

Regione Campania
Assessorato alla sanità

PRIMO ACCORDO

REGIONALE

DPR 271/2000

NAPOLI 24 SETTEMBRE 2001

INDICE

PARTE I - Preambolo	pag. 3
PARTE II - Accordo	
Premessa	pag. 4
Capitolo 1 - Responsabile di branca	pag. 5
Funzioni	
Compiti	
Compensi	
Capitolo 2 - Formazione continua	pag. 7
Criteri di determinazione del finanziamento	
Criteri di partecipazione	
Attività di formazione	
Intesa su successivi aggiornamenti della materia	
Capitolo 3 - Progetti e programmi finalizzati	pag. 8
Individuazione programmi e progetti	
Schema di progetto obiettivo tipo	
Verifiche	
Composizione del fondo per la retribuzione di risultato	
Decorrenza retribuzione di risultato	
Capitolo 4 - Flessibilità operativa, riorganizzazione degli	
Orari e mobilità	pag. 10
Flessibilità operativa: criteri	
Flessibilità organizzativa: criteri	
Capitolo 5 - Istituto della pronta disponibilità	pag. 11
Capitolo 6 - Integrazione della specialistica ambulatoriale	
con le strutture di ricovero	pag. 12
Capitolo 7 - Libera professione intramoenia e liste di attesa	pag. 12
Capitolo 8 - Sedi disagiate	pag. 13
Capitolo 9 - Assicurazione contro i rischi derivanti	pag. 13
dall'incarico	
Allegato A - Prestazioni aggiuntive di agopuntura	pag. 14
Allegato B - Rimborso spese di accesso	pag. 15
Allegato C - Attribuzione punteggio	pag. 16
Norma transitoria n. 1	pag. 17
Norma transitoria n. 2	pag. 17

PREAMBOLO

Nell'ambito di un processo di razionalizzazione del SSN tendente alla maggior efficienza/efficacia pur nel rispetto dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, derivanti dal P.S.N. 1998/2000 (Un patto di solidarietà per la salute degli italiani) e dal D.P.R. 229/99 (Norme per la razionalizzazione del SSN), ripresi dall'attuale P.S.N. (Dalla Sanità alla Salute), tenuto conto della sottostima delle risorse finanziarie ad esso destinate, alla luce dell'ormai incombente federalismo fiscale, per cui le regioni non potranno più contare sul ripiano statale, si è assistito ad un rilancio della programmazione regionale campana concretizzatasi nella produzione di un P.S.R., in via d'emanazione, e di Atti Aziendali i cui obiettivi sono in linea con il quadro di riferimento nazionale. In questo contesto si inserisce prepotentemente il ruolo dell'Assistenza Distrettuale attraverso le funzioni strategiche di individuazione dei reali bisogni sanitari e sociosanitari della popolazione assistita, di governo dell'offerta, di coordinamento e di programmazione dell'integrazione tra i servizi interni ed esterni (con altri distretti, con gli ospedali ed i soggetti provvisoriamente accreditati) al fine di erogare una serie di prestazioni (ambulatoriali, consultoriali, domiciliari, residenziali e semi-residenziali) attraverso una corretta gestione delle risorse (budget di Distretto). Nello scenario così delineato un ruolo fondamentale, al pari delle altre figure convenzionate e dipendenti, spetta allo Specialista Ambulatoriale, che entra a far parte dell'area dell'assistenza specialistica distrettuale integrandosi con le altre figure inserite nell'ufficio di coordinamento (D.P.R. 229/99 art. 3 quinquies), contribuendo in parte a decidere gli indirizzi e gli obiettivi strategici territoriali.

Lo specialista ambulatoriale svolge un forte ruolo nel perseguire, con la regione e le aziende sanitarie, gli obiettivi prioritari del vigente P.S.N., attraverso la diffusione capillare nei distretti della categoria favorita dalla flessibilità della propria attività, garantita dall'A.C.N. 271/2000, espletando tutti gli interventi specialistici, diagnostici, terapeutici, preventivi e riabilitativi, contribuendo a realizzare a favore del cittadino: la presenza di un'offerta appropriata, qualificata e continuativa di prestazioni specialistiche, eseguibili anche a domicilio; la riduzione dei tempi di attesa in modo da garantire la risposta in tempi che ne assicurino l'utilità; la minimizzazione dei costi indiretti per l'accesso ai servizi.

