

*Regione Campania*  
Assessorato alla sanità

# ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE ANNO 2020

per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi)

**Delegazione Trattante parte pubblica**

**Presidente Avv. Antonio Postiglione,**

**FIRMATO**

**Componenti: Dott. Aurelio Bouché**

**FIRMATO**

**Dott.ssa Marina Rinaldi**

**FIRMATO**

**Dott. Gaetano Patrone**

**FIRMATO**

**Dott.ssa Raffaella Errico**

**FIRMATO**

**Delegazione Sindacale**

**Sumai –Assoprof Dott. Francesco Buoninconti**

**FIRMATO**

**Dott. Gabriele Peperoni**

**FIRMATO**

**Dott.ssa Daniela Postiglione**

**FIRMATO**

**CISL Medici Dott.ssa Maria Antonietta Parrillo**

**FIRMATO**

**Dott. Giovanni De Caprio**

**FIRMATO**

**FeSpa Dott. Marcello Di Franco**

**FIRMATO**

**Uil Fpl Fed Medici Dott. Biagio Fulco**

**FIRMATO**

**Napoli 05/08/2020**

## PREAMBOLO

In un quadro di cambiamento delle politiche sanitarie nazionali sancito dall'accordo tra Stato e Regioni dell'8 agosto 2001, seguito dalla modifica del Titolo V della Costituzione, che ha introdotto i principi della potestà di legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni e della potestà regolamentare delle Regioni in materia di sanità, maggior rilievo assumono gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) anche se i riferimenti cardini rimangono gli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) sottoscritti tra le OO.SS. e la SISAC, in particolare l'ultimo approvato in Conferenza Stato-Regioni il 31 marzo 2020 e pubblicato sulla GU n. 110 del 29/04/2020.

Inoltre i Piani Sanitari (PSN) che si sono susseguiti, il Patto della Salute, i nuovi scenari e i fondamenti del SSN, inseriscono quali obiettivi strategici: la garanzia di un'appropriata erogazione dei servizi a partire dai LEA; il mantenimento nel territorio di tutte le attività ambulatoriali; un'efficace continuità assistenziale; la fornitura di attività specialistiche; l'abbattimento delle liste d'attesa; la riduzione di ricoveri ospedalieri impropri; l'attivazione dei percorsi assistenziali; garantire la sicurezza alimentare e la sanità animale.

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), o negli uffici, organi collegiali ed altri organismi previsti da disposizioni di legge e/o dall'atto aziendale contribuendo in parte a decidere gli indirizzi e gli obiettivi strategici aziendali.

La Regione Campania ha adottato un piano organico di programmazione dell'assistenza territoriale definendo nel piano regionale della Rete di assistenza sanitaria territoriale 2019-2021 l'offerta di assistenza territoriale attuale e programmata per tutte le tipologie di assistenza in coerenza con il DPCM del 12.01.2017 "definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" con la riprogettazione delle cure primarie e del ruolo del MMG e dello Specialista ambulatoriale

In tale Piano lo specialista ambulatoriale e gli altri professionisti svolgono un forte ruolo nel perseguire, con la regione e le aziende sanitarie, gli obiettivi prioritari del vigente PSN, attraverso la diffusione capillare nei distretti della categoria favorita dalla flessibilità della propria attività, garantita dall'ACN, espletando tutti gli interventi specialistici, diagnostici, terapeutici, preventivi e riabilitativi, e contribuendo a realizzare a favore del cittadino: 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 presente Accordo decentrato (AIR), muovendosi nel rispetto dei principi sopra enunciati, vuole, quindi, contribuire al processo di razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR), evidenziando però le opportunità che i Distretti, i Presidi aziendali e le altre Strutture potranno avere, potenziando e qualificando l'offerta di prestazioni attraverso il rilancio e il pieno utilizzo dell'attività specialistica ambulatoriale, dei medici veterinari e delle altre professionalità anche attraverso il nuovo modello assistenziale definito "Day-service/PACC" e la istituzione delle AFT e UCCP oltreché dell'integrazione territorio-ospedale.

Il presente AIR, inoltre, ribadisce la coesistenza di rapporti da parte degli specialisti, dei veterinari e dei professionisti con più soggetti giuridici che applicano l'ACN, confermando che, secondo quanto previsto dal vigente Accordo Nazionale, il rapporto con il SSN è da intendersi unico a tutti gli effetti, anche se lo specialista ambulatoriale o il professionista svolge la propria attività presso più servizi della stessa azienda o per conto di più aziende.

## Contesto Operativo

Il Decreto Legislativo 502/92, come modificato e integrato dal D. L.vo 517/93 e dal D. L.vo 229/99, dal DM 189/12, ribadisce 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 gli accessi presso le strutture ospedaliere e il prolungarsi della relativa degenza, in una logica di integrazione con l'assistenza medica di base e di apporto e di interconnessione con quella ospedaliera e degli altri servizi. Inoltre il Patto della Salute 2014-2016 approvato in data 10 luglio 2014, in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, all'art. 5 comma 1 promuove un modello di sanità territoriale multiprofessionale ed interdisciplinare e nel rispetto dell'autonomia regionale sia decisionale che organizzativa, istituendo le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, come previsto dal comma 2 dell'art. 1 di DM 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie.

Il presente Accordo riconosce il ruolo degli specialisti ambulatoriali, dei medici veterinari e delle altre professionalità sanitarie ambulatoriali come parte attiva e qualificante del Servizio sanitario, integrandosi nell'assistenza primaria attraverso il coordinamento con le altre categorie che operano sul territorio, come previsto dal comma 1 lettera a) e b) dell'art. 3 quinquies del D. L.vo 229/99 e s.m.i., per l'espletamento secondo modalità di accesso uniformi, 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.

La Regione Campania con i propri atti di programmazione regionale (DCA n.83 del 31.10.2019 "Piano Regionale della Rete di Assistenza sanitaria territoriale 2019-2021 ha inteso:

- a) avviare la riprogettazione delle cure primarie, finalizzata a garantire un riassetto, del ruolo del MMG e dello specialista ambulatoriale. Tale spinta innovativa, che prevede una revisione delle interdipendenze verticali e orizzontali all'interno dei nuovi modelli di assistenza territoriale, attualmente è indirizzata verso forme aggregative dei Medici di Medicina Generale (MMG), attraverso la costruzione di gruppi multiprofessionali e multidisciplinari, fondamentali per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- b) potenziare e riorganizzare l'assistenza territoriale nell'ambito della quale assume una rilevanza il ruolo e le funzioni del medico specialista ambulatoriale con l'obiettivo di sviluppare forme alternative di assistenza accessibili a tutti, allo scopo di migliorare la qualità dei servizi sanitari erogati, in un contesto di partnership con le Aziende con l'obiettivo di portare l'assistenza il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro del cittadino, anche attraverso lo sviluppo di servizi e strutture di prossimità che rappresentino una concreta alternativa al ricovero ospedaliero, nell'ottica della continuità delle cure e dello sviluppo delle reti;
- c) richiedere alle ASL un potenziamento ed una qualificazione dell'assistenza territoriale, per garantire il governo della domanda, la razionalizzazione della spesa assicurando i LEA e la continuità dell'assistenza, ivi compresi i PDTA, i percorsi integrati ospedale-territorio e le dimissioni protette con presa in carico dell'assistito attraverso la promozione della medicina di iniziativa;

Con la sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Regionale la Regione Campania intende favorire la crescita organizzativa della medicina specialistica verso un modello più adeguato alle mutate esigenze assistenziali attraverso il coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio, presso il domicilio del paziente ed i presidi ospedalieri, collaborando con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta anche nell'ambito delle nuove articolazioni organizzative quali le AFT e le UCCP.

Per garantire un efficace utilizzo delle risorse, il livello territoriale costituisce l'ambito naturale ove utilizzare gli specialisti ambulatoriali, i medici veterinari e le altre professionalità nella prevenzione, nella diagnostica e dell'assistenza in continuità con il rapporto fiduciario del paziente con il medico di Assistenza Primaria.

La specialistica ambulatoriale rappresenta uno degli elementi qualificanti idonei a soddisfare le esigenze della medicina territoriale, rappresentando il momento dell'approccio e dell'accoglienza dell'utente, specialmente se trattasi di soggetto problematico, in continuità con il rapporto fiduciario e diretto col medico di assistenza primaria.

Laddove le AA.SS.LL. ritengano dover procedere all'assegnazione dei turni disponibili di specialistica ambulatoriale, di medicina veterinaria o delle altre professionalità, attiveranno le procedure di conferimento previste dagli artt. 20, 21, 22 [23](#) e 30 del vigente ACN.

La flessibilità del contratto, si concretizza con l'alta formazione dello specialista e con la possibilità di richiedere, all'atto della pubblicazione di nuovi turni, specifiche capacità professionali, verificata dall'apposita commissione. Ciò consente di migliorare sensibilmente i servizi e le prestazioni offerte in modo da soddisfare la domanda di salute dei cittadini.

La Regione Campania, con la sottoscrizione dell'Accordo Integrativo intende:

- 1) promuovere l'utilizzo dei farmaci in linea con la legislazione vigente e secondo le linee-guida della buona pratica clinica (good clinical practices), favorendo l'appropriatezza e quanto emanato dalla Regione in merito alla razionalizzazione della Spesa Farmaceutica. Altresì la Regione prevede, in linea con l'attuazione di specifici percorsi assistenziali, della prescrizione farmaceutica da parte degli Specialisti Ambulatoriali, tramite Piano Terapeutico Informatizzato e ricetta SSN dematerializzata, anche di farmaci biologici/biosimilari.
- 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;
- 3) promuovere la riorganizzazione dell'assistenza specialistica in funzione dell'adesione obbligatoria ai PDTA definiti a livello regionale/aziendale con priorità per i pazienti cronici e con multicronicità;
- 4) promuovere l'integrazione dello specialista ambulatoriale nel sistema di presa in carico del paziente con bisogni socio-sanitari di cui al Capo IV del DPCM LEA 12/01/2017 che prevede l'accesso diretto del paziente alle cure;
- 5) promuovere la riduzione del tasso di ospedalizzazione anche attraverso la partecipazione degli specialisti ai programmi aziendali in materia di pre-ospedalizzazione e di dimissioni protette;
- 6) valutare il fabbisogno in termini di risorse umane e strumentali per l'attuazione delle linee-guida/PDTA che guardi allo studio della patologia piuttosto che alla singola branca come previsto dal modello day-service e volto ad incentivare il trasferimento delle attività di primo intervento, dal presidio ospedaliero alle strutture territoriali (AFT E UCCP), con il coinvolgimento dei medici di medicina generale dei pediatri di libera scelta;

- 7) prevedere lo sviluppo della sperimentazione e della ricerca clinico-epidemiologica all'interno delle attività specialistiche;
- 8) implementare il sistema di rete che colleghi l'ambulatorio specialistico con la rete aziendale e con gli studi dei medici di famiglia e pediatri di libera scelta anche attraverso l'utilizzo della rete di supporto informatico regionale Sinfonia.

