda è prevista indicativamente la presenza di tre responsabili di branca, di area chirurgica, area medica e dei servizi purchè nell'area operino almeno cinque sanitari convenzionati ai sensi dell'ACN 23/3/2005; laddove l'azienda abbia, nel corso degli anni, provveduto alla individuazione di ulteriori responsabili di branca specialistica si conferma tale assetto organizzativo purchè risultino addetti per la branca per la quale è stato individuato lo specialista almeno cinque sanitari convenzionati ai sensi dell'ACN 23/3/2005.
3. Per rispondere adeguatamente alle esigenze dipendenti dell'assetto aziendale, in ciascuna Azienda possono essere definiti, tra i rappresentanti della Azienda e i rappresentanti delle Organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, livelli ulteriori di individuazione dei responsabili di branca.
4. Il responsabile di branca, nominato con specifico provvedimento, è scelto dal Direttore Generale tra una rosa di almeno tre candidati proposti dagli specialisti titolari di incarico che afferiscono ai servizi di branca o multidisciplinari, definiti a livello aziendale. Nel caso in cui l'Azienda non convochi entro il 15 febbraio di ciascun anno la conferenza di branca per la proposta di una rosa di tre candidati, il Direttore Generale è tenuto a recepire le proposte sindacali di designazione. Nelle Aziende nelle quali la figura è già in carica, possono essere utilizzate le procedure di individuazione di cui all'Accordo Regionale del 21.12.2001.
5. L'incarico di responsabile di branca ha durata annuale; cessa alla sua scadenza ed è rinnovabile, ferme restando le procedure di cui al precedente capoverso.
6. Lo specialista può dare le dimissioni dall'incarico di responsabile di branca in qualsiasi momento, per giustificati motivi, con un preavviso di 20 giorni, mediante lettera raccomandata diretta al Direttore generale.

Compenso per il responsabile di branca.

1. Per lo svolgimento dei compiti e delle funzioni sopra indicate, è previsto un compenso ~~annuo~~ ^{omnicomprensivo} pari a € 450 mensili.



[Handwritten signature]
MUB

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

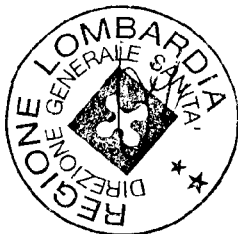
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

2. Le funzioni del responsabile di branca, da espletarsi fuori dell'orario di servizio, danno luogo ad un debito orario aggiuntivo rispetto a quello risultante dal provvedimento di conferimento di incarico, quantificato in un minimo di 8 ore mensili adeguatamente giustificate.
3. Eventuali ore eccedenti l'orario di incarico, finalizzate allo svolgimento di tale incarico, specificatamente richieste e autorizzate dal responsabile di Presidio, sono considerate come attività di servizio agli effetti degli articoli 42, 46 e 50 dell'Accordo Nazionale.

8. Programmi e progetti finalizzati (art.31 ACN)

1. Al fine di favorirne l'integrazione nell'assistenza primaria, tutti gli specialisti ambulatoriali prenderanno parte a progetti aziendali che, rapportati alle competenze e alle responsabilità dei destinatari, siano coerenti con i seguenti obiettivi di interesse di sistema:
 - progetti riferiti al rispetto di protocolli e percorsi diagnostico terapeutici e riabilitativi condivisi con le ASL per patologie croniche e continuità delle cure;
 - collaborazione alle azioni finalizzate al rispetto dei tempi d'attesa deliberati dalla Giunta Regionale;
 - semplificazione accessi ai servizi sanitari sociosanitari;
 - miglioramento della qualità dei servizi e della sicurezza del paziente;
 - progetti finalizzati al miglioramento della comunicazione interna ed esterna all'azienda;
 - partecipazione a progetti relativi all'implementazione della rete SISS;
 - partecipazione a percorsi di prevenzione primaria e secondaria.
2. Le Aziende, entro 90 giorni dalla entrata in vigore della presente Preintesa, dovranno trasmettere all'Assessorato alla Sanità i progetti aziendali definiti o da definire in contrattazione aziendale, comprensivi della identificazione degli indicatori, al fine di poter valutare la coerenza degli stessi con gli obiettivi di interesse regionale sopra indicati.
3. Al fine della validazione regionale, le Aziende, unitamente ai progetti, dovranno indicare i criteri di valutazione riferiti al raggiungimento degli obiettivi nonché gli indicatori specifici che intendono utilizzare per tale valutazione. La valutazione degli specialisti e dei professionisti dovrà tener conto dell'apporto dato da ogni singolo professionista all'interno della struttura operativa di cui fa parte.
4. Delle risultanze dei progetti definiti in contrattazione aziendale, così come certificati dai nuclei di valutazione aziendali, dovrà essere data informativa ai competenti uffici della Direzione Generale Sanità.
5. Le Aziende provvederanno alla retribuzione del raggiungimento degli obiettivi, attingendo direttamente al fondo di cui agli artt. 42, lett. B comma 1 e 43, lett. B comma 1 ACN 23.03.2005.