Il seguente accordo decentrato, muovendosi nel rispetto dei principi sopra enunciati, vuole, quindi, contribuire al processo di razionalizzazione del S.S.R. evidenziando però le opportunità che i Distretti potranno avere, potenziando e qualificando l'offerta di prestazioni attraverso il rilancio e il pieno utilizzo dell'attività specialistica ambulatoriale distrettuale.

[\(Indice\)](#)

Premessa

Il Decreto Legislativo 502/92, come modificato ed integrato dal D.Lvo 517/93 e dal D.Lvo 229/99 e il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ribadiscono il ruolo essenziale del medico specialista ambulatoriale nell'Assistenza Specialistica Distrettuale, quale parte integrante ed essenziale del Sistema Sanitario, per corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera in una logica di integrazione con l'assistenza medica di base e di apporto e di interconnessione con quella ospedaliera e degli altri servizi.

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

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

Il medico specialista ambulatoriale è parte nel "Patto di solidarietà per la salute", promosso dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, mettendo a disposizione le proprie specificità professionali e nell'ambito del "Progetto nazionale per la salute", svolge un forte ruolo nel perseguire con le Regioni e le Aziende sanitarie i cinque obiettivi prioritari indicati dal Piano. La peculiare diffusione della sua presenza a livello distrettuale garantisce il supporto specialistico alle iniziative dirette a promuovere comportamenti e stili di vita per la salute, a contrastare le principali patologie, a migliorare il contesto ambientale, a rafforzare la salute dei soggetti deboli e a portare la sanità in Europa.

Anche la Regione Campania con il primo Piano Sanitario Regionale in corso di definizione intende:

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

Il processo di trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale avviato dal Decreto Legislativo 502/92, come modificato ed integrato dal D.L.vo 517/93 e dal D.L.vo 229/993 ha indicato come responsabili diretti della spesa le Regioni, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e i medici convenzionati, cosiddetti prescrittori.

Pertanto con gli Accordi Regionali previsti nel DPR 271/2000 si cerca di creare le condizioni favorevoli a una crescita organizzativa della medicina specialistica distrettuale verso un modello più adeguato alle mutate esigenze assistenziali nell'assistenza primaria attraverso il necessario

coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

Per ottimizzare l'utilizzo delle risorse da parte del Sistema Sanitario si ritiene opportuno:

1. promuovere l'uso razionale dei farmaci in accordo con la legislazione vigente e secondo linee-guida di buona pratica clinica (Good Clinical Practices).
2. Individuare ed eliminare le cause di ricorso "inappropriato" alla diagnostica strumentale e di laboratorio, anche attraverso il blocco di iniziative tendenti a stimolare bisogni fittizi negli utenti in conseguenza della remunerazione a prestazione in vigore con la nuova legislazione. Anche in questo caso saranno sviluppate ed adottate linee-guida regionali formulate con la partecipazione attiva delle componenti specialistiche interessate.
3. Elaborare linee-guida per razionalizzare l'accesso alle strutture di riabilitazione.
4. Predisporre iniziative atte a ridurre il tasso di ospedalizzazione e valutare la convenienza di un trattamento al di fuori delle tradizionali strutture di ricovero.
5. Organizzare le strutture in termini di strumentazione e di personale per l'applicazione delle linee guida finalizzandole allo studio della patologia e non alla singola branca.
6. Valutare con particolare attenzione l'opportunità di incentivare lo spostamento delle attività di primo intervento presso i Distretti con l'intervento contemporaneo dei medici specialisti ambulatoriali e dei medici di medicina generale al fine di limitare l'accesso alle strutture di secondo livello ai casi di effettiva necessità.
7. Riconoscere la possibile funzione docente del medico specialista ambulatoriale nell'ambito della formazione permanente, della formazione professionale infermieristica, dell'educazione sanitaria nelle scuole e quanto altro verrà previsto in futuro.
8. Favorire una maggiore integrazione nell'ambito dell'assistenza primaria tra specialistica ambulatoriale, la medicina generale e pediatria di libera scelta attraverso l'istituzione di Equipes Territoriali (art. 15 DPR 270/2000).
9. Promuovere da parte delle Aziende le azioni che comprendano la messa in rete del sistema informatico della ASL con gli studi dei Medici di Medicina Generale sul territorio anche attraverso l'informatizzazione degli Ambulatori specialistici. ([Indice](#))

Capitolo 1

RESPONSABILE DI BRANCA: FUNZIONI, COMPITI, COMPENSI (ART. 16, COMMA 13)

1. INDIVIDUAZIONE

1.1. L'ambito di riferimento per l'individuazione del responsabile di branca è variabile in relazione alla situazione organizzativa complessiva della Azienda ed alle sue dimensioni.

