

*Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell’art. 8 del d.lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – triennio 2016-2018 del 31/03/2020,*

*così come integrato con Accordo Collettivo Nazionale del 20/05/2021*

Accordo Integrativo Regionale tra la Regione Liguria e le OO.SS. di categoria, rappresentative a livello regionale, in attuazione dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) ai sensi dell’art. 8 del d.lgs. 502/1992 e ss. mm. ii. – triennio 2016-2018, di cui all’intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome del 31 marzo 2020 e s.m.i.

SOMMARIO

[Art. 1 - Aree Strategiche di Intervento 5](#_Toc114208156)

[Art. 2 - Campo di applicazione e durata dell’Accordo Integrativo Regionale. 6](#_Toc114208157)

[Art. 3 - Precisazioni e integrazioni all’art. 4 “Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale”. 6](#_Toc114208158)

[Art. 4 - Precisazioni e integrazioni all’art. 6 “Istituzione delle forme organizzative (AFT e UCCP)”. 7](#_Toc114208159)

[Art. 5 - Precisazioni e integrazioni all’art. 7 “Caratteristiche generali delle AFT”. 7](#_Toc114208160)

[Art. 6 - Precisazioni e integrazioni all’art. 8 “Il referente di AFT”. 8](#_Toc114208161)

[Art. 7 - Precisazioni e integrazioni all’art. 10 “Il coordinatore di UCCP”. 10](#_Toc114208162)

[Art. 8 - Precisazioni e integrazioni all’art. 11 “Debito informativo”. 10](#_Toc114208163)

[Art. 9 - Precisazioni e integrazioni all’art. 16 “Partecipazione a comitati e commissioni”. 10](#_Toc114208164)

[Art. 10 - Precisazioni e integrazioni all’art. 17 “Comitato Regionale”. 10](#_Toc114208165)

[Art. 11- Precisazioni e integrazioni all’art. 18 “Comitato zonale”. 10](#_Toc114208166)

[Art. 12 - Precisazioni e integrazioni all’art. 20 “Pubblicazione degli incarichi”. 11](#_Toc114208167)

[Art. 13 - Precisazioni e integrazioni all’art. 21 “Assegnazione di incarichi a tempo indeterminato”. 12](#_Toc114208168)

[Art. 14 - Precisazioni e integrazioni all’art. 22 “Assegnazione di incarichi a tempo determinato”. 12](#_Toc114208169)

[Art. 15 - Precisazioni e integrazioni all’art. 24 “Compiti e funzioni dello Specialista ambulatoriale”. 12](#_Toc114208170)

[Art. 16 - Obiettivi generali per tutti gli Specialisti 12](#_Toc114208171)

[Art. 17 - Precisazioni e integrazioni all’art. 27 “Incompatibilità”. 16](#_Toc114208172)

[Art. 18 - Precisazioni e integrazioni all’art. 28 “Massimale orario”. 16](#_Toc114208173)

[Art. 19 - Precisazioni e integrazioni all’art. 29 “Organizzazione del lavoro”. 17](#_Toc114208174)

[Il Responsabile di BRANCA (art. 29, commi 7 e 8) 17](#_Toc114208175)

[Art. 20 - Precisazioni e integrazioni all’art. 30 “Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità”. 19](#_Toc114208176)

[Art. 21 - Precisazioni e integrazioni all’art. 31 “Riduzione dell’orario di incarico”. 20](#_Toc114208177)

[Art. 22 - Precisazioni e integrazioni all’art. 32 “Attività esterna e pronta disponibilità”. 20](#_Toc114208178)

[Art. 23 - Precisazioni e integrazioni all’art. 33 “Permesso annuale retribuito”. 21](#_Toc114208179)

[Art 24 - Precisazioni e integrazioni all’art. 34 “Assenze per malattia e gravidanza”. 21](#_Toc114208180)

[Art. 25 - Precisazioni e integrazioni all’art. 40 “Formazione continua (ECM)”. 21](#_Toc114208181)

[Art. 26 - Precisazioni e integrazioni all’art. 41 “Programmi e progetti finalizzati”. 22](#_Toc114208182)

[Art. 27 - Precisazioni e integrazioni all’art. 42 “Libera professione intra-moenia”. 22](#_Toc114208183)

[Art. 28 - Precisazioni e integrazioni all’art. 43 “Compensi per gli specialisti ambulatoriali e veterinari a tempo indeterminato”. 23](#_Toc114208184)

[Art. 29 - Precisazioni e integrazioni all’art. 52 “Assicurazioni contro i rischi derivanti dagli incarichi”. 24](#_Toc114208185)

[Art. 30 - Risorse disponibili ai sensi dell’Accordo Collettivo Nazionale 24](#_Toc114208186)

[Norma finale n. 1 26](#_Toc114208187)

[Norma finale n. 2 26](#_Toc114208188)

[Norma finale n. 3 26](#_Toc114208189)

[Norma finale n. 4 27](#_Toc114208190)

[Nota a verbale 1 27](#_Toc114208191)

PREMESSA

*Il territorio viene ormai riconosciuto come punto di forza per l’organizzazione della risposta socio sanitaria e per la corretta gestione dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali di assistenza e della appropriatezza delle prestazioni, non disgiunte da un’economicità altrimenti non riscontrabile a parità di cure erogate.*

*La rilevanza della tutela della salute dei soggetti fragili, e di coloro che sono affetti da patologie croniche, presuppone l’individuazione di percorsi territoriali che consentano integrazione e interazione dei medici specialisti ambulatoriali con altre professionalità del comparto sanitario, anche preposte al sociale.*

*Trattandosi di livello di negoziazione regionale, quest’ultimo individua modelli organizzativi, obiettivi e strumenti operativi per l’attuazione di tali progetti, in armonia con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, portando incentivazione e remunerazione per compiti che conducano a conseguire obiettivi e risultati concreti, nell’interesse degli assistiti. L’AIR deve altresì contenere strumenti operativi per attuare i percorsi e raggiungere gli obiettivi previsti, oltre che normare le modalità di distribuzione del compenso. Deve altresì prevedere i programmi e i progetti finalizzati di cui all’articolo 41 “Programmi e progetti finalizzati”.*

# Art. 1 - Aree Strategiche di Intervento

Sono individuate, in particolare, tre Aree strategiche di intervento:

1. Collaborazione funzionale Ospedale – Territorio
2. Presa in carico del Paziente e del Paziente Cronico
3. Appropriatezza prescrittiva ed organizzativa, Governo delle liste di attesa

### Collaborazione funzionale Ospedale – Territorio

È necessario sviluppare una rete Ospedale /Territorio integrata che garantisca la continuità di cura attraverso i PDTA sfruttando le opportunità che sono rappresentate da nuovi modelli organizzativi e dall’utilizzo di strumenti di lavoro informatici che migliorano la comunicazione tra i professionisti (Telemedicina, Teleconsulto, ecc). Le progettualità devono essere sviluppate in ogni ASL in ragione dell’organizzazione dei Servizi peculiari e specifici in ogni realtà aziendale. Per fare rete non si può prescindere da una cartella informatizzata regionale, sfruttando eventuali esperienze già supportate da adeguati risultati.

**Art. 1-A**: *l’AIR pone l’accento sulla cartella informatizzata regionale e sulle possibilità offerte dalle nuove tecnologie. Le aziende, per migliorare i servizi, devono mettersi in rete in modo da contrarre i tempi ed evitare duplicazione di esami.*

### Presa in carico del Paziente e del Paziente Cronico

La presa in carico del paziente si deve intendere come di seguito: una volta che il MMG/PLS prescrive una consulenza, lo Specialista che riceve il paziente è tenuto a prescrivere con il proprio ricettario (DEMA o cartaceo in caso di malfunzionamenti) tutte le indagini ritenute necessarie per la diagnosi e la cura della patologia che necessita di assistenza specialistica per esempio:

* Completamento diagnostico inerente alla branca
* Indicazione del trattamento terapeutico
* Controlli periodici per condizioni cliniche che richiedono controllo programmato

con una scadenza individuata dallo Specialista

* Controlli periodici per problematiche complesse che necessitino di presa in carico, ivi compreso tutto ciò che lo Specialista ritenga opportuno per l’inquadramento e/o l’approfondimento clinico.

L’ACN ben specifica quanto sopra tra i doveri e compiti dello Specialista. Lo Specialista utilizza i sistemi informatici messi a disposizione dalle Aziende/Regione. In nessun caso lo Specialista svolge attività amministrativa, stante il suo ruolo medico.

**Art. 1-B*:*** *qui viene ribadito che l’attività prescrittiva è in capo allo specialista. Quella amministrativa, però, è del tutto esclusa (tipo prenotazioni, erogati ecc.). Lo specialista si limita a indicare se e quando sarà necessario un controllo. L’Azienda provvede in tal senso.*

### Appropriatezza prescrittiva ed organizzativa, Governo delle liste di attesa

Appropriatezza prescrittiva ed organizzativa

La definizione di appropriatezza più completa sembra essere quella espressa dal “USA Medicine Institute: “*Fare le cose giuste, nel modo migliore, al momento giusto, a chi ne ha bisogno, in sicurezza. Agire in modo appropriato in coerenza con le conoscenze mediche correnti*” (EBM).

Per l’analisi di appropriatezza è possibile ricorrere anche al sistema Poliss/CUP che permette di lavorare in modo strutturato sulla banca dati delle prescrizioni elettroniche (DEMA) redatte dai MMG e dagli Specialisti Ambulatoriali.