## **ART. 1 - UNICITÀ DEL RAPPORTO**

1. Il rapporto con il SSN è da intendersi unico a tutti gli effetti, anche se lo specialista ambulatoriale, veterinario o il professionista svolge la propria attività presso più servizi della stessa Azienda o per conto di più Aziende ubicate nell'ambito della Regione Campania.
2. In tal senso l'Azienda ove lo specialista, il veterinario o il professionista ambulatoriale incaricato a tempo indeterminato svolge il maggior numero di ore (a parità di ore l'Azienda ove il rapporto è caratterizzato da maggiore anzianità) provvede:
- alla tenuta del fascicolo personale
  - all'erogazione delle competenze mensili
  - all'erogazione del premio di collaborazione
  - all'erogazione del premio di operosità
  - all'erogazione delle competenze variabili comunicate dalle altre Aziende del SSR
  - alla certificazione del servizio espletato fin dal conferimento del primo incarico a tempo indeterminato ovvero a tempo determinato in caso di assenza di soluzione di continuità fino alla cessazione dall'incarico
3. Le Aziende comunicano mensilmente all'Azienda ove lo specialista svolge il maggior numero di ore, le eventuali competenze accessorie per attività esterne e pronta disponibilità, per spese di viaggio, per la partecipazione ai programmi e progetti finalizzati, per la partecipazione a comitati e commissioni per le quali sono previsti compensi, le assenze e/o permessi di qualsiasi natura, minus e plus orario, i compensi per le attività in regime di intramoenia, le attività di docenza e tutoraggio per conto delle Aziende o della Regione e ogni altra indennità spettante allo specialista, al veterinario e al professionista ambulatoriale.
4. I compensi di competenza di altre Aziende e a qualsiasi titolo anticipati dalla Azienda che provvede alla liquidazione, saranno oggetto di compensazione, con cadenza annua, con le altre Aziende.
5. Le competenze erogate da Enti non appartenenti al SSR (INAIL, SASN, Ministeri ecc.) non rientrano nelle procedure di compensazione. Non rientrano, altresì, nelle procedure di compensazione le competenze a qualsiasi titolo erogate da Aziende o Enti appartenenti a Regioni diverse.
6. Nel rispetto del principio dell'unicità del rapporto, la/le Aziende ove lo specialista, il veterinario o il professionista svolge un minor numero di ore, comunicano all'Azienda che provvede alla gestione giuridico-economica - con cadenza mensile- ogni variazione che interviene nello status dello stesso, nonché le assenze per malattia, congedo ordinario, congedo non retribuito, per aggiornamenti professionali, Legge 104, le ore di distacco sindacale fruito, ecc.
7. Il fascicolo personale, completo di ogni atto e/o comunicazione è custodito in originale dall'Azienda ove lo specialista, il veterinario o il professionista svolge il maggior numero di ore e segue lo stesso in caso di variazione dell'orario che determini il trasferimento ad altra Azienda della

competenza ad erogare le competenze mensili. In tal caso il fascicolo va trasmesso tempestivamente all'Azienda ove lo specialista/professionista acquisisce il maggior numero di ore.

8. Le competenze spettanti agli specialisti, veterinari e professionisti per incarichi a tempo determinato, incarichi provvisori o di sostituzione, sono erogate direttamente dall'Azienda ove gli stessi hanno espletato l'incarico e non saranno oggetto di compensazione.

## **Art. 2 - FLESSIBILITA OPERATIVA, RIORGANIZZAZIONE DEGLI ORARI E MOBILITA'.**

1) Costituisce flessibilità operativa in ambito aziendale:

- Modifica 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) È previsto il parere obbligatorio del Comitato Zonale qualora non sussista il consenso dello specialista o del professionista interessato.

3) La flessibilità viene attivata quando si manifesta la necessità di soddisfare una esuberante richiesta di prestazioni nella sede di destinazione e una contemporanea persistente contrazione dell'attività, documentata attraverso le richieste di prenotazioni e le statistiche rilevate, con i criteri contrattuali (strutture, attrezzature, personale), nell'arco di sei mesi, nella sede di provenienza o per la organizzazione delle nuove forme organizzative quali le AFT e le UCCP.

4) Non è consentito alle Aziende di attuare procedure di mobilità dal territorio verso i presidi ospedalieri nei confronti degli specialisti/professionisti ambulatoriali.

5) L'individuazione dello specialista, del veterinario o del professionista da porre in mobilità all'interno della stessa Azienda, avviene nell'ambito dell'U.O. in cui lo stesso presta la propria attività e secondo i sottoindicati criteri:

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

6) Costituisce flessibilità organizzativa in ambito interaziendale: la concentrazione di ore di incarico tra aziende della stessa regione

- concentrazione dell'orario di incarico presso una sola azienda
- provvedimento adottato dall'azienda per la copertura del turno vacante
- mobilità tra aziende della stessa regione

la mobilità può essere disposta per una parte o per l'intero orario di servizio espletata su diversi presidi;

7) Nei casi di flessibilità di cui al comma precedente vengono adottate le seguenti procedure e criteri:

- intesa fra le aziende.
- parere obbligatorio del comitato zonale qualora non sussista il consenso dello specialista interessato.

8) La mobilità dello specialista, del veterinario o del professionista può essere attuata anche attraverso l'istituto del comando temporaneo presso aziende ed enti che abbiano dato il loro assenso. Non può avere durata superiore ad un anno e deve essere prevista esclusivamente per

attività di tipo assistenziale, fatto salvo casi eccezionali per i quali gli enti facciano esplicita richiesta di particolari competenze e capacità organizzative riconosciute a professionisti titolari di incarico a tempo indeterminato.

Il comando è disposto con apposito provvedimento del Direttore Generale dell'azienda, accogliendo la domanda dello specialista, del veterinario o del professionista.

9) Nei casi in cui sia necessario soddisfare le esigenze funzionali delle Strutture aziendali in presenza di eventi contingenti e non prevedibili, l'Azienda può far ricorso alla mobilità d'urgenza. Essa ha carattere provvisorio, essendo disposta per il tempo necessario al perdurare della situazione di emergenza e non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare, salvo diverso consenso del convenzionato.

10) salvo diverso accordo aziendale fra le parti, il provvedimento di mobilità di un Dirigente medico o sanitario in una sede territoriale dove già operano specialisti o professionisti convenzionati e che può determinare un oggettivo esubero degli stessi, deve essere oggetto di un accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative degli specialisti o professionisti convenzionati per la rideterminazione degli obiettivi assistenziali.

11) Nel caso in cui presso i Presidi sono presenti una pluralità di figure ( specialisti e medici dirigenti) la mobilità avverrà nel rispetto della pari dignità, cioè con priorità per lo specialista/dirigente con minore anzianità di servizio.

12) Lo specialista che svolge la propria attività in settori dove operano altre figure, siano esse convenzionate o dipendenti, si attiene alle disposizioni ed all'organizzazione aziendale, pur mantenendo la propria autonomia professionale, firma i referti ed è ugualmente abilitato all'approccio con l'utente in campo preventivo, diagnostico e terapeutico.

13) Le modalità di cui ai punti precedenti non si applicano agli specialisti afferenti ai Dipartimenti Strutturali.

## **Art. 3- ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO**

### **A) Requisiti e Funzioni minime**

La programmazione delle attività deve prevedere il coinvolgimento della rappresentanza degli specialisti ambulatoriali interni al fine di programmare non solo la quantità delle prestazioni in base alla specializzazione e alla attività svolta (clinica o strumentale), ma anche la qualità, tipo la casistica clinica e non numerica, il case mix atteso, oltreché le modalità erogative secondo specifiche linee guida/PDTA da concordare a livello aziendale. Sono coinvolti in tale percorso i Coordinatori di Distretto, di Presidio oltre ai Responsabili di Branca ed ai Coordinatori di AFT. Tali figure, individuate secondo quanto previsto dai successivi articoli, sono tenute ad implementare le linee guida/PDTA e gli strumenti di governo clinico al fine di attuare la presa in carico del paziente da parte di tutti gli specialisti coinvolti, sempre nell'ottica di ridurre i ricoveri impropri, le indagini strumentali e le visite di controllo inutilmente reiterate. È necessario, per l'attuazione di quanto sopra, che gli ambulatori siano provvisti delle dotazioni strumentali necessarie e che lo specialista sia coadiuvato anche da personale tecnico e infermieristico nell'ambito delle risorse umane a disposizione della struttura. Tale programmazione deve essere attuata anche per le attività domiciliari.

## **B) La semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.**

Le Aziende individueranno, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente AIR ed in coerenza con il Piano di riorganizzazione delle Cure Primarie, procedure atte a semplificare l'accesso alla specialistica ambulatoriale e la presa in carico, clinica ed organizzativa, del paziente. In tal senso il Coordinatore di AFT concorda con il Distretto le modalità organizzative per l'accesso alle prestazioni nell'ambito di PDTA/obiettivi condivisi definendo, eventualmente, anche una quota oraria predefinita autogestita, ai sensi dell'art. 29 comma 2 dell'ACN, per la costruzione di percorsi ambulatoriali complessi (day service ambulatoriale) di cui all'art. 7. anche ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa.

Nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria integrata, qualora necessario, lo specialista ambulatoriale convenzionato è parte integrante dei servizi e delle attività nelle fasi di accesso, valutazione, progettazione individuale ed erogazione della prestazione prevista dal Progetto Individuale.

Pertanto, la programmazione delle attività distrettuali dovrà prevedere una quota oraria dello specialista dedicata alla attività dei servizi socio-sanitari distrettuali ben distinta dall'attività ambulatoriale e organizzata secondo le modalità del servizio in cui lo specialista opera.