1.2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 16, comma 13, dell'ACN, per rispondere adeguatamente alle esigenze dipendenti dall'assetto aziendale, in ciascuna Azienda viene definito, tra i rappresentanti della Azienda e i rappresentanti delle Organizzazioni sindacali firmatarie del presente accordo, un responsabile di branca a livello di Azienda. A livello di distretto e a livello di presidio può essere individuato un responsabile di branca anche in ambito interdistrettuale e inter presidio in rapporto alla consistenza numerica degli specialisti. Lo specialista con incarico di coordinamento funzionale e gestionale di strutture specialistiche ambulatoriali e distrettuali non può essere nominato responsabile di branca.

1.3. Con riferimento agli ambiti individuati con i criteri su esposti, il direttore del distretto, il responsabile del presidio sanitario e il direttore sanitario, secondo le rispettive competenze,

indicono entro 30 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo la "Conferenza di branca" per l'individuazione, tra loro, da parte degli specialisti convenzionati, del responsabile di branca.

1.4. Alla conferenza partecipano di diritto gli specialisti convenzionati della branca operanti nell'ambito precedentemente definito.

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

1.6. Della conferenza è redatto apposito verbale, sottoscritto dal soggetto che l'ha indetta e dagli specialisti convenzionati presenti.

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

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

1.9. L'incarico di responsabile di branca ha durata annuale ed è tacitamente rinnovabile. Dopo il primo anno d'incarico almeno un terzo degli specialisti aventi titolo può avanzare richiesta scritta, in qualsiasi momento, al responsabile aziendale di branca, affinché indichi la conferenza di branca per l'individuazione del responsabile.

1.10. Lo specialista può dare le dimissioni dall'incarico di responsabile di branca in qualsiasi momento, con un preavviso di 30 giorni, mediante lettera raccomandata diretta al Direttore generale e, per conoscenza, al responsabile dell'attività specialistica nel cui ambito svolge il proprio servizio.

2. FUNZIONI E COMPITI DEL RESPONSABILE DI BRANCA

2.1. Il responsabile di branca svolge le funzioni di referente tecnico per la specialità nei confronti del Direttore del distretto o degli altri sanitari responsabili delle attività specialistiche ambulatoriali erogate nei presidi ove operano specialisti convenzionati.

2.2. Ferma restando l'autonomia professionale dei singoli specialisti, al responsabile di branca possono essere assegnati dai competenti dirigenti sanitari della Azienda compiti organizzativi di indirizzo e di monitoraggio delle attività specialistiche territoriali relative alla branca stessa.

2.3. Il responsabile di branca deve essere sentito dall'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali" per le problematiche concernenti la relativa specialità, compresi gli aspetti erogativi delle prestazioni.

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

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

1 - assicurare un'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali adeguata alla domanda avanzata dai cittadini;

2 - affrontare e risolvere, nell'ambito delle risorse disponibili, i problemi operativi concernenti la branca specialistica;

3 - garantire il supporto tecnico-professionale alle iniziative distrettuali ed aziendali che comportano il coinvolgimento della specialistica ambulatoriale;

4 - organizzare gli orari d'erogazione delle prestazioni in modo da facilitare l'accesso da parte dei cittadini;

5 - organizzare ed assicurare l'assistenza specialistica domiciliare e ambulatoriale anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI);

6 - organizzare ed assicurare l'attività specialistica ambulatoriale nelle strutture residenziali e semiresidenziali, nelle strutture di ricovero non dedicate ai malati in fase acuta e negli hospice.

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

- l'organizzazione di un sistema corretto di informazione su disponibilità e modalità di accesso alle attività specialistiche ambulatoriali a favore dei cittadini, compresi modelli di comunicazione efficaci;
- l'elaborazione di programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, mediante il pieno utilizzo delle risorse assistenziali disponibili e il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni secondo quanto previsto dalle linee guida, formulate dai competenti soggetti in base al Piano sanitario nazionale e alla programmazione regionale;
- l'innovazione tecnologica delle dotazioni strumentali necessarie allo svolgimento delle attività specialistiche ambulatoriali;
- la stesura di programmi aziendali concernenti la formazione continua degli specialisti ambulatoriali, in modo da assicurare la corrispondenza dell'aggiornamento professionale e della formazione permanente alle necessità evidenziate a livello territoriale attraverso l'analisi della domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali avanzata dalla utenza.