Governo delle liste di attesa

L’Intesa Stato-Regioni, n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 ed eventuali ss.mm.ii., ha stabilito che le Regioni devono adottare il Piano Regionale Attuativo relativo al contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero. L’obiettivo è quello di assicurare al cittadino la garanzia dei tempi massimi previsti per ogni Classe di Priorità Clinica per almeno il 90 % delle richieste. Ciò si può realizzare attraverso diversi approcci organizzativi, ma rimane imprescindibile l’applicazione di rigorosi e puntuali criteri di appropriatezza da parte del Medico prescrittore. Il tutto per promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

Le Aree di intervento come sopra individuate possono subire variazioni in considerazione delle necessità assistenziali contingenti quali, tra le altre, la pandemia da COVID-19 e il suo andamento nel corso del tempo.

**Art. 1C:** *in questa sede si pone l’accento sul fatto che il governo delle liste di attesa comincia con la prescrizione da parte del medico Curante. Solo dopo intervengono le altre figure. Pertanto una azione correttiva a monte sarebbe auspicabile e necessaria per non trovarsi a svolgere prestazioni che solo il paziente ritiene essere utili.*

# Art. 2 - Campo di applicazione e durata dell’Accordo Integrativo Regionale.

Il presente Accordo Integrativo Regionale entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento di approvazione da parte della Giunta Regionale e rimane vigente fino alla stipula del successivo Accordo, fatte salve modificazioni ed integrazioni e/o rettifiche a livello nazionale. Sono fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti. Il presente Accordo Integrativo Regionale sostituisce i precedenti che risultano integralmente disapplicati.

A richiesta di una delle parti il presente accordo può, altresì, essere rivalutato ove circostanze straordinarie o mutate esigenze lo impongano.

**Art. 2:** *vengono precisati i tempi dell’accordo insieme ai suoi effetti giuridici e, altresì, i precedenti AIR risultano interamente disapplicati e cessano l’effetto.*

# Art. 3 - Precisazioni e integrazioni all’art. 4 “*Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale*”.

In relazione all’art. 4 dell’ACN, in tema di attuazione di obiettivi prioritari di politica nazionale, si precisa che gli obiettivi devono essere rendicontati sulla base di specifici indicatori e il pagamento degli emolumenti derivanti dagli stessi dovrà avvenire con il meccanismo detto “a consuntivo”, previo quindi rendiconto finale dell’attività svolta e degli obiettivi raggiunti.

**Art. 3:** *inserito a salvaguardia delle Aziende in modo che le stesse possano erogare emolumenti solo in presenza di una attività svolta e di un obiettivo raggiunto.*

# Art. 4 - Precisazioni e integrazioni all’art. 6 “*Istituzione delle forme organizzative (AFT e UCCP)*”.

L’Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) di cui all’articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni nella L. 8 novembre 2012, n. 189, è una forma organizzativa funzionale (non strutturale) degli Specialisti Ambulatoriali interni appartenenti a diverse branche e di Professionisti, ad adesione obbligatoria (nell’ambito del proprio orario di servizio derivante dalla lettera di incarico e successive modificazioni), per il conseguimento di obiettivi pianificati a livello regionale e aziendale, ai sensi dell'art. 6 dell'ACN 31/03/2020 e s.m.i.. L'obiettivo generale delle AFT è la promozione dell'integrazione dei singoli specialisti ambulatoriali interni e degli psicologi convenzionati con le strutture organizzative aziendali e con i MMG/PLS del Distretto, per il conseguimento degli obiettivi definiti nell'ambito della programmazione Regionale ed Aziendale.

L’adesione degli specialisti, dei professionisti e dei veterinari all’utilizzo di supporti informatici avviene senza che la stessa incida sull’attività clinica e sulla comunicazione, fini primari dell’assistenza.

L’attuazione delle AFT e UCCP avviene secondo il disposto del presente Accordo Integrativo Regionale, volto a integrare quello in atto, con successive delibere e/o accordi Aziendali.

La Regione Liguria integra nelle AFT componenti della specialistica ambulatoriale e nelle UCCP anche i veterinari e gli altri sanitari competenti per branca di cui all’Accordo nazionale, per attività correlate alla prevenzione.

Le parti convengono che le attività degli Specialisti Ambulatoriali, anche integrate nel sistema delle AFT, potranno essere svolte nelle case di comunità, come previsto dal PNRR.

# Art. 5 - Precisazioni e integrazioni all’art. 7 “*Caratteristiche generali delle AFT*”.

1. Lo Specialista collabora e si integra nelle AFT e UCCP in conformità al proprio orario di servizio. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti in sede aziendale, costituisce la base per l’erogazione della parte variabile del trattamento economico dei componenti della stessa AFT con le modalità e i compensi previsti dal presente AIR.
2. Il funzionamento interno delle AFT è disciplinato da apposito regolamento definito a livello aziendale, visto l’articolo 7, comma 8 dell’ACN.

Ad integrazione di quanto previsto dall’art. 7, comma 2 dell’ACN, le AFT hanno anche il compito di:

* Contribuire ad assicurare sul territorio l'erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
* Partecipare alla realizzazione della continuità dell'assistenza nei percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio (MMG/PLS) per garantire una effettiva presa in carico dell’utente;
* Promuovere e diffondere l’appropriatezza clinica e organizzativa nell’uso dei servizi sanitari, anche attraverso la partecipazione sistematica ad audit;
* Contribuire con il Direttore del Distretto alla definizione del fabbisogno di specialistica in considerazione del rapporto fra la domanda e l'offerta di prestazioni a livello di zona distretto.
* Contribuire con i MMG/PLS ai percorsi della medicina di iniziativa sul paziente affetto da cronicità utilizzando anche sistemi di Televisita/Teleconsulto messi a disposizione dall’Azienda.
* Concorrere responsabilmente alle azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili, in attuazione degli obiettivi aziendali.
* Concorrere alla gestione delle liste di attesa favorendo l’utilizzo del Modello RAO ed alla revisione e/o aggiornamento dello stesso.
* Attuare la verifica di concordanza relativa alla classe di priorità prescritta ed a quella assegnata dallo Specialista ai fini del confronto tra pari con i MMG/PLS ed il Distretto.

# Art. 6 - Precisazioni e integrazioni all’art. 8 “*Il referente di AFT*”.

L’AFT è coordinata da un referente, e suo sostituto, individuati con le modalità di cui all’art. 8, comma 2 dell’ACN.

Ai sensi dell’art. 8, comma 1 dell’ACN, dalla istituzione della AFT, il coordinatore distrettuale di cui all’art. 3-sexies, comma 2 del D. Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii. è sostituito dal referente di AFT senza nuovi e ulteriori oneri a carico dell’Azienda. Con la medesima decorrenza il coordinatore aziendale, qualora previsto, è sostituito dal referente di AFT, senza nuovi e ulteriori oneri a carico dell’Azienda.

L’incarico di referente di AFT ha durata non inferiore a tre anni e potrà essere revocato anticipatamente rispetto alla scadenza naturale: dallo Specialista, attraverso una nota di preavviso di almeno tre mesi, o dal Direttore Generale con motivazione circostanziata (motivi disciplinari, inadempienze e altre fattispecie consimili).

Il referente di AFT accetta o meno l’incarico nel presidio e/o nel distretto in cui opera, assicurando anche l’attività di coordinamento organizzativo.

Il Direttore Generale dell’Azienda, o un suo delegato, definisce le funzioni assegnate, gli obiettivi e i criteri di valutazione degli stessi obiettivi al fine della verifica annuale dei risultati raggiunti dal referente di AFT, secondo indicatori stabiliti all’art. 7, comma 6 dell’ACN per la corresponsione del trattamento economico del referente di AFT (retribuzione di risultato), concordata con le OO.SS a livello di contrattazione aziendale.

Oltre a quanto previsto dall’art. 7, commi 3, 4 e 5 dell’ACN, il Referente dell’AFT adempie anche ai seguenti compiti:

1. Conduce e coordina almeno 3 incontri annuali a carattere organizzativo e/o professionale all’interno della AFT, assicurandone la programmazione rapportandosi con la dirigenza aziendale (gli incontri vengono inseriti nell'aggiornamento obbligatorio - 12 ore annue);
2. Rappresenta, per l'aspetto professionale, i medici/professionisti dell’AFT nei rapporti con le strutture organizzative territoriali ed ospedaliere di riferimento;
3. Partecipa al processo di definizione degli obiettivi di budget e alle riunioni a riguardo, raccordandosi con i referenti di Branca. Il budget è inteso come individuazione degli obiettivi assistenziali e organizzativi;
4. Garantisce annualmente il monitoraggio dell'andamento degli obiettivi assegnati all’interno dell’AFT;
5. Favorisce l'attuazione dei percorsi di continuità nel raccordo fra ospedale e territorio sia nelle fasi di dimissione che in quelle di presa in carico dei pazienti cronici in collaborazione con il Medico Curante (MMG/PLS);
6. Costituisce il tramite di collegamento fra il distretto ed i dipartimenti aziendali, anche attraverso i responsabili di branca;
7. Esercita le funzioni di cui all'art. 39, comma 5 lettera a). Gli Uffici per i Procedimenti Disciplinari (UPD) aziendali forniscono il supporto, l’eventuale consulenza e formazione;
8. Annualmente redige una relazione al Direttore di Distretto sull'attività espletata, la quale costituirà lo strumento di valutazione anche al fine del rinnovo dell'incarico.

Ai sensi dell’art. 8, comma 8, dell’ACN, al Referente della AFT è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti.