La trasparenza dei criteri e delle modalità di accesso ai servizi, l'appropriatezza della risposta in relazione al bisogno assistenziale, l'equità di accesso alle prestazioni costituiscono i principi base cui dovrà uniformarsi la riorganizzazione. In particolare la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale, con i percorsi di semplificazione e di day service, con la finalità di ricondurre l'intero percorso diagnostico agli accessi necessari, secondo modalità programmate, riducendo l'onere per il cittadino attualmente costretto a numerosi e frammentati passaggi per la prescrizione e la prenotazione delle prestazioni, che possono pregiudicare la stessa continuità dell'assistenza, producendo inoltre nell'utenza la disaffezione nei confronti dell'assistenza distrettuale e favorendo percorsi alternativi.

L'attuazione di questi principi comporta interventi sugli assetti organizzativo-gestionali e sulle responsabilità clinico-assistenziali, rispetto ai quali gli specialisti sono pienamente coinvolti garantendo una concreta collaborazione per:

- la concentrazione delle prestazioni relative allo stesso problema clinico in un solo giorno, o comunque in un numero limitato di accessi programmati;
- l'individuazione della responsabilità di uno specialista nel percorso clinico- assistenziale previsto nella struttura ambulatoriale;
- l'integrazione funzionale con le AFT della medicina generale per l'erogazione di prestazioni programmate anche presso le sedi delle AFT della medicina generale e l'integrazione fra specialisti per la presa in carico del paziente con multicronicità (ambulatori multidisciplinari);
- ove possibile, la concentrazione di attività in strutture ambulatoriali anche presso presidi ospedalieri oltre che distrettuali, adeguati con attrezzature e personale, con presenza contestuale di più specialisti che offrano prestazioni diverse in tempi ragionevoli e siano in grado di organizzare, se necessario, successivi accessi presso la stessa o ad altre strutture sanitarie.

Con l'entrata in vigore del presente AIR, agli specialisti ambulatoriali sarà fornita da parte delle Aziende una chiara ed univoca modulistica aziendale; agli stessi sarà garantita l'informatizzazione degli ambulatori per la condivisione dei dati clinici del paziente con i mmg e gli altri specialisti nell'ambito della gestione di percorsi di cura e l'accesso alla ricetta elettronica dematerializzata, nel

rispetto della normativa vigente e dei provvedimenti regionali, determinando in tal modo il disagio per il cittadino per accessi ripetuti per prescrizioni e prenotazioni.

### **C) Integrazione della Specialistica Ambulatoriale con le Strutture di Ricovero.**

I percorsi assistenziali devono assicurare la continuità delle cure. Per dare attuazione alla continuità assistenziale nell'ambito di specifici PDTA o per favorire il nuovo modello assistenziale definito come Day-service/PACC, di cui al Decreto Commissariale 17/2014 e s.m.i. il Direttore del Distretto ed il Coordinatore della AFT concordano la organizzazione di tali percorsi.

Tali percorsi, anche al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane e strumentali nell'ambito del concetto di strutture a rete integrata tra presidi ospedalieri e distrettuali, possono prevedere che si estenda agli specialisti la possibilità di utilizzare la strumentazione esistente nei presidi ospedalieri delle ASL, attraverso la definizione dei percorsi di impiego da definire nell'ambito degli Accordi Attuativi aziendali (AAA).

### **Art. 4 – RUOLO PROFESSIONALE DELLO SPECIALISTA, DEL MEDICO VETERINARIO E DEI PROFESSIONISTI.**

Lo specialista ambulatoriale svolge i compiti e le funzioni previste dall'art. 24 dell'ACN vigente ed opera nelle sedi previste dall'art. 24 comma 7 dell'ACN e in quelle previste dal presente Accordo. Parimenti, i medici veterinari ed i professionisti svolgono i compiti e le funzioni previsti, rispettivamente, dall'art. 25 e 26 dell'ACN vigente.

1. Lo specialista ambulatoriale, assieme al Medico di medicina generale, al Pediatra di libera scelta concorre al corretto utilizzo delle risorse sanitarie disponibili. Per tale motivo, ai sensi dell'art. 3-sexies, comma 2, del D. L.vo n.229/99, lo specialista partecipa di diritto, insieme al rappresentante dei medici di medicina generale e al rappresentante dei pediatri di libera scelta, all'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), all'ufficio al collegio di direzione aziendale ed agli altri pertinenti organi collegiali previsti dall'atto aziendale.

2. L'adeguata dotazione strumentale degli ambulatori, l'aggiornamento professionale, l'implementazione delle linee guida e degli altri strumenti del governo clinico assicurano il miglioramento continuo dell'attività permettendo una maggiore capacità risolutiva dei problemi diagnostici e terapeutici da parte di tutti i medici coinvolti, limitando pertanto il ricorso al ricovero ospedaliero, agli ulteriori approfondimenti specialistici, alle visite di controllo ripetute.

3. Allo stesso modo è determinante l'apporto del medico specialista ambulatoriale per il miglioramento dell'appropriatezza delle indicazioni terapeutiche e farmacologiche in coerenza con le note AIFA e con la legge finanziaria n° 388/2000 e s.m.i., che all'art. 85, comma 26, raccomanda le prescrizioni dei farmaci generici o comunque di quelli che, a parità di efficacia terapeutica, presentino un miglior rapporto costo/benefici, così come ribadito in diversi provvedimenti regionali. Collabora inoltre aderendo a specifiche ulteriori misure individuate a livello aziendale (es. invio dei pazienti ai punti di distribuzione diretta per i farmaci ed i presidi suggeriti in seguito a visita specialistica ambulatoriale).

In particolare, lo specialista ambulatoriale concorre in modo significativo all'obiettivo dell'appropriatezza clinica e prescrittiva attraverso l'applicazione di linee guida ed il perseguimento di PDTA indicati a livello regionale e la partecipazione a programmi aziendali di governo clinico (audit clinici, momenti di confronto strutturati con altri professionisti quali il farmacista secondo la normativa vigente).

4. Dall'esame dei dati regionali dell'assistenza specialistica ambulatoriale, risulta elevato il numero di prestazioni di diagnostica strumentale complessa richieste ad altre strutture (ospedaliere e accreditate); al pari risulta elevato il numero delle visite di controllo. Migliorare l'appropriatezza in questo ambito vuol dire ridurre il numero di prestazioni improprie, attraverso la definizione di protocolli di follow-up volti al recupero di una gestione efficiente delle agende ambulatoriali e all'abbattimento delle liste di attesa. Tali protocolli vengono concordati e condivisi fra il Direttore del Distretto, il Coordinatore della AFT della specialistica ed i Coordinatori della Medicina generale che afferiscono al Distretto.

Si conviene in tal senso che gli ambiti prioritari per la definizione dei livelli programmati di attività sono rivolti, prioritariamente, al disease management per le patologie croniche e all'abbattimento delle liste d'attesa.

Al fine della riduzione dei tempi d'attesa previsti dalle Classi di Priorità, il Distretto può ricorrere all'overbooking. In tal caso, per le prestazioni rese dallo specialista in un numero superiore a quanto già programmato, e che quindi determini un effettivo prolungamento dell'orario di servizio, si applica quanto previsto dall'art. 29 comma 6 dell'ACN vigente.

5. Il personale convenzionato che presta servizio presso il Dipartimento di Prevenzione - Servizio di Igiene e Medicina del lavoro e quello dell'Area di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare eseguono attività di vigilanza ai fini della sicurezza dei luoghi di lavoro ai sensi delle norme vigenti. In tale contesto possono trovarsi ad operare quali Ufficiali di Polizia Giudiziaria ai sensi del tuttora vigente art. 3 Legge 283/1962 che recita: *“Le ispezioni ed i prelievi di campioni, di cui all'art. 1, sono effettuati da personale sanitario o tecnico appositamente incaricato, dipendente dall'autorità sanitaria provinciale o comunale. Le persone indicate nel comma precedente, nei limiti del servizio a cui sono destinate e secondo le attribuzioni ad esse conferite, sono ufficiali o agenti di polizia giudiziaria e possono, in ogni caso, richiedere, ove occorra, l'assistenza della forza pubblica.”*

6. Anche il medico veterinario convenzionato ai sensi del presente Accordo ed inserito nel Sistema Sanitario della regione Campania, concorre, congiuntamente ai dipendenti-dirigenti e agli altri operatori sanitari, allo svolgimento delle attività istituzionali ed al raggiungimento degli obiettivi di salute specificatamente individuate dal Piano Sanitario Regionale e dal Piano Regionale dei Controlli Pluriennale (PRCP) ex artt. 109, 110 e 111 Reg. (UE) n. 2017/625

Allo specialista ambulatoriale medico veterinario vengono richiesti pertanto gli stessi requisiti dei dipendenti-dirigenti in modo che le Autorità Competenti regionali (UOD 50 04 01) e territoriali (ASL) possano avvalersi di personale omogeneo dal punto di vista della formazione, del know-how, delle qualifiche giuridiche e del potere di esprimere la volontà della Pubblica Amministrazione, nel solco della normativa nazionale e comunitaria vigente, in particolare dai Regolamenti UE 429/2016 e 625/2017 e s.m.i. in materia di Controlli Ufficiali ed altre Attività Ufficiali nel campo della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. Avendo spesso le medesime funzioni e operando per gli stessi obiettivi del personale dipendente-dirigente, essi devono pertanto essere incardinati nei funzionigramma delle predette Autorità Competenti, con particolare riferimento ai Servizi Veterinari della Sanità Animale (Area A), dell'Ispezione degli alimenti di origine animale (Area B) e dell'Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C). Ad essi si richiede la stessa abnegazione, lo stesso impegno lavorativo nonché lo stesso rispetto delle norme comportamentali.

Lo specialista ambulatoriale veterinario, concorre altresì, al raggiungimento di specifici obiettivi in settori come quelli relativi al controllo del randagismo con il raggiungimento degli standard regionali in materia di igiene urbana veterinaria, degli animali selvatici o sinantropi giusto art. 5 Legge R 3/2019, nonché all'espletamento di altre prestazioni specialistiche e altre fondamentali attività quali i controlli ufficiali (C.U.) in materia di bio sicurezza per l'attuazione delle verifiche dei Piani Straordinari di Eradicazione delle malattie infettive e diffuse, di competenza dei

Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL., degli II.ZZ.SS. e degli altri Istituti del S.S.R., al servizio dei quali lo specialista si trova ad operare.