3. COMPENSI

3.1. Al responsabile di branca è corrisposto, per lo svolgimento dei compiti previsti dal presente Accordo regionale, un incremento del compenso orario spettante ai sensi dell'art. 30, commi 1 e 2, pari al 10%. ([Indice](#))

Capitolo 2

FORMAZIONE CONTINUA

1. Il riferimento alle Aziende per determinare l'ammontare del finanziamento per l'aggiornamento professionale e la formazione permanente di cui all'art. 19 dell'Accordo collettivo nazionale, reso esecutivo coi D.P.R. n. 271/2000, deve essere in linea con quello previsto per i dipendenti per i quali si fa riferimento alla circolare del Ministero della funzione pubblica n. 14 del 24.4.95 che prevede una cifra annua pari all'1% del monte salari.

2. A tal fine le parti prendono a riferimento l'ammontare complessivo della spesa sostenuta annualmente dalle Aziende sanitarie nell'ambito regionale per la retribuzione dei medici convenzionati ai sensi dell'Accordo nazionale.

3. Lo specialista, titolare di rapporti convenzionali nella stessa branca presso più Aziende che svolgono il medesimo programma formativo, partecipa alla formazione presso l'Azienda ove ha il maggior numero di ore di incarico;

4. Le attività di formazione si articolano in obbligatorie e facoltative così disciplinate:

a. le attività obbligatorie, cui destinare il finanziamento di cui ai precedenti commi 1 e 2, comprendono:

- i corsi di aggiornamento organizzati dalla Regione e dalle Aziende;
- i programmi, stabiliti dalle Aziende, di frequenza obbligatoria a iniziative di aggiornamento professionale attuate da altri soggetti individuati dalla stessa Azienda;

b. i percorsi formativi facoltativi, anche autogestiti dai sanitari convenzionati, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 19, commi 7 e 8, del DPR 271/2000 che prevede la partecipazione ad iniziative di

formazione per un minimo di 32 ore annue con riconoscimento di un corrispondente permesso retribuito.

5. A livello aziendale le parti promuovono appositi incontri, con la componente specialistica dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali, al fine di raggiungere specifiche intese finalizzate all'ottimizzazione delle risorse destinate alla formazione e all'aggiornamento sia obbligatori che facoltativi nel senso di :

- a. a. coniugare, ove possibile, i percorsi di cui alle lettere a e b del precedente comma;
- b. b. adattare l'organizzazione del lavoro in modo che la frequenza obbligatoria e i permessi retribuiti di cui alle lettere a e b. del comma 4 non generino ulteriori spese aggiuntive.

6. Le parti, inoltre, concordano di promuovere appositi incontri appena saranno effettivamente operanti gli articoli 16-bis, 16-ter e 16-quater introdotti dal decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, al fine di raggiungere ulteriori specifiche intese sull'applicazione dell'art. 19 dell'Accordo nazionale, ed in particolare:

- sui temi formativi di interesse regionale ;
- sull'organizzazione e sulla gestione della formazione continua;
- sull'ammontare dello specifico finanziamento regionale ed aziendale da destinare alla formazione continua. ([Indice](#))

Capitolo 3

PROGRAMMI E PROGETTI FINALIZZATI

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

- - riduzione delle liste di attesa secondo le linee guida approvate con DGRC 4061 del 7/9/2001;
- - rispetto dei livelli di spesa programmati, in particolare sulla farmaceutica, e dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni secondo le indicazioni di cui alla DGRC n. 3513 del 20/7/2001;
- - gli specifici progetti obiettivo del piano sanitario regionale.

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

3. Le Aziende possono individuare ulteriori progetti, in particolare quelli previsti dal PSN, cui corrispondere allo specialista compensi variabili che, ai sensi dell'art. 30 comma 11 dell' A.C.N., devono rimanere complessivamente (sommando le risorse regionali ed aziendali) entro i limiti del 20% dell'ammontare annuo dei compensi di cui all'art.30, 31 e 32 del DPR 271/2000.