Ai sensi della citata normativa contrattuale, al Referente della AFT, i cui compiti sono stabiliti dai commi 3, 4 e 5 dell’art. 8 dell’ACN vigente e integrati con le ulteriori attività introdotte dal presente AIR, viene riconosciuto un compenso finanziato con risorse attinte, ogni anno, dal fondo di cui all’art. 43, lettera B, comma 7 dell’ACN, se trattasi di Specialista ambulatoriale o veterinario, e dal fondo di cui all’art. 44, lettera B, comma 6, se trattasi di Professionista. Pertanto i citati fondi, a livello aziendale, dovranno essere annualmente decurtati della somma necessaria al pagamento di detti compensi.

Il compenso spettante al Referente di AFT verrà determinato successivamente alla istituzione delle AFT, in sede di tavolo negoziale della specialistica ambulatoriale di cui alla DGR n. 249/2021, che verrà appositamente convocato.

In nessun caso tale compenso potrà provenire dal fondo di ponderazione.

A livello aziendale saranno definite le modalità e le ore da dedicarsi alla suddetta attività.

**Artt. 4-5-6***: vengono declinati compiti e funzioni delle AFT, nonché la nomina del responsabile, le sue incombenze e i suoi emolumenti. Tali emolumenti non potranno, in ogni caso, provenire dal fondo di ponderazione.*

# Art. 7 - Precisazioni e integrazioni all’art. 10 “*Il coordinatore di UCCP*”.

Il coordinatore di UCCP, qualora individuato tra gli specialisti e/o i veterinari e/o i professionisti, avrà remunerazione pari a quella prevista per il personale dipendente, per la medesima/analoga funzione.

Il coordinatore di UCCP, qualora individuato tra gli specialisti e/o i veterinari e/o i professionisti, avrà un premio di risultato concordato a livello aziendale con le OO SS e valutato secondo indicatori di cui all’art. 9, comma 6 dell’ACN.

Il coordinatore di UCCP potrà accettare l’incarico solo se in possesso dei titoli e dell’esperienza di cui all’art. 10 comma 2 dell’ACN.

**Art.7***: in questo articolo si tratta del coordinatore di UCCP che viene sostanzialmente equiparato a personale dipendente.*

# Art. 8 - Precisazioni e integrazioni all’art. 11 “*Debito informativo*”.

La riduzione del trattamento economico di cui all’art. 11, comma 4 dell’ACN non si applica nel caso in cui l’inadempienza dipenda da cause tecniche quali, ad esempio, di natura professionale e/o organizzativa non legate alla responsabilità dello Specialista.

**Art.8:** *in questa sede si precisa che la riduzione del trattamento economico, per essere applicata, deve riconoscere una responsabilità dello specialista.*

# Art. 9 - Precisazioni e integrazioni all’art. 16 “*Partecipazione a comitati e commissioni*”.

In merito al preavviso di cui al comma 3, gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti convenzionati, partecipanti ai comitati e commissioni di cui al comma 1 si impegnano a darne comunicazione all’Azienda entro 72 ore, fatte salve convocazioni con carattere d’urgenza.

Quanto sopra si applica altresì a riunioni dipartimentali e/o commissioni di interesse aziendale e/o regionale.

# Art. 10 - Precisazioni e integrazioni all’art. 17 “*Comitato Regionale*”.

L’attività del Comitato (paritetico) è principalmente diretta a:

Formulare pareri e proposte sulla programmazione sanitaria regionale, sulla base del monitoraggio del monte ore e del suo pieno utilizzo di cui all’art. 3, comma 7, ricevendo periodica relazione sul monte ore e del suo pieno utilizzo, dai Comitati zonali delle provincie.

# Art. 11 - Precisazioni e integrazioni all’art. 18 “Comitato zonale”.

Con specifico riferimento al comma 5 lettera b), l’attività del Comitato è principalmente orientata a:

* Monitorare l’applicazione dell’Accordo Attuativo Aziendale; monitorare la consistenza del monte ore e del suo pieno utilizzo, verificando che venga mantenuto, richiedendo contestualmente a tutte le aziende che si riferiscono allo stesso C.Z., periodica, sintetica relazione semestrale del pieno utilizzo del predetto monte ore e dei turni di soggetti dimissionari o/e in quiescenza.
* Operare, fornendo le seguenti indicazioni operative generali:
* aumento delle prestazioni erogate con ore aggiuntive di attività programmata prevedendo un pacchetto supplementare di ore di cui disporre in caso di superamento dei tempi d’attesa e per periodi strettamente legati alle necessità. Le ore ai medici specialisti titolari di incarico a tempo indeterminato, ai sensi dell’art. 29, comma 5. Fra i titolari di incarico, hanno priorità gli specialisti che operano nel presidio individuato come critico nel progetto di contenimento delle liste di attesa;
* interventi finalizzati all’appropriatezza delle prestazioni prevedendo, nell’ambito dei piani formativi aziendali obbligatori, dei programmi di formazione/informazione rivolti ai medici prescrittori (particolarmente MMG e PLS) finalizzati alla ricerca dell’appropriatezza nella domanda specialistica e razionalizzazione della stessa in termini di accesso per priorità clinica.
* **Artt. 10 & 11:** *visto il combinato disposto dell’art 3 comma 7 e dell’art 20 comma 1 dell’ACN e il conseguente mantenimento del monte ore, le Aziende sono invitate a rendicontare, con cadenza periodica, relativamente ai turni resisi disponibili e alla loro reimmissione nel circuito lavorativo. In sintesi trattasi della vigilanza sul mantenimento del monte ore. Il Comitato Zonale assume poi una funzione propositiva relativamente alla proposta di incrementi temporanei per superare le criticità e sulle indicazioni di appropriatezza prescrittiva.*

# Art. 12 - Precisazioni e integrazioni all’art. 20 “*Pubblicazione degli incarichi*”.

L’ Azienda, esaminate le liste di attesa e considerate le necessità dell’Utenza, espletate le procedure di verifica e di completamento orario di cui al comma 1 dell’art. 20 dell’ACN, pubblica i nuovi incarichi (per l’ampliamento di quelli in atto, e per la copertura di quelli resisi disponibili).

Per quanto riguarda il mantenimento della consistenza degli incarichi si richiamano le disposizioni di cui agli artt. 3 comma 7, 20 comma 1 ultimo periodo e 21 comma 2 dell’ACN, dando atto che detta consistenza degli incarichi non viene meno con la cessazione, revoca o decadenza dei medici, sanitari e professionisti che ricoprivano specifici incarichi.

I turni di soggetti dimissionari o/e in quiescenza dovranno essere obbligatoriamente almeno mantenuti, relativamente però alla sola consistenza numerica delle ore di incarico, indipendentemente dal buon fine della procedura di interpello. Potranno essere però variati di specialità, sede, orario, a seconda delle effettive necessità organizzative. L’istituzione di nuovi turni di lavoro non potrà comunque prevedere incarichi inferiori alle 12 ore settimanali, in accordo con il dettato di cui all’articolo 36 della Costituzione della Repubblica (*Il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un’esistenza libera e dignitosa),* gerarchicamente preminente sull’ACN.

Il conferimento eccezionale di nuovi incarichi con consistenza al disotto delle 12 ore deve essere motivato dalla ASL e preventivamente valutato in sede di Comitato Zonale.

Il completamento dell’orario degli specialisti, veterinari e professionisti, in ottemperanza alle esigenze organizzative della ASL, avviene secondo criteri di localizzazione temporale, di orari e di sede, anche in misura inferiore alle 38 ore complessive settimanali. L’offerta lavorativa può essere non accettata, o accettata anche solo parzialmente senza peraltro generare sanzioni che risulterebbero - di fatto- inapplicabili e non motivate, stante anche l’attuale momento di gravissima carenza di personale specialistico e la necessità di mantenere gli standard qualitativi del SSN e SSR.

La necessità di particolari e/o specifiche capacità professionali di cui al comma 5, dovranno essere richieste e motivate dall’Azienda. Tali competenze dovranno, necessariamente, essere espressione di ulteriori specifiche attitudini o esperienze che travalichino la comune preparazione specialistica o che certifichino capacità normalmente non richieste a quel tipo di Specialista. La commissione Specialistica di Valutazione deve essere riunita al più presto e comunque entro e non oltre i 90 gg. dalla riunione del Comitato Zonale e conseguente individuazione dei candidati. La presenza di titoli attestanti le particolari capacità richieste rendono non necessaria la convocazione e la valutazione della Commissione.

La commissione esprime parere motivato sull’idoneità o meno dei candidati.

**Art.12:** *dopo aver ribadito la necessità di mantenere il monte ore, viene istituito un limite di 12 ore al di sotto del quale gli incarichi non possono essere pubblicati se non in circostanze eccezionali, vagliate preventivamente dal Comitato Zonale.*

*Viene poi superato il regime sanzionatorio che colpiva chi non avesse accettato un ampliamento orario. In realtà, molte mancate accettazioni erano motivate dal fatto che, accettando l’incarico il Sanitario veniva a superare il limite delle 38 ore/settimanali, previsto dall’ACN. Pertanto si è ritenuto di mitigare le disposizioni dell’ACN.*

*Per quanto attiene poi le Commissioni per valutazione idoneità in presenza di requisiti specifici di ammissione, la procedura è stata snellita, ovvero:*

*-in presenza di idonee certificazioni la Commissione non si riunisce e la valutazione attiene il solo Comitato Zonale;*

*-in assenza, la Commissione si riunisce entro 90 gg. (in antecedenza non esisteva limite)*

# Art. 13 - Precisazioni e integrazioni all’art. 21 “*Assegnazione di incarichi a tempo indeterminato*”.

Ai fini del procedimento di designazione del vincitore dell’incarico posto a bando si richiamo i criteri individuati dall’articolo 21 dell’ACN.