dep
MBA

MBA

10

6. Ferma restando la corresponsione della quota di acconto di cui all'art. 42, lettera B, comma 5, le Aziende riconosceranno una quota oraria di ponderazione di € 1.925 a ciascun medico specialista titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato successivamente alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi.
7. Ferma restando la corresponsione della quota di acconto di cui all'art. 42, lettera B, comma 6, le Aziende riconosceranno una quota oraria di ponderazione di € 1.925 a ciascun medico specialista titolare di rapporto convenzionale a tempo determinato successivamente alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi.
8. Ferma restando la corresponsione della quota di acconto di cui all'art. 43, lettera B, comma 5, le Aziende riconosceranno una quota oraria di ponderazione di € 1.925 a ciascun professionista titolare di rapporto convenzionale a tempo determinato e indeterminato successivamente alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi.
9. Eventuali somme residue derivanti dal mancato raggiungimento del 100% degli obiettivi fissati, saranno messe a disposizione per il pagamento degli obiettivi l'anno successivo. E' data facoltà alle aziende di incrementare le quote di cui ai precedenti commi 6, 7 ed 8 in relazione ad eventuali maggiori entrate determinate dai progetti aziendali, come concordato con le OO.SS. rappresentative a livello provinciale.
10. Costituiscono necessario completamento al processo organizzativo gli accordi aziendali di cui all'art. 31 co. 3; tali accordi di durata annuale ed automaticamente rinnovati, salva diversa previsione aziendale, devono essere obbligatoriamente stipulati entro il mese di gennaio di ciascun anno; in sede di prima applicazione devono essere stipulati entro 90 giorni dalla firma del presente Accordo Regionale, indicativamente entro il 30.09.2007 .
11. Tale fondo è da considerarsi non riassorbibile e nel caso non vengano definiti a livello Aziendale programmi e progetti obiettivo finalizzati , anche in riferimento a quanto previsto dall'art. 12 della presente Preintesa, le somme non erogate saranno riattribuite ai programmi e progetti obiettivo finalizzati per l'anno successivo.

9. Formazione continua (art.33 ACN)

1. La formazione continua fornisce gli strumenti per la crescita professionale del medico specialista e del professionista, per la piena integrazione nel sistema sanitario regionale coordinata con gli altri operatori delle cure primarie e dell'ospedale, per la adesione agli indirizzi ed alle missioni aziendali; essa consente quindi lo sviluppo della appropriatezza e della qualità della medicina specialistica ambulatoriale.
2. Ribadita l'importanza strategica per il sistema sanitario regionale, il percorso di sviluppo formativo (di seguito PSF) del medico specialista, dell'odontoiatra e del professionista ambulatoriale, si sviluppa su due binari: 1) tecnico-professionale, 2) gestionale-relazionale; il PSF si realizza affiancando alle attività autogestite di cui all'art. 33 comma 8, indispensabili stante la specificità di



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

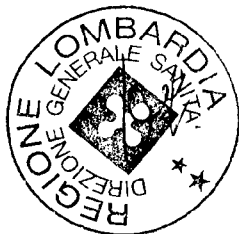
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

ogni singola branca specialistica, un piano formativo che recepisce sia le indicazioni regionali sia le particolari esigenze aziendali.