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

SCHEMA DI PROGETTO OBIETTIVO TIPO

- A) DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DEL SETTORE O AREA PROPONENTE
- B) PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA E TITOLO PROGETTO.

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

Referente per il progetto.

C) INDICAZIONE DEGLI OBIETTIVI (risultati attesi)

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

E) RISORSE IMPIEGATE

- 1) Tipo di RISORSE (umane e non)
- 2) Quantità
- 3) Importo complessivo

F) TEMPI DI ATTUAZIONE

- 1) Durata complessiva
- 2) Articolazione del progetto in fasi
- 3) Risultati intermedi (per fasi)
- 4) Risultati finali

REQUISITI DI UN PROGETTO OBIETTIVO

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

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

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

Il primo (aspetto qualitativo) è rappresentato dal risultato:

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

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

3) Modalità di svolgimento del progetto.

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

TIPO E QUANTITÀ DI RISORSE IMPIEGATE

- a) a) tipologia - persone distinte per attività - risorse materiali e beni di consumo;
- b) b) Quantità - numero di persone - ore di lavoro - dosi di risorse materiali;
- c) c) Metodologia - che si intende adottare per misurare verificare il "risultato/obiettivo" che è stato posto al progetto.

TEMPI COMPLESSIVI E SVILUPPO TEMPORALE DELL'ATTIVITÀ

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

VERIFICHE

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

COMPOSIZIONE DEL FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO

Finanziamenti regionali e aziendali entro il limite del 20% dell'ammontare annuo dei compensi cui all' art.30, 31 e 32 del DPR 271/2000.

RETRIBUZIONE DI RISULTATO/PRODUTTIVITÀ

La retribuzione di risultato/produttività sarà erogata ai sensi del comma 4 dell'art. 17 del DPR 271/2000 nella stessa misura economica utilizzata per il personale dipendente afferente alle singole unità operative di appartenenza. ([Indice](#))

Capitolo 4

FLESSIBILITÀ OPERATIVA, RIORGANIZZAZIONE DEGLI ORARI E MOBILITÀ (ART . 4 DPR 271/2000).

1. Costituisce flessibilità operativa in ambito aziendale:
 - Modificazione dei turni orari di attività nell'ambito dello stesso presidio.
 - Concentrazione dell'orario di attività presso uno stesso presidio.
 - Mobilità tra presidi collocati nello stesso comune.
 - Mobilità tra presidi collocati in comuni diversi.
2. E' previsto il parere obbligatorio comitato ex art. 11 qualora non sussista il consenso dello specialista interessato.
3. La flessibilità viene attivata quando si manifesta la necessità di soddisfare una esuberante richiesta di prestazioni nella sede di destinazione e contemporanea persistente contrazione dell'attività, documentata attraverso le richieste di prenotazioni e le statistiche rilevate, con i criteri contrattuali, nell'arco di sei mesi nella sede di provenienza.
4. L'individuazione dello specialista da porre in mobilità nell'ambito dell'intera Azienda, avviene indipendentemente dall'U.O. in cui lo stesso presta la sua attività secondo i seguenti criteri:
 - precedenza al più anziano di servizio nel caso di richiesta dell'interessato;
 - precedenza al più giovane di servizio in caso di decisione aziendale.
5. Costituisce flessibilità organizzativa in ambito interaziendale:
 - a) a) concentrazione tra aziende infracomunali
 - a.1) concentrazione presso una sola azienda
 - a.2) disponibilità turno vacante
 - b) b) concentrazione di attività tra aziende limitrofe della stessa regione
 - b.1) concentrazione presso una sola azienda
 - b.2) provvedimento adottato dall'azienda per la copertura del turno comunicato al comitato ex art.11
 - c) c) mobilità fra aziende infracomunali

- c.1) la mobilità può essere disposta per una parte o per l'intero orario di servizio su diversi presidi
- c.2) i presidi devono essere posti nello stesso comune anche appartenenti ad ASL diverse
- d) d) mobilità tra aziende limitrofe della stessa regione
 - d.1) la mobilità può essere disposta per una parte o per l'intero orario di servizio su diversi presidi
 - d.2) i presidi devono essere allocati in un'altra azienda limitrofa della stessa regione

6. Nei casi di flessibilità di cui al comma precedente si adottano le seguenti procedure e criteri:

- Intesa fra le aziende.
- Delibera dei Direttori Generali delle Aziende interessate.
- Parere obbligatorio com. ex art. 11 qualora non sussista il consenso dello specialista interessato.