Le eventuali cause di inconferibilità dovranno essere rimosse prima dell’accettazione dell’incarico.

**Art.13:** *introduce e specifica un limite temporale per la rimozione di cause di inconferibilità dell’incarico.*

# Art. 14 - Precisazioni e integrazioni all’art. 22 “*Assegnazione di incarichi a tempo determinato*”.

Visto il disposto del comma 1 dell’art. 22 dell’ACN, la pubblicazione degli incarichi avviene secondo concertazione con le OO.SS., in sede di Comitato Zonale.

# Art. 15 - Precisazioni e integrazioni all’art. 24 “*Compiti e funzioni dello Specialista ambulatoriale*”.

I compiti e le funzioni dello Specialista non possono prescindere dall’osservanza del Codice di deontologia medica. Ciò, in particolare, per quanto attiene i commi 4 e 8 dell’art. 24 ACN.

Lo Specialista, in analogia alle altre figure professionali, se in possesso dei requisiti previsti per referente di AFT/ UCCP (art. 8 comma 2), può essere individuato dall’azienda per incarichi di Direzione di struttura semplice, complessa o/e distrettuale e aziendale. Si precisa che, per quanto attiene l’incarico di struttura semplice, la forma giuridica contrattuale resta la medesima, fatto salvo l’incremento orario, ove necessario, che dovrà ricondurre l’incarico al tetto massimo di 38 ore settimanali. Tale incremento è revocabile immediatamente, ove le mutate condizioni organizzative dell’Azienda lo richiedessero.

Per quanto attiene il disposto del comma 10, il referto deve essere rilasciato a giudizio dello Specialista ad inquadramento clinico avvenuto.

**Art 15:** *Lo Specialista può ricoprire, in seno all’Azienda, incarichi direttivi di qualsivoglia natura. Si precisa tra l’altro che il referto da rilasciarsi all’assistito deve essere stilato a inquadramento clinico avvenuto e che quindi lo Specialista può stilarlo anche in occasione di un secondo-terzo accesso.*

# Art. 16 - Obiettivi generali per tutti gli Specialisti

### Governo dei tempi di attesa

Il Governo delle Liste di Attesa è obiettivo Prioritario Regionale ed Aziendale, pertanto l’organizzazione delle Agende deve seguire le indicazioni del nuovo PNGLA (recepito con DGR n. 397 del 17 maggio 2019) e del PRGLA (di cui alla Deliberazione Commissario Straordinario di A.Li.Sa n. 187 del 12 giugno 2019) per il triennio 2019-2021.

Si conviene comunque di condividere i seguenti punti fermi:

* mantenere la non nominalità delle agende di prima visita e quelle degli esami strumentali e mantenere la nominalità solo per i secondi accessi (continuità di cura);
* organizzazione delle prestazioni considerate indifferibili con priorità “U”;
* prescrizione dello Specialista dei controlli e/o ulteriori esami diagnostici/visite per inquadramento clinico;
* tutti i posti (accessi alle visite) che, da un controllo eseguito dagli addetti CUP si rendano liberi, in qualsiasi agenda siano collocati (compresi i posti delle agende dedicate ai PDTA), sono riconvertiti secondo le necessità e relativamente alle classi di priorità (in particolare B e D salvo diverse indicazioni regionali o Aziendali) che mostrano una performance inferiore ai target previsti (soddisfazione di almeno il 90 % degli accessi per prime visite entro 10 giorni e 30 giorni per gli esami strumentali , soddisfazione di almeno il 90 % degli accessi con classe di priorità D entro 30 giorni per le prime visite e 60 giorni per gli esami strumentali);
* l’Azienda ASL che presenta criticità nelle liste di attesa, una volta messe in atto tutte le azioni volte al raggiungimento del Target per le diverse classi di priorità (B e D in particolare), può, avvalersi di prestazioni aggiuntive secondo le indicazioni che verranno definite con accordo attuativo aziendale.

**Art.16-1:** *qui sono elencati i modi e i mezzi atti a governare-contenere le liste di attesa. Esaurita ogni possibilità l’Azienda provvede a varare un percorso di prestazioni aggiuntive attraverso un accordo attuativo Aziendale.*

### Gestione prestazioni priorità “U” urgenti

Il Medico Specialista Ambulatoriale Convenzionato effettua le prestazioni richieste con priorità “U” durante il suo orario di attività e nella sede abituale di lavoro, nella modalità concordata a livello Aziendale con le OOSS.

Per prestazioni urgenti si intendono soltanto quelle con priorità indicata U, segnalate direttamente dal MMG/PLS o da altro medico Specialista.

Tutte le prestazioni richieste con priorità “U” non presenti nel piano di lavoro giornaliero devono essere effettuate e conteggiate tra le prestazioni aggiuntive e registrate dal personale amministrativo per essere contabilizzate. (ISES WEB).

L’ eventuale superamento dell’orario giornaliero sarà considerato plus orario (prolungamento dell’orario) e remunerato ai sensi del vigente ACN - art. 29, c. 5 e c. 6.

### Recupero Sedute

È da intendersi attività di particolare rilevanzail completamento delle Agende al fine di ottimizzare l’impegno lavorativo dei medici nei turni; le Aziende dovranno disporre, da parte dei responsabili distrettuali, il controllo periodico della saturazione delle agende almeno settimanalmente; la Regione s’impegna a stabilire le sanzioni per l’utenza che non si presenta senza disdire l’appuntamento (drop out). Le Aziende dovranno altresì vigilare che le prenotazioni siano conformi con quanto prescritto.

**Art. 16-3:** *sono qui introdotte, a cura della Regione, sanzioni per coloro che prenotano e non disdicono.*

### 4) Gestione Agende

**Primi Accessi branche a visita ed esami strumentali**

La gestione delle agende, che devono essere disponibili alla prenotazione senza soluzione di continuità, fatti salvi i periodi classici di ferie o altre interruzioni programmate, è a carico dell’Azienda e del Distretto in accordo con lo Specialista. Per motivi di uniformità gestionale la supervisione delle agende viene affidata al responsabile di branca in accordo con i Colleghi operanti nella branca stessa. I criteri di articolazione delle stesse, con particolare riferimento alla suddivisione in classi di priorità, sono contenuti nel PRGLA salvo diverse esigenze aziendali o indicazioni regionali.

**Secondi accessi e presa in carico del paziente cronico**

Nell’ottica di realizzare una vera e propria continuità delle cure ed una corretta presa in carico dell’assistito, anche al fine di ridurre i tempi di attesa, ogni AFT degli specialisti/professionisti ambulatoriali, in accordo con la direzione delle AA.SS.LL di riferimento e sulla base della propria composizione in relazione alla tipologia di branche specialistiche, riserverà un numero di accessi specialistici agli assistiti affetti da patologie croniche, facenti parte della AFT dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta che operano nel medesimo ambito territoriale di riferimento. La prescrizione dei secondi accessi e di eventuali ulteriori esami di approfondimento clinico sono di esclusiva pertinenza dello Specialista.

**Art. 16-4***: fermo restando che l’ACN affida allo Specialista la scansione temporale delle agende, viene individuato nel responsabile di branca colui che individua, per quella specifica specialità, i tempi medi per le prestazioni.*

### 5) Telemedicina / Teleconsulto / Teleconsulenza / Telerefertazione

La Deliberazione Alisa n. 417 del 18/11/2020, ha definito gli indirizzi operativi delle attività ambulatoriali in Telemedicina oltre alla integrazione del nomenclatore regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale con le prestazioni erogabili in telemedicina.

Il Ministero della salute con l’Allegato all’Accordo della Conferenza Stato Regioni (Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020) ha predisposto il documento dal titolo “Indicazioni Nazionali per l’erogazione di prestazioni in Telemedicina” a cui si fa riferimento. Tale documento considera la Telemedicina come “un approccio innovativo alla pratica sanitaria, consentendo l’erogazione di servizi a distanza attraverso l’uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di comunicazione”. Il documento inoltre classifica le prestazioni di Telemedicina sulla base di vari criteri tra cui le condizioni per l’erogazione. Il documento precisa che con riferimento all’attività ambulatoriale le interazioni a distanza possono avvenire sotto forma di:

* Televisita (tra medico e paziente); Teleconsulto (tra medico e medico);
* Teleconsulenza medico-sanitaria (tra professioni sanitarie non necessariamente mediche);
* Teleassistenza (da parte di professioni sanitarie quali infermiere, fisioterapista, logopedista etc);
* Telerefertazione (refertazione medica, scritta e trasmessa per mezzo di sistemi digitali e di telecomunicazione).

In relazione alle definizioni e all’organizzazione si cita in questa sede la circolare 03/12/2020 del Ministero della Salute, numero 405731, derivante poi dal 12° rapporto del 2020 dedicato all'emergenza Covid-19 dell’ISS.

Il rapporto, dal titolo **“*Indicazioni*** ad interim ***per servizi assistenziali di telemedicina durante l’emergenza sanitaria COVID-19”,***affronta il tema dei servizi assistenziali di telemedicina durante l’emergenza sanitaria offrendo indicazioni, individuando problematiche operative e proponendo soluzioni utili sostenute dalle evidenze scientifiche, ma anche impiegabili in modo semplice nella pratica.