Al fine di chiarire le posizioni giuridiche proprie di ciascun specialista ambulatoriale veterinario, va precisato che gli stessi, in quanto e nella misura in cui siano destinati ad attività che possono comportare l'accertamento di fatti di reato, sono e debbono essere considerati ufficiali di polizia giudiziaria. E' oramai acclarato che l'esercizio delle funzioni di P.G. nell'ambito dell'organizzazione aziendale dipende più che altro dall'assegnazione di specifici incarichi da parte del Responsabile di U.O. Complessa (ASL) che comportano attività di polizia giudiziaria.

Del resto, analizzando in maniera approfondita la questione della formale attribuzione della qualifica di UPG, se ne deduce che fin dall'entrata in vigore della Legge 833/1978, che all'art. 21 recitava e validamente ancora recita che *"...In applicazione di quanto disposto nell'ultimo comma dell'art. 27, D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, spetta al prefetto stabilire su proposta del presidente della regione, quali addetti ai servizi di ciascuna unità sanitaria locale, nonché ai presidi e servizi di cui al successivo articolo 22 assumano ai sensi delle leggi vigenti la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria, in relazione alle funzioni ispettive e di controllo da essi esercitate relativamente all'applicazione della legislazione sulla sicurezza del lavoro"*, l'attribuzione della qualifica di UPG è pertanto prerogativa del Prefetto solo ed esclusivamente per gli operatori dell'attuale Servizio di Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro. Tutti gli altri dipendenti dei Dipartimenti di Prevenzione che svolgono funzioni ispettive, di vigilanza e di controllo dei Servizi dell'Area dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (Sanità Animale, Igiene degli Alimenti di Origine Animale e Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche), in tale contesto possono trovarsi ad operare quali Ufficiali di Polizia Giudiziaria ai sensi del tuttora vigente art. 3 Legge 283/1962 che recita: *"Le ispezioni ed i prelievi di campioni, di cui all'art. 1, sono effettuati da personale sanitario o tecnico appositamente incaricato, dipendente dall'autorità sanitaria provinciale o comunale. Le persone indicate nel comma precedente, nei limiti del servizio a cui sono destinate e secondo le attribuzioni ad esse conferite, sono ufficiali o agenti di polizia giudiziaria e possono, in ogni caso, richiedere, ove occorra, l'assistenza della forza pubblica."*

Per quanto sopra detto, è utile specificare che "possono trovarsi ad operare quali UPG" i veterinari dei menzionati servizi che svolgono le funzioni su indicate, non sono tout court UPG, bensì vengono a rivestire tale qualifica, automaticamente, nell'immediatezza del riscontro dei fatti che possano assumere caratteristica di illecito penalmente rilevante e ritenuto pertanto meritevole di essere riferito all'Autorità Giudiziaria competente ai sensi dell'art. 347 CCP.

Qualora poi detti veterinari si trovassero a riscontrare i già indicati fatti penalmente rilevanti, assumerebbero quindi automaticamente la qualifica di UPG ai sensi e per gli effetti dell'art. 57 CCP e del correlato art. 55, tenuto conto che le funzioni ivi richiamate sono proprio quelle ispettive di cui al citato art. 3 della Legge 283/1962.

Si può quindi concludere che nessuna autorità, nessuna ASL può attribuire la qualifica di UPG ad alcun veterinario del SSN, ovvero negarla; dette amministrazioni possono semmai individuare chi possa/debba essere tributario delle funzioni il cui svolgimento potrebbe portare all'eventuale ma automatico gravame dato dalle rilevanti responsabilità correlate all'assunzione della funzione di PG; e, nel caso, dotare i soggetti individuati di appositi tesserini di riconoscimento di Polizia Giudiziaria (i quali pertanto riconosceranno la possibilità per i portatori di assumere, nei casi dati, le funzioni di PG, e tuttavia mai potranno costituire attribuzione della qualifica).

Pertanto, spetterà esclusivamente ai Responsabili di cui prima, la scelta di attribuire o meno ad ogni singolo specialista ambulatoriale veterinario l'incarico di quelle attività di controllo ufficiale nel

corso del cui espletamento può derivare l'assunzione della qualifica di Pubblico Ufficiale ex art. 357 Codice penale propria del ruolo dirigenziale. Requisiti obbligatori per tale attribuzione sono:

- a) esclusività di rapporto con l'Ente (completamento del tetto orario con la sola ASL);
- b) incarico di rapporto a tempo indeterminato;
- c) assenza di motivi di conflitti di interesse con le aziende/imprese potenzialmente da controllare al pari dei dipendenti/dirigenti strutturati; a tale scopo anche gli specialisti, così come i dirigenti-dipendenti, sono tenuti a redigere annualmente il Mod. 8 previsto dal P.R.C.P..

Dalla tipologia di incarico di servizio assegnato dal responsabile della struttura di appartenenza discende conseguentemente o meno la qualifica di Pubblico Ufficiale che comporta di conseguenza anche quella di Ufficiale di Polizia Giudiziaria.

Gli specialisti veterinari cui in base all'incarico è stata attribuita tale qualifica, possono esprimere la volontà dell'Ente per i quali svolgono le loro funzioni e, pertanto, è loro consentito adottare in autonomia provvedimenti amministrativi in danno di terzi nel caso di riscontro di non conformità, fermo restando la possibilità da parte del Responsabile di agire in autotutela ex art. 21 nonies L. 241/90. A tali specialisti spetta ovviamente la stessa tutela legale dei dipendenti-dirigenti offerta dalla ASL nelle eventuali azioni di rivalsa da parte di terzi per provvedimenti invalidi. La qualifica di Pubblico Ufficiale comporta in associazione imprescindibile anche l'attribuzione della qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria ex art. 57 punto 3 Codice di Procedura Penale come per gli altri dipendenti/operatori addetti ai controlli ufficiali. Essi dovranno essere muniti di apposito tesserino di riconoscimento concernente tale qualifica rilasciato secondo i modi di legge. Agli stessi ovviamente spetta l'indennità di U.P.G. come prevista dal CCNL per la dirigenza sanitaria.

Gli Enti possono includere anche gli specialisti veterinari in possesso della qualifica di P.U. e U.P.G. negli elenchi del personale partecipante ai progetti incentivanti, per il raggiungimento di specifici ed ulteriori obiettivi aziendali.

Gli specialisti ai quali non è stato attribuito espressamente un incarico di servizio che comporti in automatico il riconoscimento di suddette qualifiche, sono esentati dall'adottare le azioni di follow-up per le non conformità eventualmente rilevate. Essi hanno soltanto l'obbligo di relazionare al Responsabile della struttura (UOC o se del caso UOV) presso la quale sono incardinati in merito alle evidenze rilevate nel corso dei controlli, e su di essi non grava alcun altro adempimento.

Gli specialisti ambulatoriali medici veterinari, operando in modo coordinato ed integrato con gli altri professionisti sanitari e con tutti gli altri operatori delle strutture aziendali e ad esse afferenti, concorrono - nell'ambito delle attività di assistenza sanitaria territoriale - a garantire i livelli essenziali di assistenza, nonché il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale e dai programmi attuativi aziendali.

## **Art. 5 - INCARICHI DIRIGENZIALI**

1. Gli Specialisti Ambulatoriali, i Medici Veterinari e gli altri Professionisti a tempo indeterminato sono utilizzati nell'ambito aziendale anche per i compiti, le funzioni e le responsabilità previsti per il personale medico dipendente, dalla L.R. 32/94 e successive modifiche, dalla programmazione regionale e aziendale. Lo specialista ambulatoriale può partecipare alle procedure, così come previsto dall'ACN pubblicato in GU n. 110 del 29/04/2020, per l'attribuzione degli incarichi di struttura complessa, compresa la direzione di distretto, ai sensi del DM della Sanità 23 marzo 2000, N. 184.

2. Per l'attribuzione degli incarichi si fa riferimento alla normativa nazionale vigente in materia.

3. Nei casi di incarico di cui al comma 1 la verifica dei risultati attesi seguirà le stesse modalità previste per la dirigenza medica.

4. Ai fini del calcolo dell'anzianità di servizio per l'attribuzione dei suddetti incarichi si rimanda a quanto disciplinato dalla vigente normativa in materia.

5. Lo specialista non può assumere contemporaneamente più incarichi tra quelli previsti dal presente Accordo né può ricoprire l'incarico di responsabile di branca.
6. Al termine del periodo di affidamento dell'incarico lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista, riprende l'incarico secondo quanto previsto dall'ACN vigente.

## **Art. 6 – ACCORDI ATTUATIVI AZIENDALI (AAA)**

### Obiettivi prioritari

1. Le azioni che si configurano come strategiche nell'ambito della Medicina Specialistica e su cui dovranno fondarsi gli Accordi Attuativi Aziendali, sono quelli previsti dall'art. 4 dell'ACN 2020 ovvero:

- *IL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITA' (PNC)*
  - a. *Malattie renali croniche e insufficienza renale;*
  - b. *Malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva;*
  - c. *Malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn;*
  - d. *Malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco);*
  - e. *Malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi;*
  - f. *Malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria cronica;*
  - g. *Insufficienza respiratoria in età evolutiva*
  - h. *Asma in età evolutiva*
  - i. *Malattie endocrine in età evolutiva*
  - j. *Malattie renali croniche in età evolutiva.*
- *IL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE*
- *L'ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO*
- *IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA E APPROPRIATEZZA*
- *LA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA RESISTENZA ANTIMICROBICA (PNCAR)*
- *L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACOLOGICA SECONDO LE DIRETTIVE NAZIONALI E REGIONALI ANCHE IN TEMA DI CONTENIMENTO DELLA SPESA*

2. Con l'entrata in vigore del presente AIR, le Aziende dove operano specialisti, medici veterinari e professionisti, individuano entro 90 giorni, d'intesa con le OO.SS maggiormente rappresentative, gli obiettivi prioritari che intendono perseguire, tra quelli previsti dal presente AIR tenendo conto delle proprie esigenze e specificità.

3. Per ciascuna azione verranno individuati i relativi obiettivi e le risorse economiche per il riconoscimento dei compensi agli specialisti di cui all'art. 7 del presente accordo. Gli obiettivi e le risorse economiche sono concordati con il Coordinatore di AFT e sono obiettivi e risorse assegnati a tutti gli specialisti delle branche coinvolte nell'azione specifica.