7. La flessibilità viene attivata quando si manifesta la necessità di soddisfare una esuberante richiesta di prestazioni nella sede di destinazione e contemporanea persistente contrazione dell'attività, documentata attraverso le richieste di prenotazioni e le statistiche rilevate, con i criteri contrattuali, nell'arco di sei mesi nella sede di provenienza.

8. L'individuazione dello specialista da porre in mobilità nell'ambito dell'intera Azienda, avviene indipendentemente dall'U.O. in cui lo stesso presta la sua attività secondo i seguenti criteri:

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

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

Capitolo 5

ISTITUTO DELLA PRONTA DISPONIBILITÀ

Nelle ore notturne e nei giorni festivi le emergenze vengono assicurate mediante l'istituto della pronta disponibilità normale secondo quanto previsto dal CCNL dei medici dipendenti, fatte salve eventuali altre necessità da individuare in sede aziendale, con le procedure indicate nell' art. 6 dello stesso CCNL .

La contrattazione integrativa, in base ai modelli organizzativi adottati dall'azienda con riguardo alla razionalizzazione dell'orario di lavoro, servizi di guardia e pronta disponibilità che abbiano carattere di stabilità, potrà integrare il fondo con i relativi risparmi destinandoli a rideterminare l'importo dell'indennità di pronta disponibilità, fissato nella quota minima di L 40.000 e comunque seguirà gli eventuali incrementi previsti per il personale dipendente. ([Indice](#))

Capitolo 6

INTEGRAZIONE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CON LE STRUTTURE DI RICOVERO

1. Ai fini dell'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e strumentali presenti in tutte le strutture delle AA.SS.LL e della razionalizzazione degli acquisti che evitino inutili e costose duplicazioni, nell'ambito del concetto di strutture a rete integrata tra presidi ospedalieri e distrettuali in linea con quanto previsto dalle DGRC 3264/01, 3513/01 e 4061/01 si prevede quanto segue:

- 1) 1) Possibilità di utilizzazione, su richiesta dello specialista ambulatoriale, della strumentazione esistente nei presidi ospedalieri della ASL, ottimizzando l'utilizzo della stessa (12 ore/die, 6 giorni/settimana);
- 2) 2) Definizione dei percorsi di utilizzazione, su richiesta dello specialista ambulatoriale, dei presidi ospedalieri delle AA.SS.LL. o delle strutture accreditate del S.S.N. in caso di impossibilità di impiego degli stessi, per dare attuazione alla "continuità terapeutica" di cui all'art. 2 comma 1 lettera e);
- 3) 3) La eventuale impossibilità ad autorizzare la richiesta di cui ai commi 1 e 2 deve essere motivata dal Direttore Sanitario del Presidio, sentiti i sindacati maggiormente rappresentativi; ([Indice](#))

Capitolo 7

LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA E LISTE DI ATTESA

In un più ampio quadro di riorganizzazione della attività specialistiche ambulatoriali, ai fini di

- - razionalizzare la domanda
- - ridurre le liste d'attesa
- - integrare le attività territoriali ed ospedaliere (struttura a rete)
- - aumentare il tempo di utilizzazione delle strutture e delle apparecchiature
- - favorire il lavoro multidisciplinare e/o di équipe

l'azienda applica al medico specialista ambulatoriale la normativa di cui alla DGRC 4061/01.

L'attività deve essere svolta fuori dall'orario di servizio compatibilmente con la disponibilità di spazi e personale distrettuale e con le possibilità di accesso dell'utenza.

L'attività istituzionale deve essere prevalente rispetto a quella libero professionale, che comunque non può superare il 40% rispetto al monte ore settimanale di incarico dello Specialista. ([Indice](#))

Capitolo 8

SEDI DISAGIATE

Vengono individuate come disagiate, ai fini dell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, le isole. Si demanda agli accordi aziendali l'individuazione di ulteriori sedi disagiate. Il compenso orario di cui all'art.30, comma 1 e 2, viene maggiorato del 30 %. ([Indice](#))