Tra i principi di riferimento sui quali è consigliabile che i sanitari si soffermino, il documento indica i seguenti:

* Condizioni preliminari per rendere possibili servizi in telemedicina
* Responsabilità sanitaria durante attività in telemedicina
* Schema degli elementi necessari per realizzare i servizi a domicilio
* Funzionamento della videochiamata sanitaria
* Passaggi iniziali di attivazione del servizio.

Saranno comunque rispettate le linee guida e gli indirizzi derivanti da successive indicazioni e prescrizioni ministeriali e regionali.

Eventuali ulteriori specificazioni, indicazioni organizzative verranno attuate tramite A.A.A.

La ragione per la rilevanza della Telemedicina in generale sta nella bassa densità della popolazione a fronte delle grandi distanze per raggiungere l’Ospedale più vicino. Questo non è condizione prevalente della Regione Liguria che, tuttavia, presenta anch’essa aree critiche. La telemedicina può essere utilizzata principalmente in certune branche specialistiche e richiede comunque il consenso dello Specialista.

Le prestazioni erogabili in Telemedicina e presenti sul CUR devono essere prenotate su agende dedicate in accordo con lo Specialista (CUP di 2° livello), stante il fatto che le responsabilità dell’atto ricadono sul materiale esecutore, ossia sono a tutti gli effetti considerate atto medico e devono avere la caratteristica di prestazioni che non richiedono la completezza dell’esame obiettivo del paziente e in presenza di almeno una delle seguenti condizioni previa acquisizione del consenso del paziente ai sensi della normativa vigente in materia di privacy:

* Il paziente necessita della prestazione nell’ambito di un PAI/PDTA;
* Il paziente è inserito in un percorso di follow up da patologia nota;
* Il paziente affetto da patologia nota necessita di controllo o monitoraggio, conferma, aggiustamento o cambiamento della terapia in corso (es. rinnovo o modifica del piano terapeutico);
* Il paziente necessita di valutazione anamnestica per la prescrizione di esami di diagnosi o di stadiazione di patologia nota o sospetta;
* Il paziente che necessita della verifica da parte del medico degli esiti di esami effettuati, ai quali seguire prescrizione di eventuali approfondimenti, oppure di una terapia.

Il collegamento con il paziente o con il care-giver deve avvenire in tempo e consentire di vedere il paziente ed interagire con esso.

**Art. 16-5:** *sono qui declinati, anche in dettaglio, i metodi di utilizzo della telemedicina, oltre ai limiti e alla pratica attuabilità. Si rimanda a prossimi accordi attuativi Aziendali.*

# Art. 17 - Precisazioni e integrazioni all’art. 27 “*Incompatibilità*”.

La norma va interpretata restrittivamente in quanto le deroghe sono già precisate dalla norma finale 2 dell’ACN a cui si fa espresso rinvio.

# Art. 18 - Precisazioni e integrazioni all’art. 28 “*Massimale orario*”.

Al fine di promuovere e incentivare azioni volte a conciliare tempi di vita e tempi di lavoro, nell'ambito del Fondo delle politiche per la famiglia di cui all'articolo 19 del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, è destinata annualmente una quota individuata con decreto del Ministro delle politiche per la famiglia, al fine di erogare contributi, di cui almeno il 50 per cento destinati ad imprese fino a cinquanta dipendenti, in favore di aziende, aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere che applichino accordi contrattuali che prevedano azioni positive per le finalità di cui al presente comma, ed in particolare: progetti articolati per consentire  alla lavoratrice madre o al lavoratore padre, anche quando uno dei due sia lavoratore autonomo, ovvero quando abbiano in affidamento o in adozione un minore, di usufruire di particolari forme di flessibilità degli orari e dell'organizzazione del lavoro, tra cui part time, telelavoro e lavoro a domicilio, orario flessibile in entrata o in uscita, banca delle ore, flessibilità sui turni, orario concentrato, con priorità per i genitori che abbiano bambini fino a dodici anni di età o fino a quindici anni, in caso di affidamento o di adozione, ovvero figli disabili a carico;

Tali benefici, possono essere richiesti all’Azienda che, compatibilmente con le sue esigenze, potrà concederli o meno.

Le Aziende, nell’ambito di A.A.A., possono assumere determinazioni finalizzate, in analogia con quanto avviene per il personale dipendente, alla flessibilità e al recupero di orario. Resta inteso che la flessibilità di orario in entrata e in uscita eventualmente concessa, non deve compromettere la regolare erogazione delle visite da parte dello Specialista, e deve comunque garantire l’assolvimento del monte orario, valutato su base settimanale o mensile, previsto dalla lettera d’incarico. In nessun caso verranno corrisposti emolumenti aggiuntivi per plus orario occasionale e non autorizzato.

**Art. 18:** *Le aziende sono invitate a sfruttare i finanziamenti previsti dal Ministero Politiche per la famiglia, in modo da agevolare particolari situazioni familiari complesse. Le Aziende sono altresì invitate ad attuare una flessibilità oraria.*

# Art. 19 - Precisazioni e integrazioni all’art. 29 “*Organizzazione del lavoro*”.

Quando siano menzionati lo Specialista o il professionista, deve intendersi ricompresi i veterinari e tutti i professionisti.

Si precisa che, fermi restando i compiti e l’organizzazione del lavoro, in nessun caso lo Specialista effettua attività di tipo amministrativo, a tipo prenotazioni, esazione e controllo ticket ecc.

Il numero delle prestazioni è demandato alla esclusiva valutazione dello Specialista ambulatoriale e non può comunque essere superiore a quattro su base oraria anche al fine di salvaguardare la qualità della prestazione, a tutela del paziente. Lo Specialista (vedi comma 2) indica le prestazioni necessarie all'utente e la data del secondo accesso. Il personale di supporto, sia esso amministrativo, tecnico o infermieristico, provvede alla prenotazione del secondo accesso sulle agende definite dallo Specialista, i cui volumi sono stati concordati con il Direttore del Distretto.

Il comma 5 dell’art. 29 dell’ACNstabilisce che l’Azienda possa autorizzare lo specialista ambulatoriale, il professionista e il veterinario al prolungamento dell’orario di servizio, indicandone modalità organizzative e previo assenso dell’interessato, qualora si renda necessario il superamento occasionale dell’orario per sopravvenute esigenze di servizio.

In merito a tanto, si precisa che “*in particolare per gli specialisti ambulatoriali ed i professionisti tale autorizzazione è finalizzata a ricondurre le liste d’attesa a parametri nazionali (cd abbattimento delle liste di attesa). Tale finalità non può risultare compatibile con la durata temporanea dell’incarico a tempo determinato, in quanto tali incarichi sono istituiti dalle Aziende “per esigenze straordinarie connesse a progetti finalizzati con durata limitata nel tempo o per far fronte a necessità determinate da un incremento temporaneo delle attività, da specificare in sede di pubblicazione, secondo le cadenze indicate all’articolo 20, comma 3, per un periodo non superiore a 6 (sei) mesi, rinnovabile alla scadenza e per non più di una volta. L’incarico e il successivo rinnovo non possono comunque superare i 12 (dodici) mesi continuativi” (cfr. art. 22, comma 1). Per tale ragione non è consentito il prolungamento dell’orario di servizio per gli incaricati a tempo determinato, riconosciuto solo per gli incaricati a tempo indeterminato ai quali, secondo quanto previsto dal comma 6 dell’art. 29, viene corrisposto il compenso di cui all’articolo 43 e 44.*”.

**Art. 19**: *si ribadisce che i compiti affidati allo specialista sono di natura diagnostico clinica e tutto quanto esula da tale prospettiva deve essere svolto da personale di supporto. Pertanto il sanitario comunica la necessità e i tempi di un eventuale, futuro, secondo accesso. Il personale amministrativo provvede alla materiale prenotazione/inserimento.*

*Si introduce il plus orario, concordato e a pagamento, solo per i titolari di tempo indeterminato.*

# Il Responsabile di BRANCA (art. 29, commi 7 e 8)

Per ciascun servizio specialistico, di branca o multidisciplinare, al quale sia addetta una pluralità di specialisti ambulatoriali convenzionati ai sensi dell’ACN, 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.

Il responsabile di branca (specialistica e altre professionalità) viene individuato dall’Azienda tra una rosa di candidati di specialisti e di professionisti titolari di incarico a tempo indeterminato in ciascuna branca, in servizio presso l’Azienda, su assenso dell’interessato, sentite le OO.SS., valutata altresì l’anzianità complessiva di servizio e i titoli di carattere scientifico e quelli gestionali, ove posseduti.

Ai sensi del comma 7 dell’art. 29 dell’ACN, il responsabile di branca specialistica ha il compito di coordinare gli specialisti ambulatoriali appartenenti alla medesima branca per assicurare le specifiche attività nell’ambito dei programmi aziendali, raccordandosi con il referente di AFT. Nel rispetto della programmazione regionale e nell’ambito di specifiche progettualità aziendali, al responsabile di branca possono essere attribuiti compiti relativi all’organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale.

Ai sensi del comma 8 dell’art. 29 dell’ACN, 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.

Il responsabile di branca rappresenta il tramite tra Azienda e gli specialisti della branca e ne facilita la comunicazione. Redige, su richiesta dello Specialista o veterinario o professionista della branca che coordina, ove ne ravvisi necessità e fondatezza, una segnalazione finalizzata a correzione di disservizi o al buon andamento delle attività specialistiche. Verifica la qualità dell’assistenza, segnalando le carenze ai vertici aziendali. Il compenso mensile è fissato in € 400,00 in presenza di un numero da 5 a 9 specialisti, e in € 500,00 in presenza di 10 o più specialisti.