3. Lo specialista ambulatoriale, l'odontoiatra ed i professionisti ambulatoriali devono partecipare alle attività formative organizzate dalle aziende.
4. Entro il mese di novembre di ciascun anno il Comitato Regionale ex art. 25 A.C.N.23.03.2005, definisce gli indirizzi tematici e gli obiettivi formativi di interesse regionale per l'anno successivo, ai quali si dovrà attenere la programmazione aziendale.
5. Le attività formative di cui al comma precedente impegnano lo specialista, l'odontoiatra e i professionisti fino a coprire il 70% del debito formativo annuale (indicativamente per un massimo di 40 ore annue suddivise in cinque o più giornate), e sono organizzate dall'azienda di appartenenza, avvalendosi della collaborazione delle OO.SS. firmatarie e/o di Società scientifiche di categoria. La partecipazione ai corsi regionali o aziendali od alle attività sostitutive di cui al paragrafo seguente determina il riconoscimento di un permesso retribuito per le corrispondenti ore di frequenza.
6. Entro il mese di gennaio di ciascun anno, le aziende comunicano al competente Comitato Zonale ex art. 24, il PSF annuale per il personale convenzionato ai sensi dell'ACN 23.03.05. In carenza di tale comunicazione o per programmazione insufficiente al raggiungimento degli obiettivi formativi o dei crediti annuali previsti, gli specialisti ambulatoriali, gli odontoiatri e i professionisti ambulatoriali partecipano, senza oneri a proprio carico limitatamente alla quota di iscrizione al corso e con il riconoscimento di un relativo permesso retribuito, agli eventi organizzati dalle altre aziende della Regione o dalle Società scientifiche di categoria. Qualora la programmazione aziendale e regionale sia per qualsiasi motivo insufficiente a coprire il 70% del debito formativo annuale (come previsto dall'art. 33, co. 7), lo specialista avrà facoltà di acquisire ulteriori crediti formativi in modo autonomo, allo scopo di ottenere l'intero monte-crediti previsto, godendo del relativo permesso retribuito e secondo le modalità di richiesta previste dall'art. 33, co. 8.
7. I percorsi formativi di cui ai precedenti commi si articolano in molteplici eventi di varia tipologia quali corsi, gruppi di approfondimento tecnico, convegni, attività tutorate sia residenziali che a distanza (FAD), attività di formazione sul campo, partecipazione a commissioni, comitati, gruppi di lavoro, attività a progetto, attività di formazione manageriale ed altro come previsto dall'art.6 della D.G.R. 05.08.2004 n. VII/18576.
8. Si auspica la presenza di almeno due medici specialisti, odontoiatri o professionisti convenzionati tra i relatori/coordinatori/tutor di ogni singolo evento formativo. Le attività didattiche non comportano riduzione del massimale orario individuale e si svolgono preferibilmente in orario di servizio.
9. Atteso il forte aspetto strategico della formazione anche in considerazione delle indicazioni progettuali di qualificazione dei professionisti, così come si evincono dal presente accordo, ogni singola Azienda avrà a disposizione una quota di risorse, in relazione al numero di professionisti in servizio al 31 dicembre di ogni anno, atta a garantire l'assolvimento degli impegni di cui all'art. 33. L'impegno complessivo annuo stimato a livello regionale risulta essere pari a € 300.000.



feef
11/11

DM
FR

[Signature]

[Signature]

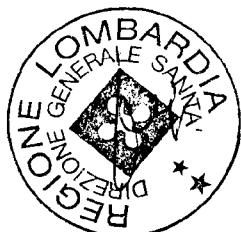
12

[Signature]
[Signature]