La valutazione dei risultati è del Direttore del Distretto. L'esito di tale valutazione verrà condivisa con il Coordinatore della AFT e ne verrà determinato il relativo riconoscimento economico in funzione dei risultati raggiunti. È compito del Coordinatore definire le modalità di riparto delle risorse economiche fra gli specialisti della AFT che hanno contribuito al raggiungimento degli obiettivi.

4. Per una corretta attuazione delle suddette attività, le Aziende utilizzeranno applicativi informatici tali da consentire, per ogni singolo specialista che partecipa, la verifica della propria produttività, anche in relazione alla strumentazione e al personale di supporto disponibile. In ogni caso dall'applicativo utilizzato devono potersi ricavare le prestazioni rese ed il loro valore tariffario.

5. I dati di produttività saranno oggetto di valutazione da parte degli organismi di valutazione all'uopo individuati da ciascuna Azienda sanitaria

Per il perseguimento degli obiettivi prioritari le Aziende inoltre devono prevedere:

a) la flessibilità per la sede di lavoro e per l'orario e la modalità di effettuazione delle attività, nel rispetto dell'autonomia professionale e delle norme contrattuali da concordare in sede di accordo aziendale;

b) le modalità operative per assicurare la consulenza nei confronti di altri specialisti ambulatoriali, delle U.O. ospedaliere per le sedi in cui la specialità non sia presente;

c) le modalità operative per assicurare la consulenza (anche sotto forma di consulto) presso le strutture residenziali, il domicilio dei pazienti o lo studio del medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera scelta;

d) le modalità operative per assicurare il consulto interdisciplinare su pazienti multiproblematici al fine di abbreviare l'iter diagnostico per una risposta sanitaria e sociale appropriata;

e) le modalità operative per assicurare la consulenza specialistica al Medico di Assistenza Primaria, e/o al Pediatra di Libera Scelta su casi presentati dagli stessi anche telefonicamente o con mezzi telematici;

f) la riorganizzazione strutturale e funzionale, anche in strumentazioni, dei poliambulatori e degli ambulatori distrettuali al fine di un miglioramento qualitativo e quantitativo delle ore dell'offerta di prestazioni specialistiche in ambito distrettuale.

Nell'ambito delle attività di riorganizzazione dovranno procedere ad istituire le AFT della medicina specialistica a cui aderiranno, obbligatoriamente, i medici specialistici (art 6 comma 1 dell'ACN). Ai sensi dell'art 8 comma 2, procederanno, inoltre, ad individuare il referente di AFT ed un suo sostituto.

g) le modalità operative per assicurare, su attività programmate, assistenza specialistica presso le sedi di AFT della medicina Generale;

h) di conseguire un'effettiva integrazione della Specialistica Ambulatoriale Interna con i servizi e gli operatori del Distretto;

i) di attivare percorsi diagnostico-terapeutici concordati fra la Specialistica Ambulatoriale Interna, la componente ospedaliera e la Medicina di Assistenza Primaria e la Pediatria di Libera Scelta;

l) di concorrere all'abbattimento delle liste di attesa.

### **Programmi e Progetti finalizzati**

Al fine di migliorare e, per quanto possibile uniformare l'erogazione delle prestazioni sanitarie, nell'ambito della Regione Campania, vengono individuati una serie di programmi e progetti finalizzati che le Aziende nel rispetto della propria autonomia e necessità possono attuare.

Le Aziende Sanitarie regionali individueranno i programmi e i progetti che intendono attuare, comunicandoli alla Direzione generale per la Salute e coordinamento del SSR, tra quelli previsti dal presente AIR tenendo conto delle proprie esigenze e specificità.

Per una corretta attuazione dei programmi e dei progetti scelti in base alle specifiche esigenze aziendali e il successivo monitoraggio con la verifica di produttività le Aziende individueranno per ogni progetto:

- strumenti di monitoraggio;
- indicatori di risultato.

Sono considerati obiettivi aziendali cui corrispondere, in caso di raggiungimento degli stessi, quote di remunerazione aggiuntiva, secondo quanto previsto dall'art. 41 dell'ACN 2020 e dall'art 7 del presente AIR, i seguenti programmi e progetti finalizzati:

1. *Preso in carico del paziente con multicronicità all'interno di un sistema integrato di cure, nell'ambito del Piano regionale della cronicità (DCA n. 60/2019 del 24/07/2019 recepimento Accordo Stato Regioni sul Piano Nazionale Cronicità) :*

La prevalenza della multimorbilità è presente nella popolazione generale in una quota del 20-30% crescendo drammaticamente dal 55 al 98% nella popolazione anziana o nelle classi sociali disagiate.

La regione richiede per tali pazienti un approccio organico alla gestione sul territorio che deve essere saldamente ancorato al riconoscimento degli elementi di complessità che connotano sia l'individuo con il suo fenotipo e i suoi specifici bisogni, che al contesto nel quale questo si colloca e interagisce con persone, servizi e strutture sanitarie e sociosanitarie.

Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona malata all'interno del suo contesto di vita quotidiana impedendo , o comunque riducendo al minimo, il rischio di istituzionalizzare il paziente in sedi comunitarie (ospedali, strutture residenziali territoriali)

2. *Cure domiciliari e cure palliative: Potenziare ed accelerare la valutazione per l'accesso alle cure nonché qualificare i PAI con incremento degli accessi medici.*
3. *Deospedalizzazione: favorire percorsi di dimissioni protette e continuità assistenziale dall'ospedale verso la presa in carico territoriale o domiciliare.*
4. *Neuropsichiatria infantile: favorire ed accelerare la costituzione e organizzazione dei nuclei per i disturbi del neurosviluppo nonché dei processi di presa in carico.*
5. *Preso in carico del paziente nell'ambito di peculiari percorsi assistenziali individuati dall'Azienda ( es. TAO);*
6. *Potenziamento delle attività di controllo proprie del Dipartimento di Prevenzione con particolare riguardo alla Sicurezza sui luoghi di lavoro;*
7. *Potenziamento delle attività di verifica e controllo nell'ambito delle attività veterinarie;*
8. *Partecipazione ai processi di presa incarico dei pazienti nell'ambito di attività legate a d emergenze sanitarie;*
9. *One Health relativo alla sorveglianza e alla risposta agli arbovirus, all'infezione da virus West Nile e alle principali zoonosi – vettore trasmesse in Europa e in Italia;*
10. *Igiene Urbana Veterinaria e Attività Assistite con gli Animali (AAA);*
11. *Piano eradicazione delle zoonosi (BRC-TBC) in Regione Campania: riduzione dei tempi di eradicazione della tubercolosi bovina negli allevamenti bufalini e/o bovini sede di focolaio e/o sospetti di infezione tubercolare;*
12. *Biosicurezza negli allevamenti bufalini e bovini;*
13. *Studio di siero-prevalenza anti –SARS CoV2;*
14. *Armonizzazione della terapia di supporto trasfusionale nei pazienti cronici.*

## **ART. 7 - INDIVIDUAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE A COPERTURA DEI COSTI PREVISTI DAL PRESENTE AIR**

Le risorse economiche previste dall'Accordo Nazionale e utilizzabili per l'attuazione di quanto previsto dal presente AIR sono costituite da:

- a) la quota di € 4.875 per ora (4.41 + 0.245 + 0.22)
- b) la quota prevista dall'ACN 2010 di € 0.46 per ora incrementate di € 0.20 dall'ACN 2020 + ulteriori € 0.20 previsti dall'art. 43, comma 7 dell'ACN 2020
- c) le quote di anzianità liberate dagli specialisti cessati dal servizio da 1.1.2004 a 31.12.2009 (art. 43, Lettera B, co. 2 ACN 2020)
- d) le quote derivanti dalle risorse già impiegate per integrare i tetti previsti dal Dpr 271/2000, per effetto degli AIR riferiti agli specialisti ambulatoriali vigenti alla data del 23 marzo 2005, inerenti ai programmi e progetti finalizzati di cui all'art.41.

Per l'adesione obbligatoria al perseguimento degli obiettivi di cui all'art 6 e/o all'art 8 del presente Accordo, ai sensi dell'ACN vigente, è prevista l'attiva partecipazione degli specialisti ambulatoriali ed altri professionisti. ai sensi dell'art. 43, lettera B comma 1, ai medici specialisti e veterinari la quota oraria non riassorbibile di € 4,875, e agli altri professionisti ai sensi dell'art. 44 lettera B comma 1 € 3,670, da erogare mensilmente.

Le parti condividono la necessità di prevedere con le risorse di cui ai punti c) e d) l'individuazione di uno specifico fondo cui si rimanda per definirne le modalità di utilizzo;

Si condivide inoltre la necessità di definire le modalità di utilizzo delle quote previste al Punto b) e fornire alle Aziende indicazioni applicative in merito a quanto previsto dall'art. 45 (fondo per indennità di disponibilità)

## **ART.8 - AFT**

Ai sensi dell'art. 6 dell'ACN vigente gli specialisti ambulatoriali e i professionisti - e ove possibile i medici veterinari - operano obbligatoriamente, pena la decadenza dall'incarico in atto, all'interno delle nuove forme organizzative e assumono l'obbligo di adesione al sistema informativo nazionale e regionale.

Come già evidenziato, la necessità di riqualificare la spesa, ottimizzando le risorse, ha spinto diverse Regioni a rivedere il sistema delle cure primarie, individuando il territorio quale punto di forza principale per la riorganizzazione della risposta sanitaria e della integrazione socio-sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni, offrendo ai cittadini le migliori cure possibili sia per l'assistenza di base che per quella specialistica ambulatoriale, domiciliare, riabilitativa, residenziale e semi-residenziale, integrando quella ospedaliera. In tal senso occorre far riferimento ai modelli previsti dal DCA 83/2019 e a quanto stabilito dal presente AIR.

L'Aggregazione Funzionale Territoriale della Medicina Specialistica è un insieme organizzato la cui componente medica e professionale, monoprofessionale e/o multidisciplinare, è composta esclusivamente da Medici Specialisti Ambulatoriali, Biologi, Psicologi, Chimici ed eventualmente dai veterinari Convenzionati Interni.

Le AFT rappresentano una risposta concreta ed efficace alla realizzazione di una molteplicità di obiettivi e di finalità per affrontare l'emergenza sanitaria della pandemia delle patologie croniche per cui è necessario evidenziare l'importanza di una Gestione Interdisciplinare e Integrata per trattare in modo adeguato tali patologie sia dal punto di vista clinico e diagnostico, ma anche dal

punto di vista gestionale e organizzativo, il tutto finalizzato a realizzare un modello di cura centrato sul paziente-persona nel suo contesto familiare e sociale (Disease Management delle patologie croniche) come previsto nei compiti e funzioni dello Specialista di cui all'art. 5.