**Compiti del Responsabile di Branca**

1. Partecipa ai coordinamenti tecnici scientifici all'interno dei Dipartimenti e contribuisce ad implementare linee guida cliniche ed a proporre soluzioni operative alle problematiche assistenziali. Tale funzione persegue l’obiettivo dell’integrazione funzionale anche interprofessionale con gli altri servizi della Azienda al fine di superare la logica prestazionale e a privilegiare la presa in carico del paziente all’interno di percorsi assistenziali.
2. Partecipa alla definizione dei percorsi di continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio e fornisce il proprio contributo ai progetti di specialità che saranno definiti all'interno dei dipartimenti sia ospedalieri che territoriali in collaborazione con i MMG/PLS.
3. Coordina gli specialisti della branca per gli aspetti tecnico-professionali: informa i colleghi di PDT (protocolli diagnostici terapeutici) condivisi e di progetti aziendali specifici, raccoglie e promuove le adesioni alla partecipazione, partecipa alla verifica in sede di comitato direttivo di dipartimento; collabora al monitoraggio dell’attività al fine di ottimizzare gli aspetti organizzativi ed erogativi della risposta assistenziale. È obbligatoriamente consultato nel processo di definizione delle dotazioni strumentali.
4. Collabora con l’ASL nell’analisi dei bisogni formativi e nella programmazione della formazione professionale di branca, anche interprofessionale.
5. Partecipa di diritto a tutte le riunioni del Comitato del Dipartimento di Area e alla programmazione delle attività secondo gli obiettivi specifici assegnati alla Azienda.
6. Viene interpellato nel caso di segnalazioni inoltrate alla Azienda da parte dell'utenza relative agli specialisti della branca.
7. Si coordina con i Responsabili S.C. per quanto riguarda l'attività degli specialisti ambulatoriali che operano all'interno delle stesse.
8. Redige la relazione annuale al Direttore di Dipartimento sull'andamento delle attività svolte e sul contributo dato dai medici specialisti all'interno delle attività programmate dal Dipartimento, contribuendo alla stesura della relazione annuale di Dipartimento.
9. Promuove l’utilizzo dei RAO e redige la relazione annuale sui risultati dell’analisi di Concordanza eseguita dai colleghi della branca di riferimento (Verifica di Concordanza: analisi tra classe di priorità indicata dal medico Prescrittore e classe di priorità assegnata dallo Specialista per i primi accessi o esami strumentali).

# Art. 20 - Precisazioni e integrazioni all’art. 30 “*Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità*”.

Ai sensi del comma 2 dell’art. 30 ACN, per l’individuazione dello Specialista ambulatoriale nei cui confronti adottare l’eventuale provvedimento di mobilità, qualora siano coinvolti più specialisti operanti nella stessa branca e in carenza di specialisti disponibili, sono individuati i seguenti criteri per attuare il provvedimento, in quest’ordine di priorità:

1. minore anzianità di servizio presso l’Azienda USL;
2. residenza anagrafica più vicina alla nuova sede di incarico.

In presenza di più specialisti disponibili si darà preferenza a:

* + la maggior anzianità complessiva di incarico presso la ASL.

Allo Specialista in mobilità si applica il disposto di cui all’art. 51 commi 1 e 2 – rimborso spese di viaggio – alle condizioni dallo stesso previste.

La mobilità fra Aziende ASL e all’interno della stessa Azienda ASL, si può attuare anche a richiesta dello Specialista, attraverso le seguenti modalità:

* + le domande devono essere presentate all’Azienda presso la quale lo Specialista intenda trasferirsi entro il 31 gennaio di ogni anno, e rinnovate annualmente. Dette domande devono avere per oggetto un numero di ore non superiore a quelle per le quali si chiede il trasferimento;
  + l’Azienda Sanitaria Locale, prima della pubblicazione dei turni vacanti, esamina le eventuali domande e, previa acquisizione del parere favorevole dell’azienda di provenienza dello Specialista, decide l’accettazione o meno della richiesta di trasferimento. In caso di non accettazione, l’azienda provvede alla pubblicazione del turno vacante. Le domande di mobilità aziendale hanno la priorità sulle domande di mobilità interaziendali.

L’orario complessivo di attività è mantenuto senza alcuna riduzione e/o variazione salvo diversa fattispecie concordata tra le parti.

In caso di non agibilità temporanea della struttura anche virtuale (a esempio allerta meteo) l’Azienda destina, con il massimo preavviso consentito, il medico Specialista ad altra sede, mantenendo il medesimo orario di servizio.

In caso di impossibilità di ricollocamento lo Specialista deve essere considerato in servizio. Non può essere incentivato in nessun caso il ricorso al permesso, sia esso retribuito o non.

I casi di flessibilità e mobilità non concordata vengono esaminati con cadenza annuale dal Comitato Zonale al fine di verificare la necessità del loro mantenimento.

Fermo restando che negli ambulatori debba essere sempre garantita la presenza di tutte le figure assistenziali previste, quali tecnici e infermieri, laddove però esistano documentate esigenze di apertura e approntamento degli ambulatori della ASL per un piano di recupero delle attività “non svolte”, al professionista che aderisce al progetto, si possono formalizzare una diversa e maggiore, sia pure temporanea, articolazione dell’orario di servizio, al fine di consentire a superare le criticità sopra descritte.

Art. 20: *la non agibilità temporanea della struttura nella quale opera lo specialista individua la sede di collocamento. In nessun caso si può richiedere o incentivare permesso, sia esso retribuito o non.*

*Si ribadisce la necessità della presenza di personale tecnico, infermieristico o/e amministrativo.*

# Art. 21 - Precisazioni e integrazioni all’art. 31 “*Riduzione dell’orario di incarico*”.

Prima di attuare una riduzione dell’orario di servizio l’Azienda deve, obbligatoriamente, interpellare le aziende limitrofe per una eventuale mobilità, anche parziale. Le rilevazioni statistiche hanno efficacia solo in periodo di normale attività e per il lasso temporale previsto dall’ACN.

Relativamente al comma 2 si precisa che la comunicazione di disservizi e carenze può essere inoltrata all’Azienda anche per tramite le OO.SS.

**Art 21:** *per carenze strutturali o di dotazioni lo specialista può segnalare in proprio all’Azienda, ma anche per tramite delle OO.SS.*

# Art. 22 - Precisazioni e integrazioni all’art. 32 “*Attività esterna e pronta disponibilità*”.

La programmazione sanitaria regionale favorisce l’assistenza domiciliare volta a garantire l’assistenza specialistica all’interno dei percorsi di cura Distrettuali del paziente non autosufficiente e cronico poli patologico.

In coerenza con tale indicazione si intende promuovere il potenziamento e la valorizzazione dell’assistenza anche presso sedi diverse rispetto alle sedi ospedaliere e territoriali. L’Azienda riconosce come attività esterna l’attività svolta dal medico Specialista/professionista ambulatoriale presso una sede diversa da quella presente sulla lettera di incarico.

L’organizzazione dell’attività esterna è demandata al Direttore del Distretto che, in accordo con lo Specialista, predispone gli accessi nei programmi di assistenza domiciliare distrettuale.

I compensi per l’attività riconosciuta come esterna sono regolati dall’art. 32 ACN vigente.

In relazione all’attività esterna (comma 6) si precisa che, oltre a quanto previsto dall’ACN, per l’effettuazione della stessa devono sussistere oggettive condizioni di fattibilità.

In relazione all’articolo predetto si precisa inoltre che, come previsto dal comma 4, detta attività esterna deve essere preventivamente programmata e concordata con lo Specialista ambulatoriale, il veterinario o professionista interessato.

***Art.22:*** *l’attività esterna deve essere preventivamente concordata e devono ricorrere condizioni di oggettiva fattibilità.*

# Art. 23 - Precisazioni e integrazioni all’art. 33 “*Permesso annuale retribuito*”.

Il permesso retribuito (art. 33 comma 1) non è in alcun modo assimilabile all’istituto feriale e non ne soggiace alla regolamentazione.

Ai sensi del comma 3 il permesso è utilizzato durante l’anno solare al quale si riferisce e comunque non oltre il primo semestre dell’anno successivo.

Un piano per la fruizione del permesso annuale retribuito deve essere organizzato senza creare disservizi.

***Art. 23:*** *si ribadisce la non assimilabilità tra le ferie e il permesso previsto dall’ACN****.***

# Art 24 - Precisazioni e integrazioni all’art. 34 “*Assenze per malattia e gravidanza*”.

La comunicazione dello stato di malattia, per tramite del certificato, può avvenire per via ordinaria (cartacea) o telematica, salvo nuove e diverse disposizioni normative. La cd. “gravidanza a rischio”, pur tutelata, non viene computata ai sensi dell’articolo 1, ossia non incide sul periodo di retribuzione ai fini dell’assenza per malattia.

Per ridurre al massimo i disagi all’utenza e le relative problematiche organizzative all’Azienda, gli Specialisti sono fortemente invitati a comunicare al Distretto le assenze nei tempi più brevi possibili.

Altresì i doveri civici non rinunciabili e scanditi dal c.c. e c.p., c.p.c. e c.p.p. (es. convocazione in Tribunale ordinario di qualunque natura e grado) dovranno essere, *necessitatis causa*, considerati permesso retribuito.