10. Per la città di Milano, stante la peculiarità del contesto aziendale e socio sanitario metropolitano, in via sperimentale triennale, la formazione continua si svilupperà lungo un percorso di allineamento del singolo professionista al profilo specialistico aziendale. A tale scopo verrà costituita, entro 90 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo, una commissione paritetica aziendale che procederà alla definizione dei profili specialistici per singola branca, alla verifica dell'aderenza dei singoli professionisti al profilo concordemente definito, e alla stesura eventuale di un piano formativo professionale personalizzato, che verrà sottoposto alla direzione generale per l'approvazione e l'attuazione. La medesima commissione provvederà alla verifica periodica dell'avanzamento del percorso e a proporre le iniziative necessarie a correggere eventuali disfunzioni riscontrate.
11. Per le attività formative autogestite (partecipazione a corsi non compresi nella programmazione regionale e fino al raggiungimento del 30% dei crediti formativi annuali previsti), il comma 8 dell'art. 33 definisce le modalità di corresponsione del permesso retribuito.
12. L'intesa di cui ai precedenti commi del presente articolo sarà riesaminata, a richiesta di una delle parti firmatarie, alla luce delle nuove linee di indirizzo definite a livello nazionale o regionale per l'organizzazione dell'educazione medica continua (ECM).
13. Stante la necessità di costruire un percorso formativo triennale, finalizzato all'acquisizione da parte dei professionisti di specifiche competenze per la gestione della medicina specialistica territoriale, viene costituito entro 90 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo un gruppo di lavoro paritetico regionale composto per la parte medica da 4 membri designati dai sindacati di categoria maggiormente rappresentativi, per la definizione del programma sperimentale di formazione, il coordinamento dei singoli eventi, il monitoraggio dei risultati nell'ambito di un processo di miglioramento continuo della qualità del progetto formativo. La partecipazione a tale gruppo è assimilata alle funzioni di cui all'art. 30 co. 15. L'organizzazione dei singoli eventi formativi è affidata alle Società scientifiche di categoria con il sostegno logistico ed economico delle Aziende sanitarie.

10. Relazioni sindacali (art.35 ACN)

1. Si richiamano le Aziende al rispetto delle norme di cui all'art. 35; in particolare, le Aziende garantiranno alle OO.SS una costante informazione e consultazione:
 - a) sulla programmazione dell'area specialistica extra degenza,
 - b) sugli atti deliberativi circa il personale dipendente e convenzionato, ancorché l'organizzazione e quant'altro previsto ai punti a) e b) co. 2.
2. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche ai rapporti fra OO.SS. e competenti Uffici della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia.
3. Si concorda per l'utilizzazione nel primo semestre dell'anno successivo delle ore di distacco sindacale assegnato secondo le norme e procedure di cui all'art. 34, e non fruite nel corso dell'anno di competenza; inoltre, si conferma la facoltà da parte delle OO.SS di variare nel corso dell'anno i



bf
M. S.

mm
FR

R

K

13

la
h

nominativi dei medici per i quali è stato richiesto il distacco sindacale ed il numero di ore assegnate, previa comunicazione alle Aziende presso cui operano detti specialisti.

11. Malattia - Gravidanza (art. 37) - Assenze non retribuite (art. 36)

1. Le OO.SS. firmatarie si riservano di presentare, in sede di Comitato Regionale ex art. 25, una propria proposta per uniformare a criteri di equità, solidarietà ed attenzione sociale le modalità di gestione delle assenze sia per terapie salvavita ed assimilabili in caso di patologie gravi, sia per comprovata necessità, sia per la partecipazione ad iniziative umanitarie e di solidarietà sociale.

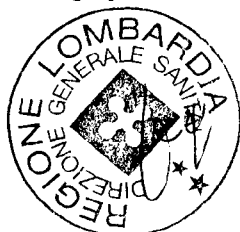
12. Trattamento economico (art.42 e 43) fondo di perequazione - norma di salvaguardia

1. Per quanto concerne la quota variabile B, si sottolinea come l'emolumento corrisposto ai sensi dei co. 5 e 6 artt. 42 ACN, costituisca acconto del riparto del fondo di ponderazione qualitativa, non riassorbibile in altra voce retributiva, come definito dai co.1 e 4 del citato articolo.

Essendo il fondo di perequazione istituito dall'1.1.2004, e non essendo stati indicati, per gli anni 2005 e 2006, obiettivi specifici derivanti da Accordi Regionali, nell'anno 2008 la partecipazione a 2 progetti aziendali darà diritto alla remunerazione per l'anno 2008, proporzionalmente al raggiungimento dell'obiettivo indicato dai progetti, ad una maggiorazione di € 1.925 per ora di incarico.