Capitolo 9

ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DAGLI INCARICHI

1. 1. L'Azienda sentiti i sindacati di cui all'art. 20 comma 12 provvede ad assicurare gli specialisti ambulatoriali contro gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale e contro i danni da responsabilità professionale verso terzi, secondo i massimali previsti dall'art. 29 D.P.R. 271/2000, che comprendano anche le tutele di cui ai commi successivi.
2. 2. Vengono compresi anche i danni eventualmente subiti dagli specialisti in occasione dell'accesso dalla e per la sede dell'ambulatorio sia che il servizio venga prestato in comune diverso da quello di residenza, sia nello stesso comune, se lo specialista svolga attività domiciliare.
3. 3. L'azienda, nella tutela dei propri diritti ed interessi, ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile, contabile o penale nei confronti dello specialista ambulatoriale per fatti o atti connessi all'espletamento del servizio ed all'adempimento dei compiti di ufficio, mette a disposizione, a condizione che non sussista conflitto di interesse, un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso.
4. 4. Qualora lo specialista ambulatoriale intenda nominare un legale di sua fiducia in sostituzione di quello indicato dall'azienda o a supporto dello stesso, i relativi oneri saranno interamente a carico dell'interessato. Nel caso di conclusione favorevole del procedimento, l'azienda procede al rimborso delle spese legali nel limite massimo della tariffa a suo carico qualora avesse trovato applicazione il comma 3, che comunque, non potrà essere inferiore alla tariffa minima ordinistica. Tale ultima clausola si applica anche nei casi in cui allo specialista, prosciolti da ogni addebito, non sia stato possibile applicare inizialmente il comma 1 per presunto conflitto di interesse. ([Indice](#))

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE di AGOPUNTURA (art. 18 comma 2 lettera 'e') e NOMENCLATORE TARIFFARIO (allegato D al DPR 271/2000)

Premesso che l'agopuntura è un'attività di nuova istituzione e che si rende necessario testare sul territorio regionale le richieste di tale attività. Rilevata la necessità di determinare per l'attività in oggetto un periodo di 12 mesi, durante i quali monitorare l'attività svolta in relazione al fabbisogno rilevato;

si concorda quanto segue:

- 1) Il medico che effettua l'attività di agopuntura nel presidio per il quale è stato attribuito l'incarico, svolto ai sensi dell'Allegato n. 1 Protocollo aggiuntivo D.P.R. 271/2000 è retribuito esclusivamente con il compenso orario di cui all' art. 8 comma 1 di detto "Protocollo".
- 2) Il medico, con incarico a tempo indeterminato ovvero determinato, che effettua attività di agopuntura svolta negli ambiti di cui all'art. 18 comma 2, è retribuito esclusivamente con il compenso di lire 50.000 per ciascuna seduta.
- 3) Il rimborso delle spese di accesso per l'attività di cui sopra avviene sulla base di quanto stabilito nell'art. 35 D.P.R. 271/2000 e negli Accordi applicativi alla presente intesa.
- 4) Dopo un anno di tale sperimentazione l'accordo sarà riesaminato sulla base della esperienza acquisita. ([Indice](#))

-
-
RIMBORSO SPESE DI ACCESSO per visite Specialistiche svolte ai sensi dell'allegato n. 1 "Protocollo aggiuntivo" D.P.R. 271/2000.

1) Al medico incaricato a tempo determinato per la sola effettuazione di attività ambulatoriale, ai sensi del "Protocollo Aggiuntivo", il rimborso delle spese di accesso spetta, secondo quanto stabilito dall'art. 10 dello stesso Protocollo Aggiuntivo", in base alle norme fissate nell'art. 35 dell'Accordo nazionale D.P.R. 271/2000;

2) Al medico incaricato a tempo determinato ai sensi del "Protocollo Aggiuntivo", per lo svolgimento di attività ambulatoriale e di visite o altre prestazioni domiciliari il rimborso delle spese di accesso avviene:

2.1) per attività ambulatoriale, ai sensi dell'art. 10 del Protocollo Aggiuntivo in base alla disciplina dettata dall'art. 35 dell'Accordo di cui al DPR 271/2000;

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

2.2.1) se svolte nello stesso Comune di residenza ovvero in quello in cui viene effettuata l'attività ambulatoriale si tiene conto delle effettive distanze necessarie allo specialista per raggiungere il luogo di esecuzione delle prestazioni: il rimborso avviene sulla base tariffaria determinata dall'art. 35 D.P.R. 271/2000;

2.2.2) se svolte in Comune diverso sia da quello di residenza che di svolgimento dell'attività ambulatoriale secondo le norme fissate nell'art. 35 dell'Accordo di cui al DPR 271/2000, calcolando la distanza tra il Comune di residenza e quello in cui viene effettuata l'attività domiciliare;

2.2.3) se svolte in sequenza procedendo per comuni diversi il rimborso spetta calcolando la distanza tra il comune di residenza e il comune più distante nel quale sono effettuate le visite o prestazioni domiciliari, secondo le norme di cui all'art. 35 D.P.R. 271/2000.