***Art. 24:*** *certificato cartaceo o telematico entrambi validi; la gravidanza a rischio non incide sul periodo di malattia. In caso di assenze programmate lo specialista è invitato a comunicarlo il prima possibile. La partecipazione a udienze, di qualsiasi genere e natura, genera una assenza retribuita.*

# Art. 25 - Precisazioni e integrazioni all’art. 40 “*Formazione continua (ECM)*”.

I principi fondamentali della materia sono quelli desumibili dalla disciplina recata dall’art. 16 e ss. del D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii., istitutivo del programma di Educazione Continua in Medicina rivolta a tutti gli operatori sanitari. Tale disciplina, ai cui princìpi si fa espresso rinvio, costituisce il riferimento di contesto.

In relazione ai crescenti bisogni di aggiornamento e all’aumentare della richiesta formativa, le 32 ore annue si intendono indipendenti dalla consistenza numerica delle ore dell’incarico svolto. In caso di non disponibilità di corsi regionali e/o Aziendali, nel rispetto delle proporzioni tra corsi previste dal citato articolo, il numero delle ore retribuite per aggiornamento è aumentato, fino a quanto necessario per acquisire i crediti obbligatori, entro un massimo di 208 ore per ogni triennio formativo.

Le spese per trasferta sono escluse; verranno soltanto corrisposti gli emolumenti relativi al tempo effettivo di durata del viaggio necessario per raggiungere la sede congressuale sulla base dei tempi previsti dal “Via Michelin”.

***Art. 25:*** *in caso di non disponibilità di corsi, le ore concesse per ECM sono 208 nel triennio; il tempo necessario per raggiungere la sede congressuale dovrà essere retribuito.*

# A**rt. 26 - Precisazioni e integrazioni all’art. 41 “*Programmi e progetti finalizzati*”.**

Le prestazioni aggiuntive di cui all’art. 41, comma 3, erogate secondo necessità e all’interno dell’orario di servizio, daranno luogo a un emolumento aggiuntivo pari almeno a 30’ di attività.

L’attività svolta dagli specialisti ambulatoriali, dai veterinari e dai professionisti, nell’ambito di progetti e programmi finalizzati concernenti il personale dipendente e convenzionato, è valutata agli effetti economici (retribuzione di risultato) in riferimento agli obiettivi raggiunti, sulla base della verifica e della valutazione effettuate dall’Azienda.

***Accessi aggiuntivi per mantenimento di liste di attesa definite brevi*:** in aree di attività che presentino criticità relativamente ai tempi di attesa, a livello regionale e/o aziendale, può essere effettuata una riorganizzazione basata sul potenziamento dell’offerta, anche per tramite di specifici progetti a tipo prestazioni di particolare impegno professionale, con risorse da reperirsi al di fuori dei fondi detti “di ponderazione” ma da fondi dedicati alle specifiche attività con retribuzione oraria concordata a livello Aziendale con le OO SS con specifico accordo. Detta riorganizzazione potrà riguardare ogni tipo di attività specialistica e non soltanto quelle che concorrono alla formazione delle liste di attesa. (es. Allerta Rossa)

***Retribuzione di risultato***: con accordo Aziendale, anche nell’ambito di fondi non facenti parte di quelli detti “di ponderazione”, possono essere definiti progetti finalizzati. Sono tra gli altri educazione sanitaria rivolta ai pazienti, la diffusione e la compilazione di linee guida, la propagazione di corretti stili di vita, tutoraggio nei confronti dei colleghi del triennio di MMG.

**Art. 26:** *visto il disposto dell’art.41 dell’ACN, al 3° comma: (lo specialista ambulatoriale, il veterinario 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), le prestazioni aggiuntive erogate all’interno dell’orario di servizio, danno luogo a un corrispettivo pari a 30’ di attività. Vengono previste modalità di abbattimento liste di attesa, con retribuzione concordata a livello aziendale. L’AAA prevederà anche retribuzione per il tutoraggio per il triennio MMG e corsi di educazione sanitaria.*

# Art. 27 - Precisazioni e integrazioni all’art. 42 “*Libera professione intra-moenia*”.

Le Aziende sanitarie si impegnano, entro il termine perentorio di giorni 90 dalla data di pubblicazione del presente accordo nel BURL, ad attivare la libera professione intra-moenia per tutti gli specialisti ambulatoriali, veterinari, professionisti e i medici di cui alla norma finale 5 dell’ACN, che ne facciano richiesta, per prestazioni concordate. Tale attività non comporta oneri a carico dell’Azienda e viene organizzata e svolta in analogia con quanto previsto per il personale dipendente, fermo restando che gli importi lordi delle prestazioni sono fissati dal singolo Specialista. La prenotazione avverrà a CUP e il pagamento direttamente all’Azienda.

Nella libera professione intra-moenia devono essere ricompresi, pertanto, in analogia alla medicina generale, i certificati a uso civile, penale, canonico, non previsti dai LEA. La riscossione delle tariffe, fissate dallo Specialista ambulatoriale, veterinario e professionista interessato, anche questa volta, deve essere compito aziendale e curato dalla stessa.

***Art.27:*** *le Aziende devono attivare la libera professione anche per l’area specialistica. La quota aziendale sarà analoga a quella prevista per i dipendenti. Gli orari e le tariffe verranno definiti dagli specialisti. La libera professione comprende anche le certificazioni, tariffate a parte, oltre la visita.*

# **Art. 28 - Precisazioni e integrazioni all’art. 43 “*Compensi per gli specialisti ambulatoriali e veterinari a*** *tempo indeterminato*”.

In riferimento al comma 1, lettera b) è fatto obbligo per le Aziende, entro il 31/01 di ciascun anno, rendicontare sulla consistenza e l’utilizzo del fondo di ponderazione dell’anno precedente.

Visto il comma 11, considerato che, a oggi, non esistono incarichi con specificità esclusiva protesica, per non vanificare le intenzioni delle parti, stante la specificità, la delicatezza e la responsabilità erariale connessa alla prescrizione e collaudo di protesi e/o ortesi, l’attività a questa dedicata-anche se non formalmente definita- viene retribuita, in aggiunta al normale compenso, con una cifra corrispondente a 20’ di attività a prescrizione e/o collaudo.

In riferimento al comma 13, fermo restando che la modalità ordinaria per il rilascio delle certificazioni extra LEA a uso civile, penale, canonico trova primaria attuazione nella libera professione intra moenia, nei casi in cui in occasione della visita programmata in ambito istituzionale, emerga da parte dell’utente la richiesta di rilascio di una di tali certificazioni, le Aziende, in accordo con le OO.SS., stabiliscono modalità operative ivi comprese le relative tariffe e la loro ripartizione anche all’estensore. Quanto sopra al fine di evitare disagi, doppio accesso e maggiori oneri a carico dell’utenza, consentendo la predisposizione della certificazione richiesta durante la visita, certificazione da rilasciarsi e da estendere comunque al di fuori dell’orario di servizio.

**Indennità per attività svolta in zone disagiatissime o disagiate**

* + - 1. Le zone disagiatissime, o disagiate, comprese le piccole isole, vengono individuate dalle Aziende Sanitarie previo parere del Comitato Zonale ex art. 18 dell’ACN vigente, sulla base di una valutazione complessiva fondata sui seguenti criteri:
    - elevato rapporto fra superficie del territorio e popolazione (popolazione sparsa, spopolamento, invecchiamento;
    - condizioni di viabilità e percorribilità delle strade o delle comunicazioni (caratteristiche morfologiche del territorio, tempo di percorrenza stradale tra Comuni o frazioni dell'ambito territoriale, difficoltà nei collegamenti) e assenza di strutture ospedaliere;
    - condizioni oro-geografiche e ambientali;
* altre condizioni particolari oggettive che dovessero caratterizzare la situazione di disagio dell'ambito territoriale, specificate e dettagliate dalla ASL di competenza, e particolari contesti ambientali (istituti penitenziari, etc.).

Le aziende possono valutare se confermare anche per la specialistica ambulatoriale le zone disagiatissime e disagiate già individuate per i medici di assistenza primaria.

* + - 1. Le zone così individuate dalle Aziende Sanitarie sono dichiarate disagiatissime, o disagiate, dalla Regione.
      2. Per lo svolgimento di attività nelle zone individuate come disagiatissime o disagiate, comprese le piccole isole, è attribuito, ai sensi dell’art. 43, comma 12 dell’ACN, agli Specialisti Ambulatoriali e ai Veterinari il compenso accessorio orario pari al **25%** di quanto stabilito dall’art. 43, lettera A-Quota oraria ai punti 1-2-3-4, e di quanto stabilito dall’art. 49, commi 1 e 2.

***Art.28:*** *viene qui introdotto l’obbligo, per le Aziende, di rendicontazione annuale sul fondo detto “di ponderazione” e suo utilizzo.*

*Per la protesica, ogni prescrizione e ogni collaudo daranno luogo a una retribuzione aggiuntiva pari a 20’ di attività.*

*Le certificazioni richieste in corso di attività istituzionale verranno retribuite con modalità analoghe alla libera professione, ancorchè le stesse siano stilate a cura dello specialista e al di fuori dell’orario di servizio.*

# Art. 29 - Precisazioni e integrazioni all’art. 52 “*Assicurazioni contro i rischi derivanti dagli incarichi*”.

L’Azienda, sentite le OO.SS. firmatarie del presente AIR, provvede ad assicurare gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti comunque operanti, sia in attività istituzionale o in *intramoenia*, negli ambulatori e nelle altre strutture aziendali, contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa e in occasione dell’attività professionale ai sensi dell’ACN, ivi compresi i danni eventualmente subiti in occasione dell’accesso dalla e per la sede dell’ambulatorio, sempre che il servizio sia prestato in comune diverso da quello di residenza, nonché in occasione dello svolgimento di attività esterna ai sensi dell’art. 32 dell’ACN; sono compresi i danni comunque verificatisi nell’utilizzo del proprio mezzo di trasporto per attività istituzionale.