Entrambi i progetti devono avere come obiettivo uno di quelli individuati dall'art. 8 comma 1 della presente Preintesa. Qualora uno dei due progetti abbia come finalità la riduzione delle liste d'attesa, anche attraverso il sistema dell'overbooking, la partecipazione a tale progetto darà diritto all'erogazione ulteriore di € 0.90 per ora di incarico. La remunerazione maggiorata del secondo progetto ha validità limitatamente all'anno 2008, tuttavia qualora l'azienda ritenga positiva l'esperienza maturata sul progetto relativo alla riduzione delle liste d'attesa e voglia pertanto proseguire tale progetto per i successivi anni 2009 e 2010, sarà altresì prolungata la remunerazione legata a tale progettualità.

2. Per l'anno 2006, 2007 e seguenti il fondo di ponderazione qualitativa ex art. 42, parte B, co. 1, integrato dagli incrementi retributivi di cui ai co. 5 e 6, viene ulteriormente incrementato dalle quote di anzianità rese disponibili nel corso dell'anno precedente, ai sensi del co. 2.
3. Per quanto concerne l'indennità protesica (art. 42 co. 10) essa sarà riconosciuta sulle ore settimanali di incarico dedicate in modo esclusivo per attività protesica ed ortodontica, come riportate nella lettera di incarico del medico specialista e dell'odontoiatra.
4. Gli stessi criteri di cui ai commi precedenti si applicano ai professionisti Biologi, Chimici e Psicologi, per il trattamento economico previsto dall'art 43.



Handwritten signature

Handwritten initials

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature

14

Handwritten signature

5. Ai sensi dell'art. 34 co. 5, l'acconto di cui all'art. 42 lettera B co.5 o co. 6 e l'acconto di cui all'art. 43 lettera B co. 5 continua ad essere corrisposto allo specialista ambulatoriale ed al professionista per le ore di incarico destinate all'esercizio del diritto alla tutela sindacale (distacco sindacale); viene altresì corrisposto, secondo le modalità di cui al comma 1 del presente articolo, per ogni ora di incarico il saldo della quota di ponderazione qualitativa di cui all'art.42 lettera B co.1 e art. 43 lettera B co. 1, cumulativamente con la liquidazione del mese di dicembre di ciascun anno. In sede di prima applicazione tale saldo è determinato in €. 1,925 per ora di incarico, fatti salvi gli incrementi annuali cumulativi per effetto dell'art. 42 lettera B co.2 e dell'art. 43 lettera B co.2.
6. Le Aziende provvedono, entro 90 giorni dalla deliberazione della presente Preintesa, all'applicazione delle norme di cui all'art. 42, lettera B, comma 4, art. 43 lettera B, comma 2, art. 9, tabella B, onde garantire i livelli retributivi e la partecipazione dei medici specialisti e dei professionisti agli aumenti.

NORMA FINALE 1

1. Per quanto non disciplinato dalla presente Preintesa si fa riferimento all'ACN 23.03.2005 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali.

Siglato in Milano il 18.06.2007

Per la Direzione Generale Sanità

Carlo Lucchina

Filomena Lopedoto

Mariella De Biase

Per le Aziende Sanitarie

Antonio Mobilia

Francesco Beretta


Carlo Pampari

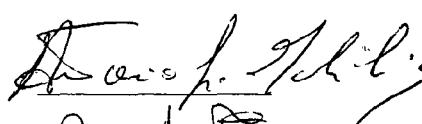
Per SUMAI

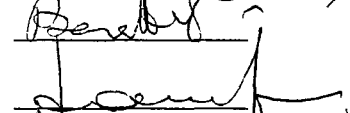
Per CISL MEDICI

Per AUPI

Per SNUBCI

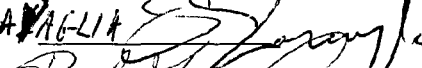

Mariella De Biase

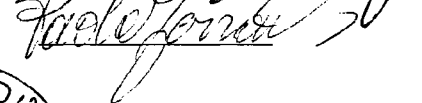

Antonio Mobilia


Francesco Beretta

GIUSEPPE NIELFI 
Giuseppe Niefi

DANILO MAZZACANE 
Danilo Mazzacane

SALVATORE ZAVAGLIA 
Salvatore Zavaglia


Carlo Pampari