La tipologia di Aggregazione Funzionale Territoriale dei Medici Specialisti Ambulatoriali, degli Psicologi e degli altri professionisti (AFT) deve tenere conto dei seguenti fondamentali parametri di riferimento e precisamente:

- della densità residenziale (alta, media, bassa) rapportata al numero dei residenti nel territorio di competenza;
- della distribuzione, della “struttura” e dell’incidenza di patologia della popolazione sul territorio medesimo;
- delle condizioni e delle caratteristiche orografiche delle zone interessate;
- dei presidi sanitari territoriali pubblici già esistenti;
- del sistema viario esistente;
- del sistema di trasporto pubblico e dei tempi di percorrenza tra zone e zone;
- delle zone disagiate esistenti sul territorio.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici Specialisti Ambulatoriali, Veterinari, e dei Professionisti Convenzionati Interni ai sensi dell'art. 7 comma 2 e 3 dell'ACN vigente, operano in collaborazione con le AFT della Medicina Generale e Pediatria di libera scelta nell'ambito dei percorsi assistenziali attivati, sia per l'acuzie che per la cronicità.

Attivato il percorso ogni Aggregazione Funzionale Territoriale Specialistica (AFT) avrà in gestione diretta il paziente fino alla “dimissione virtuale” programmando visite specialistiche, prescrizioni di esami di laboratorio o strumentali, consulti con i vari specialisti che ne fanno parte (percorso interno) ovvero in caso di necessità inviando il paziente direttamente al ricovero ospedaliero o a prestazioni di day hospital (percorso esterno) primariamente, dove possibile, con gli specialisti interni.

Per entrambe le tipologie di percorsi deve esistere un “filo diretto” tra lo specialista e gli altri specialisti ovvero tra questo e i MMG-PLS e la struttura ospedaliera.

Nel caso di “percorso interno” con agende gestite direttamente dallo specialista ai sensi dell'art 3 lettera B del presente AIR, una quota parte dell'orario settimanale verrà destinata alla attività effettuata all'interno dell'Aggregazione Funzionale Territoriale Specialistica nelle varie discipline di volta in volta ritenute necessarie. Tale percorso interno viene finalizzato a garantire, attraverso un percorso agevolato, l'iter diagnostico-terapeutico più efficace in relazione alla complessità del quadro clinico.

Nel caso di “percorso esterno”, tramite la possibilità di comunicazione diretta con il referente del reparto specialistico ospedaliero sarà possibile programmare il ricovero, l'intervento specialistico di II livello ovvero tutte le attività necessarie di diagnostica di alta tecnologia oltreché la dimissione protetta.

Il supporto che la AFT Specialistica fornisce al Paziente quindi si caratterizza nel superamento del disagio determinato dal suo peregrinare da un servizio all'altro per la prenotazione di visite/accertamenti successivi (attraverso la contemporanea migliore organizzazione dei servizi e l'integrazione tra i vari specialisti) mantenendo quella continuità anche fisica con lo specialista (attraverso la garanzia di rapporto con lo stesso medico che inizia l'iter diagnostico-terapeutico) sintetizzando tutto questo nella presa in carico del Paziente, “senza fermate intermedie”.

“L'Aggregazione Funzionale Territoriale Specialistica (AFT)”, può operare, se l'organizzazione/esigenza assistenziale lo richiede, nell'arco delle dodici ore al giorno, disponendo

di una rete informatica locale, a sua volta collegata alle reti informatiche aziendali e a quelle degli studi dei MMG e dei PLS e con tutti gli altri presidi territoriali integrati.

Opera in collaborazione con il personale infermieristico ed il personale di supporto amministrativo. Deve erogare visite e prestazioni specialistiche di diagnostica per immagini (ecografie, radiografie, TC, RM ecc.) e di laboratorio, consulti specialistici interdisciplinari e con il MMG e/o PLS, prestazioni specialistiche organizzate mediante percorsi interni coordinati e predefiniti, per alcuni gruppi di patologie croniche (PDTA), programmare prestazioni specialistiche domiciliari su richiesta del MMG e del PLS o di altro specialista.

Per quanto riguarda la gestione delle malattie croniche, le Aggregazioni Funzionali Territoriali Specialistiche avranno a disposizione specialisti con un sufficiente numero di ore delle branche a visita e di diagnostica strumentale e di diagnostica per immagine necessarie per ogni singolo percorso e per ogni patologia cronica garantendo così la presa in carico di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche riducendo il ricorso ai “ricoveri impropri e ai codici bianchi in pronto soccorso in stretta collaborazione con i MMG e i PLS.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali Specialistiche assieme alle altre Aggregazioni Funzionali della MMG e della PLS, dovranno diventare quindi, quel punto territoriale di riferimento certo per il cittadino attraverso il quale ottenere l'erogazione delle prestazioni a bassa e medio - bassa intensità assistenziale così come l'ospedale dovrà concentrarsi, esclusivamente, sugli eventi acuti caratterizzati da attività a medio - alta ed alta intensità assistenziale, ed in presenza di urgenza o emergenza.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e dei Professionisti (AFT) potranno essere organizzate prevedendo una sede di riferimento (Hub) o multisedi (spoke) con una di riferimento al fine di poter condividere e perseguire, con gli specialisti che ne fanno parte, gli obiettivi regionali/aziendali loro assegnati.

La loro corretta programmazione si deve basare sul calcolo del fabbisogno del numero di ore e di branche specialistiche per una specifica area territoriale in quanto ritenute necessarie per le attività preposte con il fine di soddisfare il bisogno di salute ed in particolare tutti gli interventi strettamente specialistici che non richiedano ricovero migliorando così l'economicità del servizio. Il fabbisogno di ore dovrà essere parametrato al numero di pazienti in carico alle AFT della Medicina Generale, per specifiche patologie, che afferiscono/si integrano con l'AFT di riferimento della specialistica.

Occorre quindi, prevedere che le Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici Specialisti Ambulatoriali e degli Psicologi (AFT) vengano dotate, di un sufficiente numero di branche specialistiche necessarie per tutte le loro attività, per la tipologia di patologie croniche da prendere in carico (PDTA) e delle attrezzature e di altro personale sanitario in numero sufficiente da evitare qualsiasi impiego irrazionale di risorse, e sottoutilizzazione delle strutture

Le AFT promuovono:

- l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari nel rispetto dei LEA anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione interdisciplinare e con l'assistenza ospedaliera;
- la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della EBM nell'ottica della “Clinical Governance” sia tra professionisti della stessa branca che di branche diverse impegnati in problemi comuni sotto il profilo diagnostico, clinico e terapeutico;
- l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari anche attraverso procedure autogestite;
- modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza;

- la realizzazione di progetti di medicina di iniziativa su pazienti potenzialmente cronici.

Le AFT, ai sensi dell'art. 7 comma 1 dell'ACN vigente, sono forme organizzative mono-professionali. Per il perseguimento di specifici obiettivi, possono essere organizzate e utilizzate come aggregazioni mono-specialistiche per attività preventive come "screening" (ad esempio solo radiologi per lo screening della mammella o del Ca del polmone o solo chirurghi vascolari ed angiologi per lo screening dell'aneurisma dell'aorta addominale o per la prevenzione della trombosi dei tronchi sovra-aortici, ecc.), multidisciplinari (per la gran parte delle patologie croniche).

Per tale motivo bisogna prevedere un sistema a matrice che, pur con le criticità che ciò comporta, deve permettere uno sviluppo progettuale trasversale che utilizzi gli specialisti delle AFT per degli obiettivi di salute ben definiti riguardanti la prevenzione o l'approccio ad una patologia tra quelle croniche (screening mammografici, progetto demenze, valutazione dello scompenso o della BPCO, etc.).

Ai sensi dell'art.7 comma 8 dell'ACN vigente Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale, sentite le OO.SS., sulla base della programmazione regionale.

Referente AFT

Ai sensi dell'art. 6 dell'ACN 2015, come confermato dall'art. 8 dell'ACN 2020, è istituita la funzione del referente della AFT.

Il Direttore Generale di ciascuna Azienda individua il referente AFT tra gli specialisti, i medici veterinari e i professionisti ambulatoriali.

Il referente:

- assicura il coordinamento organizzativo e la integrazione professionale dei componenti della AFT, nonché tra questi, i medici ed altro personale dell'Azienda, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali, raccordandosi con i responsabili di branca ove presenti.
- è inoltre responsabile, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali e con le AFT della medicina generale, della pediatria di libera scelta e con le UCCP.
- garantisce la coerenza tra i programmi della AFT e gli obiettivi della struttura organizzativa aziendale di riferimento, esercita inoltre il coordinamento di tutte le AFT aziendali qualora previsto dalla Azienda.

Tra i referenti delle AFT sono individuati dall'Azienda il componente che partecipa all'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) e l'eventuale componente del Collegio di Direzione.

Il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, valuta annualmente il referente di AFT in relazione al conseguimento dei risultati di cui all'articolo 7, comma 6 del presente Accordo e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati

Al referente delle AFT è attribuito un compenso, ai sensi dell'art.8 comma 8 dall'ACN 2020, commisurato alle funzioni assegnate ed ai risultati ottenuti, nell'ambito delle risorse di cui all'art 7 lett. b) del presente Accordo, nella misura pari a 500 Euro mensili in conformità con quanto già stabilito dall'AIR della Medicina Generale 2020.

## ART. 9 - UCCP

La UCCP rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi.

La UCCP garantisce il carattere multiprofessionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professionalità tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria e, ove previsto ai sensi dell'art 4, comma 4 dell'ACN/2015 dei veterinari.

La partecipazione degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e dei professionisti alle attività della UCCP è obbligatoria ed è regolata dalla programmazione regionale.

Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti operanti all'interno della UCCP svolgeranno i seguenti compiti:

- a) assicurare l'accesso degli assistiti ai servizi della UCCP in integrazione con il team multiprofessionale, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
- b) garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi, di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti va perseguita l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello;
- c) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i Distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
- d) garantire il raccordo con il sistema di emergenza urgenza e i servizi socio-sanitari.