In presenza di auto assicurazione devono essere mantenuti, senza alcuna franchigia, gli stessi massimali previsti dall’ACN. L’assicurazione opera a primo rischio.

***Art. 29****: si ribadisce che i massimali previsti dall’ACN devono essere rispettati in ogni caso. Per l’RC professionale, la stessa opera a primo rischio.*

# Art. 30 - Risorse disponibili ai sensi dell’Accordo Collettivo Nazionale

**Fondo ex Art. 43 – lettera B - Quota variabile – commi da 1 a 6**

**Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie per gli Specialisti Ambulatoriali Interni e Veterinari a tempo indeterminato e a tempo determinato** vienecostituito presso ciascuna Azienda ai sensi di quanto previsto dall’art. 43, lettera B - Quota variabile – commi da 1 a 6, dell’ACN. Il fondo è rideterminato di anno in anno. A tale Fondo afferiscono a far data dall’1/01/2019 anche i veterinari per le attività e le prestazioni ad essi riferibili.

**Fondo ex art. Art. 44 – lettera B – Quota variabile commi da 1 a 5**

**Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie per le altre Professionalità sanitarie ambulatoriali (biologi, chimici, psicologi)** vienecostituito presso ciascuna Azienda ai sensi di quanto previsto dall’art. 44, lettera B), commi da 1 a 5, dell’ACN vigente. Il fondo è rideterminato di anno in anno.

**Fondi ex art. 43, lettera B - comma 7, ex art. 44, lettera B – comma 6 ACN e art. 49**

Risorse di cui la Regione dispone per l’Accordo Integrativo Regionale per gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e altri professionisti a tempo indeterminato e a tempo determinato.

Le risorse sono così articolate:

a) Specialista ambulatoriale /Veterinario a tempo indeterminato - (*art. 43, lettera B - comma 7*)

* € 0,46/ora + € 0,20/ora,
* per l’attuazione delle disposizioni contenute nell’art. 4 dell’ACN vigente: € 0,20/ora;

b) Professionisti a tempo indeterminato - (*art. 44, lettera B, comma 6*)

* € 0,33/ora + € 0,13/ora
* per l’attuazione delle disposizioni contenute nell’art. 4 dell’ACN vigente: € 0,13/ora;

c) Specialista ambulatoriale/Veterinario e Professionisti a tempo determinato - (*art. 49, comma 7*)

* € 0,44/ora + € 0,32/ora,
* per l’attuazione delle disposizioni contenute nell’art. 4 dell’ACN vigente: € 0,32/ora.

Ai sensi dell’art. 8 comma 8 dell’ACN, l’onere derivante dalla corresponsione degli emolumenti ai referenti di AFT, che verranno individuati ai sensi dell’art. 6 del presente AIR, sarà finanziato a cura delle Aziende con risorse attinte preventivamente, per ciascun anno, dall’intero fondo di cui all’art. 43, lettera B, comma 7 e dall’intero fondo di cui all’art. 44, lettera B, comma 6.

**Risorse di cui all’art. 43, comma 8 ACN**

Agli specialisti ambulatoriali spettano i compensi previsti per le prestazioni di cui all’allegato 3, commi da 1 a 4 dell’ACN. Agli specialisti ambulatoriali ed ai veterinari spettano i compensi previsti per le prestazioni di particolare interesse (P.P.I.) di cui all’articolo 41, comma 4. Per tali prestazioni, a far data dal 1 gennaio 2019, le Aziende dispongono di una quota per ora pari ad euro 0,05 (zero/05) da destinare agli specialisti ambulatoriali ed ai veterinari a tempo indeterminato. Tali risorse sono integrate con le quote eventualmente non assegnate ai sensi dell’articolo 45.

**Risorse di cui all’art. 44, comma 7 ACN**

Agli psicologi spettano i compensi previsti per le prestazioni di particolare interesse (P.P.I.) di cui all’articolo 41, comma 4. Per tali prestazioni, a far data dal 1 gennaio 2019 le Aziende dispongono di una quota per ora pari ad euro 0,03 (zero/03) da destinare agli psicologi a tempo indeterminato. Tali risorse sono integrate con le quote eventualmente non assegnate ai sensi dell’articolo 45.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Si riporta quanto altresì disposto dall’art. 5 dell’ACN.

* + - 1. Ai sensi dell’art. 5, comma 2, in caso di mancata sottoscrizione dell’Accordo Integrativo Regionale entro 6 mesi dall’entrata in vigore dell’ACN, le risorse decorrenti dal 1 gennaio 2019:

1. di cui all’articolo 43, lettera B, comma 7 e pari ad euro 0,20 / ora, si aggiungono al compenso orario di cui all’art. 43, lettera A, comma 1;
2. di cui all’articolo 44, lettera B, comma 6 e pari ad euro 0,13 / ora si aggiungono al compenso orario di cui all’art. 44, lettera A, comma 1;
3. di cui all’articolo 49, comma 7 e pari ad euro 0,32 / ora, si aggiungono al compenso orario di cui all’articolo 49, comma 1.
   * + 1. Ai sensi dell’art. 5, comma 3, in caso di mancata sottoscrizione dell’Accordo Integrativo Regionale entro 12 mesi dall’entrata in vigore dell’ACN, le risorse decorrenti dal 1 gennaio 2019 finalizzate all’attuazione delle disposizioni contenute nell’art. 4:
     1. di cui all’art. 43, lettera B, comma 7 e pari a euro 0,20/ora, si aggiungono alle disponibilità regionali di cui all’art. 43, lettera B, comma 8;
     2. di cui all’art. 44, lettera B, comma 6 e pari a euro 0,13/ora, si aggiungono alle disponibilità regionali di cui all’art. 44, lettera B, comma 7;
     3. di cui all’art. 49, comma 7 e pari a euro 0,32/ora, si aggiungono al compenso orario di cui all’art. 49, comma 1.
        1. Ai sensi dell’art. 5, comma 4, a far data dall’entrata in vigore del presente Accordo regionale, attuativo dell’Accordo Collettivo Nazionale, le quote di cui all’art. 5, commi 2 e 3 dell’ACN vigente (di cui ai punti 1 e 2 summenzionati) cessano di integrare i compensi orari e le disponibilità regionali di cui ai citati art. 43, lettera B, comma 8, art. 44, lettera B, comma 7 ed art. 49, comma 1. Con medesima decorrenza tutte le risorse di cui all’art. 43, lettera B, comma 7, all’art. 44, lettera B, comma 6 e all’art. 49, comma 7 tornano nelle disponibilità del presente Accordo regionale (art. 5, comma 4, ACN vigente).

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

# Norma finale n. 1

Appropriatezza prescrittiva anche al fine dell’eliminazione della domanda specialistica impropria

1. Ai fini dell’appropriatezza prescrittiva, l’Azienda predispone specifici progetti aziendali individuandone gli indicatori di valutazione ed il corretto utilizzo delle risorse secondo principi di qualità e di Evidence Based Medicine.
2. La partecipazione dei medici Specialisti Ambulatoriali e dei professionisti alla stesura di linee guida, individuazione di percorsi assistenziali e profili di cura verrà remunerata con un compenso orario o forfetario, secondo modalità definite a livello Aziendale con le OO SS.

**NF. 1:** *Viene qui introdotto un meccanismo di remunerazione per le sopracitate attività da concordarsi a livello aziendale.*

# Norma finale n. 2

Le disposizioni di cui al presente Accordo Integrativo Regionale si applicano, per la parte compatibile, ai veterinari e ai professionisti, anche ove non espressamente menzionati.

# Norma finale n. 3

Le parti convengono che gli accordi attuativi aziendali devono essere sottoscritti entro 90 giorni dall’entrata in vigore del presente accordo integrativo regionale.

Le Aziende Sanitarie sono tenute ad avviare la definizione di obiettivi conformi a quanto stabilito dal presente AIR e dall’ACN in sede di AAA. e ad attivare il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, anche fornendo agli specialisti/veterinari/professionisti adeguati strumenti e/o reportistica nel rispetto della tempistica definita negli stessi AAA.

**NF.3:** viene qui introdotto il termine perentorio di gg. 90 per la sottoscrizione degli AAA.

# Norma finale n. 4

In adempimento all’art. 12 dell’ACN, la Regione e le Aziende trasmettono, rispettivamente per quanto di competenza, il presente AIR e i conseguenti AAA alla SISAC.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

# Nota a verbale 1

Le OO.SS. sollecitano, anche tenuto conto della ormai avviata attività di recall, l’attuazione, sulla base di specifici provvedimenti, dell’applicazione delle sanzioni, previste dal Piano Regionale Liste di Attesa, agli utenti in caso di mancata presentazione alla visita prenotata e non disdetta.

**NaV 1:** *sono introdotte sanzioni per coloro che prenotano e non si presentano.*

Letto e approvato.

Genova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Regione Liguria

Il Direttore Generale

Dipartimento Salute e Servizi Sociali

Dott. Francesco Quaglia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Segretario Regionale

SUMAI Liguria

Dott. Federico Pinacci \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Federazione CISL Medici Liguria

la Segretaria Generale

Dott.ssa Elisabetta Tassara \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UIL FPL Liguria

Il segretario responsabile

Dott. Luca Berardi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FeSPA Liguria

Il segretario regionale

Dott. Giuseppe Ruffolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_