3) Qualora presso lo stesso luogo (domicilio dell'assistito, residenze assistenziali, hospice e nelle altre strutture residenziali e semiresidenziali alternative al ricovero, strutture ospedaliere) siano effettuate prestazioni ad utenti diversi in occasione dello stesso accesso, il rimborso è corrisposto una sola volta.

4) Il rimborso delle spese di accesso compete al medico avente diritto che, recatosi nel giorno stabilito all'indirizzo fornito dall'Azienda, non è stato in grado di eseguire la prestazione specialistica per motivi non dipendenti dalla sua volontà.

4) 4) Gli effetti della presente intesa decorrono dalla data di sottoscrizione del presente accordo.

5) 5) Il rimborso spese di cui ai punti 2,2 - 3 - 4 compete anche allo specialista a tempo indeterminato che, in mancanza di un mezzo aziendale, utilizzi la propria autovettura.

6) 6) Ai medici incaricati a tempo indeterminato e ai sensi del Protocollo Aggiuntivo, spetta adeguata copertura assicurativa per l'uso della propria autovettura . ([Indice](#))

ATTRIBUZIONE PUNTEGGIO ATTIVITA' PROFESSIONALE - allegato A PARTE II LETTERA B) D.P.R. 271/2000

Il D.P.R. citato a margine ha introdotto rispetto ai precedenti Accordi nazionali, possibilità di attribuire un ulteriore punteggio ai medici specialisti ambulatoriali derivante da incarichi provvisori, di sostituzione ed a tempo determinato nelle strutture dei S.S.N..

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

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

Al fine di uniformare il metodo di calcolo da parte dei Comitati zonali medici specialisti ambulatoriali nel l'attribuzione dei su citati punteggi, le parti firmatarie dell'Accordo di cui al D.P.R. 271/2000 concordano quanto segue:

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

2) Per tutti gli altri incarichi, sia quelli di durata non superiore a 15 giorni, nonché quelli per i quali non sono state indicate le ore settimanali, ma il totale delle ore effettuate nel periodo indicato, si procederà alla valutazione di ogni ora con un punteggio di 0,0031. Tale cifra è il risultato delle seguenti operazioni:

$$38 \text{ ore} \times 52 \text{ settimane} = 1976 \text{ (numero massimo di ore eseguibili in un anno)}$$

$$0,50 \text{ (punteggio complessivo mensile da attribuire per svolgimento 38 ore settimanali)} \times 12 : 1976 = 0,0031$$

Il punteggio annuale di tali incarichi verrà quindi conteggiato moltiplicando il numero di ore effettuate X 0,0031, arrotondato al centesimo superiore. ([Indice](#))

Norma transitoria n° 1

Gli effetti giuridici, normativi ed economici del presente Accordo Regionale, salvo diversa, specifica indicazione, conservano la loro validità fino alla data di pubblicazione del nuovo Accordo integrativo Regionale. ([Indice](#))

Norma transitoria n° 2

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

Si concorda, inoltre, che eventuali questioni applicative o quesiti posti dalle Aziende siano oggetto di esame da parte del comitato ex art. 12, DPR 271/2000, ai sensi del comma 7. ([Indice](#))

PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO COLLETTIVO REGIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI AI SENSI DELL'ART. 48 DELLA LEGGE 23.12.1978, N. 833 E DELL'ART. 8, COMMA 8, DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 502/92, COME MODIFICATO DAL DECRETO LEGISLATIVO N. 517/93 E N. 229/99

Assessore Sanità Regione Campania
Teresa Armato

S.U.M.A.I.:

Napoli, li 24 settembre 2001

Assessore Sanità Regione Campania
Teresa Armato

CONF.S.A.L:

FEDERAZIONE MEDICI:

F.P.C.G.I.L. MEDICI:

U.M.U.S. :

Napoli, li 24 settembre 2001