La UCCP realizza i compiti di cui al precedente comma attraverso:

- a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
- b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
- c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della UCCP sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti, anche ai fini della valutazione dei risultati raggiunti dagli stessi all'interno della UCCP.

Ai sensi del DCA 83 del 31.10.2019, a cui si rimanda, in considerazione che è attualmente presente su tutto il territorio regionale una ampia offerta assistenziale garantita da Poliambulatori pubblici, si prevede nella fase di transizione verso la completa attivazione delle UCCP, il loro inserimento nel nuovo modello di rete territoriale, fermo restando l'articolazione degli stessi in 2 livelli:

**Poliambulatorio di 1 livello**, su uno o più punti del distretto sanitario, contiene le specialità ad alta domanda territoriale.

**Poliambulatorio di 2 livello**, unico per distretto o anche sovradistrettuale contiene le specialità a bassa e media domanda territoriale.

#### Coordinatore di UCCP

Ai sensi dell'art. 10 ACN vigente, qualora l'Azienda decida di individuare il coordinatore dell'UCCP tra gli specialisti ambulatoriali, i veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 o i professionisti operanti nell'ambito della stessa, la procedura di designazione del coordinatore dovrà seguire analoghi criteri e modalità già previsti nella designazione del referente di AFT.

Il coordinatore deve essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per almeno tre anni. L'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza; il candidato deve inoltre aver maturato una significativa esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione dei processi di cura e documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale, compresa la responsabilità di branca.

Al coordinatore di UCCP possono essere affidate, in particolare, le funzioni di:

- a) organizzazione dei percorsi assistenziali, coordinamento organizzativo e dell'attività clinica;
- b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
- c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di *budget* assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.

4. Il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, valuta annualmente i risultati del coordinatore di UCCP e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Si rimanda ad un successivo atto regionale la definizione di eventuali ulteriori funzioni ed i relativi compensi economici coerentemente con lo sviluppo del Piano regionale territoriale.

#### **Art. 10 - RESPONSABILE DI BRANCA: FUNZIONI, COMPITI, COMPENSI**

In ogni Azienda della Regione, per ciascuna branca specialistica alla quale sia addetta una pluralità di specialisti ai sensi dell'art. 29, comma 7 dell'ACN 2020, viene individuato, tra gli specialisti incaricati a tempo indeterminato, un responsabile di branca.

Qualora l'Azienda, d'intesa con le OO.SS. maggiormente rappresentative, ne ravveda la necessità (es. estensione territoriale), possono essere individuati, per territori omogenei, più coordinatori di branca

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.

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, come previsto dal comma 8 dell'art 29 dell'ACN 2020.

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 e delle singole professioni 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 ambulatoriali e domiciliari inerenti la branca o la categoria;
- la stesura di programmi aziendali concernenti la formazione continua degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti, 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 e professionali avanzata dalla utenza.

Nell'ambito di specifiche progettualità aziendali, al responsabile di branca possono essere attribuiti compiti relativi all'organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale.

In particolare, al responsabile di branca è affidato, fra l'altro, il compito di uniformare su tutto l'ambito aziendale le modalità organizzative di accesso alle prestazioni prioritariamente nell'ambito della presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche o con multicronicità. In tal senso la sua attività di integra con quella dei referenti di AFT della Specialistica e della Medicina generale e concorre pertanto alla definizione degli atti di programmazione organizzativa del Distretto.

La conferenza di branca per la nomina dei responsabili è convocata dal Direttore Sanitario aziendale o altra figura delegata, a mezzo invito da notificare formalmente a tutti gli specialisti della branca operanti a tempo indeterminato presso l'Azienda, con un anticipo di almeno 15 giorni.

Gli attuali responsabili di branca restano in carica fino a quando il responsabile cessa dall'incarico per raggiunti limiti di età, dimissioni o trasferimento.

Il Direttore Sanitario Aziendale o altro soggetto delegato, nei casi in cui non sia presente un responsabile di branca, indice, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente AIR, la "Conferenza di branca" per l'individuazione del responsabile di branca da parte degli specialisti ambulatoriali o di categoria per quanto concerne i medici veterinari, i biologi, i chimici, gli psicologi e gli psicoterapeuti.

Alla conferenza partecipano di diritto gli specialisti convenzionati della branca, i medici veterinari ed i professionisti operanti nell'ambito precedentemente definito.

Previo suo assenso, il responsabile è individuato a maggioranza dagli specialisti della medesima branca ovvero dai medici veterinari, dai professionisti nell'ambito della propria categoria.

In caso di parità prevale lo specialista, il veterinario o il professionista con maggiore orario d'incarico a tempo indeterminato presso la stessa Azienda e, in caso di ulteriore parità, in base alla maggiore anzianità d'incarico nella ASL in cui si è individuati.

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

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.

Le funzioni, i compiti ed i compensi spettanti al responsabile di branca decorrono dal primo giorno del mese successivo a quello in cui si è tenuta la conferenza di branca anche in assenza della notifica del provvedimento allo specialista interessato da parte del Direttore Generale dell'Azienda.

L'incarico di responsabile di branca ha durata biennale ed è tacitamente rinnovato. Trascorso il primo biennio di incarico, su richiesta formalmente avanzata al Direttore Sanitario Aziendale da almeno il 50% degli specialisti, veterinari o professionisti, si provvederà a indire, una nuova conferenza di branca con le modalità sopra indicate, per l'individuazione del responsabile

Al responsabile di branca è riconosciuto il compenso già previsto dall'AIR 2001

#### **Art. 11 - ASSICURAZIONE CONTRO I RISCHI DERIVANTI DAGLI INCARICHI**

1. L'Azienda, come previsto dall'art.52 dell'ACN 2020. provvede ad assicurare gli specialisti ambulatoriali, i medici veterinari e le altre professionalità, operanti sia in attività istituzionale che in intramoenia, contro gli infortuni subiti in occasione dell'attività professionale e contro i danni da responsabilità professionale verso terzi, compresa la partecipazione, nelle qualità di componenti, di Comitati e Commissioni previsti dall'ACN vigente e dall'AIR, secondo i massimali previsti dall'art. 52 dell'ACN.

2. Nella polizza sono compresi anche gli eventuali danni subiti dagli specialisti, dai veterinari e dai professionisti in occasione dell'accesso per lo svolgimento dell'attività all'interno delle strutture aziendali e per le attività esterne (polizza Kasco). 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. 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, del medico veterinario o del professionista per fatti o atti connessi all'espletamento del servizio ed all'adempimento dei compiti di ufficio, assicura la tutela legale, a condizione che non sussista conflitto di interesse e non comporti ulteriori oneri a carico delle Aziende.

4. Qualora lo specialista ambulatoriale, il medico veterinario o il professionista intenda nominare un legale di propria fiducia, diverso da quello proposto dall'Azienda, i relativi oneri saranno interamente a carico dell'interessato. In caso di conclusione favorevole del procedimento, l'Azienda procede al rimborso delle spese legali entro il limite massimo della tariffa minima ordinistica. Quest'ultima clausola si applica anche nei casi in cui allo specialista, prosciolto da ogni addebito, non sia stato possibile applicare inizialmente il comma 3 per presunto conflitto di interesse.

## Art. 12 - FORMAZIONE CONTINUA

Il presente Accordo si sviluppa in continuità con quanto già stabilito con il precedente AIR 2001 ed in conformità dell'Accordo Stato/Regioni del 05/11/2009 e del successivo Accordo Stato/Regioni del 19/04/2012, nonché con quanto indicato dall'art.40 dell'ACN 2020

L'obbligo formativo concernente l'Educazione Continua in Medicina è pari a 150 crediti nel triennio di riferimento.

La formazione professionale continua è obbligatoria per lo specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista.

Le Aziende Sanitarie promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione continua, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale sia di specifico interesse regionale e aziendale. I programmi possono prevedere momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, ed altri operatori sanitari.

La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per la qualificazione professionale degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e dei professionisti che sono tenuti a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano come obiettivi quelli definiti dal Piano di formazione Aziendale.

Orientativamente, i temi della formazione obbligatoria sono individuati in modo da rispondere ad obiettivi regionali, aziendali e di integrazione tra ospedale e territorio.

Nell'ambito del Piano di Formazione, le Aziende possono prevedere, inoltre, il coinvolgimento e/o l'affiancamento degli specialisti ambulatoriali nelle attività di diagnosi, cura e riabilitazione ospedaliere/dipartimentali.

La partecipazione ad iniziative formative, previa comunque autorizzazione aziendale, è a carico dello specialista ambulatoriale e del professionista comprese:

- a) attività di tutoraggio ed insegnamento in sede di attività professionale (ad es. corsi tirocinanti per la Medicina Generale, Medicina Specialistica, Personale tecnico-infermieristico);
- b) attività di tutoraggio ed insegnamento *pre-post lauream* (scuole di specializzazione), previo accordo con le Università;
- c) i docenti specialisti e gli animatori di formazione per la loro attività, ricevono un compenso commisurato all'impegno e comunque non superiore a:
  - € 250,00 per la preparazione del pacchetto didattico quale rimborso spese forfettario;
  - € 120,00 per lo svolgimento del pacchetto didattico quale rimborso forfettario per ogni seminario;
  - € 120,00 quale rimborso forfettario per ogni seminario.

Gli specialisti, veterinari/professionisti, se inseriti nell'Albo regionale, possono svolgere le funzioni di tutor nei confronti dei tirocinanti del Corso di formazione specifica in Medicina Generale (D.L.vo 256/91 e D.L.vo 368/99). Per lo svolgimento di tale funzione è corrisposto un compenso di € 260,00, secondo quanto stabilito dal Regolamento del CFSMG della Regione Campania .

Allo specialista è consentito svolgere il proprio aggiornamento anche in FAD e Webinar.

Il primo giorno utile lo specialista, il veterinario o il professionista deve consegnare all'ufficio preposto il certificato di presenza all'evento o la certificazione rilasciata dal sistema FAD, appena in suo possesso.

Il riferimento delle Aziende per determinare la tempistica e l'ammontare del finanziamento per l'aggiornamento professionale e la formazione permanente di cui all'art. 40 comma 10 dell'ACN vigente, deve essere in linea con quello previsto per i dipendenti.

A tal fine le parti prendono a riferimento l'ammontare complessivo della spesa sostenuta annualmente dalle Aziende sanitarie della regione per la retribuzione dei medici e professionisti convenzionati ai sensi dell'Accordo Nazionale.

### **Art. 13 - COMITATI E COMMISSIONI**

1. Per la partecipazione alle riunioni nei Comitati e Commissioni previste dall'ACN e da normative Nazionali, Regionali ed Aziendali, anche in orario che non coincida con quello di servizio e per raggiungere sedi ubicate in un comune diverso da quello di lavoro, per raggiungere o rientrare dalle sedi dei predetti organismi e, nel caso di utilizzo del proprio mezzo, la copertura assicurativa totale (Kasco) prevista dall'art. 32, comma 9, ACN 2020.

2. Hanno diritto al previsto rimborso ed all'assicurazione di cui al comma 1 tutti coloro che partecipano a:

- Comitati zionali;
- Comitato Regionale;
- Commissioni di disciplina e U.P.D.
- Collegi ed Uffici di Direzione Aziendale
- Riunioni di Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT);
- Riunioni di Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP);
- Riunioni e gruppi di lavoro di Coordinamento di Branca;
- Uffici di Coordinamento dell'attività distrettuale (UCAD).

3. Le coperture assicurative di cui all'art 11 del presente Accordo devono includere anche le suddette attività.

### **Art. 14 - ISTITUTO DELLA PRONTA DISPONIBILITÀ E INDENNITÀ PER ORARI NOTTURNI, FESTIVI O NOTTURNI FESTIVI**

Gli specialisti ambulatoriali, i medici veterinari ed i professionisti, sia a tempo determinato che indeterminato, che operano esclusivamente o per la maggior parte del loro orario, comunque non inferiore a 24 ore settimanali, in un servizio in cui è attivato l'istituto della pronta disponibilità, ove sia necessario effettuare turnazioni notturne e festive, pur conservando la propria autonomia professionale, se non esonerati, entrano a far parte dell'organizzazione della U.O.

Nelle ore notturne e nei giorni festivi le emergenze vengono assicurate mediante l'istituto della pronta disponibilità (reperibilità) in analogia a quanto previsto per medici dipendenti.

I servizi di guardia devono essere assicurati mediante una opportuna programmazione ed una funzionale e preventiva articolazione degli orari e dei turni di guardia affinché siano parificati con quelli dei dirigenti medici.

Qualora al fine di consentire il normale funzionamento della U.O. sia necessario superare l'orario di servizio, l'Azienda autorizza il prolungamento secondo le modalità organizzative previste.

Il prolungamento orario richiesto dalle Aziende/U.O.C. sarà remunerato ai sensi dell'art 29 commi 5 e 6 ACN 2020.

È prevista una maggiorazione del compenso orario, sia per incarichi a tempo determinato sia per incarichi a tempo indeterminato, per le attività svolte nei giorni festivi e nelle ore notturne e per l'attività svolta nelle ore notturne festive, secondo quanto previsto dal vigente ACN, all'art 43 commi 3 e 4

Nel caso di chiamata in servizio durante i turni di reperibilità, allo specialista/veterinario/professionista vanno corrisposti i compensi di cui all'art. 43 e all'art. 44 per le ore effettivamente lavorate.

### **Art. 15 - SEDI DISAGIATE**

Vengono individuate come disagiate, ai fini dell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, le isole, i Serd e gli istituti penitenziari della regione. Si demanda agli accordi aziendali l'individuazione di ulteriori sedi disagiate, preventivamente autorizzate dalla Regione. Restano confermate le sedi disagiate già individuate nel precedente AIR.

Il compenso orario di cui agli art. 43, per gli specialisti ambulatoriali e art. 44 per le altre professionalità, del vigente ACN, viene maggiorato del 30%.

Nel caso lo Specialista non possa accedere alle isole per eventi atmosferici, comprovato da documentazione della Capitaneria di Porto o della locale Stazione dei Carabinieri, gli verrà riconosciuto l'emolumento orario senza ulteriori oneri aggiuntivi (indennità chilometrica e di disagio).

### **Art. 16 - PRESTAZIONI DI PARTICOLARE INTERESSE (PPI)**

1. Le prestazioni di particolare interesse (PPI) di cui all'allegato 3 del vigente ACN, eseguibili dai medici specialisti, veterinari ed altre professionalità, solo se previste nel nomenclatore-tariffario regionale.

2. Le PPI sono finalizzate all'integrazione con le attività delle forme organizzative della medicina generale e dei pediatri di libera scelta oltretutto al raggiungimento degli obiettivi di cui all'art. 4 dell'ACN. Sono definite previa autorizzazione aziendale.

3. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare interesse sono eseguite in ambulatorio o a domicilio dell'utente a seconda delle condizioni di salute del paziente.

4. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui all'allegato 3, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni che è in grado di poter effettuare e per le quali possiede le necessarie attrezzature.

5. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il medico è tenuto ad inviare entro i primi cinque giorni del mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare data di effettuazione, nome, cognome, indirizzo e codice fiscale dell'assistito.

6. Al medico spettano i compensi onnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario regionale. Nessun onere a qualsiasi titolo può essere posto a carico dell'assistito.

7. Gli emolumenti riferiti alle prestazioni di particolare impegno non possono superare mensilmente il 20% per cento dei compensi corrisposti nello stesso mese al medico a titolo di onorario professionale di cui agli artt. 43 e 44, lettera A.

## **Art. 17 - MODALITÀ PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICHI CON E SENZA RICHIESTA DI COMPETENZE.**

Ai sensi dell'art. 20 dell'ACN 2020, ciascuna Azienda, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi, verifica la possibilità per gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti, già titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'Azienda e nella stessa branca o area professionale, di completare il massimale orario di 38 ore settimanali presso l'Azienda stessa e, laddove sia possibile presso un unico presidio.

Il giorno 1 dei mesi di gennaio, febbraio, aprile, maggio, luglio, ottobre, novembre, le Aziende renderanno noti sui propri siti istituzionali, i turni disponibili, indicando le sedi, i giorni e gli orari in cui dovrà essere articolato l'incarico.

I titolari interessati possono presentare istanza di completamento orario entro 10 giorni dalla notifica, secondo le modalità indicate dall'Azienda stessa.

Con le stesse modalità e laddove si rendono disponibili i relativi turni, anche in numero di ore inferiore a quello di cui sono titolari gli specialisti, i veterinari e i professionisti che fruiscono dei benefici di cui all'art. 33 comma 3, della Legge 104/92, come introdotto dall'art. 34 comma 7, dell'ACN 2020, possono presentare istanza di avvicinamento presso una sede lavorativa più prossima alla propria residenza anagrafica.

In sede di attribuzione dei turni, tale categoria di sanitari e professionisti riveste carattere di priorità assoluta, in relazione all'anzianità di incarico.

Entro i successivi 10 giorni, l'Azienda pubblica sul sito la graduatoria di coloro che hanno partecipato al bando, formulata nel rispetto dei criteri di priorità di cui all'art. 21 dell'ACN 2020 e, in caso di parità in base alla maggiore anzianità di incarico nella specialistica ambulatoriale. A parità di anzianità prevale il maggior numero di ore di incarico presso la stessa Azienda, in subordine l'anzianità di specializzazione, l'anzianità di laurea ed infine la minore età.

Entro i successivi 10 giorni le Aziende provvederanno a conferire i relativi incarichi agli specialisti aventi diritto al completamento e/o trasferimento delle ore.

Dalle procedure di cui sopra, sono in ogni caso esclusi i turni per i quali sono previste particolari capacità professionali, che invece vanno direttamente in pubblicazione trimestrale ai sensi dell'art. 21 ACN.

Una volta concluse le procedure previste dall'art. 20 ACN secondo le norme sopra riportate, le Aziende provvedono all'invio dei turni rimasti disponibili, all'Azienda sede del Comitato zonale entro l'ultimo giorno dei mesi di febbraio, maggio, agosto, novembre che, riunito il comitato zonale, provvederà a pubblicarli sul sito dell'ente.

Le ore senza requisiti sono assegnate entro la fine del mese successivo alla pubblicazione; in caso di rinuncia da parte dello specialista/veterinario/professionista assegnatario purché non sia stato immesso in servizio dall'Azienda di destinazione, è possibile lo scorrimento della graduatoria fino al giorno precedente la successiva pubblicazione trimestrale. Anche in questo caso coloro che fruiscono dei benefici di cui all'art. 33 comma 3, della Legge 104/92 possono presentare istanza di avvicinamento presso una sede lavorativa più prossima alla propria residenza anagrafica.

La pubblicazione dei turni può prevedere la richiesta del possesso di particolari capacità professionali, che saranno vagliate dal Comitato Zonale prima della pubblicazione. Gli aspiranti agli incarichi invieranno la propria disponibilità con lettera raccomandata o altra procedura indicata nell'Avviso di pubblicazione, allegando l'eventuale documentazione atta a comprovare le competenze richieste, entro il giorno 10 del mese successivo. Le richieste di competenze devono essere opportunamente motivate e devono riguardare specifici obiettivi assistenziali nell'ambito della programmazione sanitaria aziendale.

Le competenze saranno verificate dalla Commissione di cui all'art. 20, comma 5, ACN 2020, nominata dal Comitato Zonale e formata da tre specialisti nella branca, veterinari o professionisti di cui uno indicato dall'Azienda richiedente le ore e due indicati dal Comitato Zonale. La indicazione del componente aziendale deve avvenire contestualmente all'invio delle ore con particolari capacità da pubblicare. In assenza della indicazione sarà il Comitato a provvedere alla nomina. In presenza di più nominativi proposti, il Comitato, si esprimerà a maggioranza.

Gli atti della seduta di Comitato saranno trasmessi alla struttura aziendale preposta alla pubblicazione e assegnazione degli incarichi per gli adempimenti successivi.

Non sarà ritenuta validamente costituita la commissione in cui non siano presenti i tre componenti designati.

Allorquando la pubblicazione riguarda i medici veterinari e le altre professionalità, i componenti di parte medica del Comitato Zonale possono essere sostituiti, a seconda dell'area professionale interessata, in tutto o in parte, da medici veterinari ovvero da biologi, psicologi o chimici, secondo procedure concordate con le OO.SS. presenti in Comitato.

Analogamente si procederà, nel caso all'OdG del Comitato siano previsti argomenti inerenti i medici veterinari, i biologi, i chimici e gli psicologi.

Ciascuna Commissione, convocata dalla Struttura Aziendale cui compete la pubblicazione e la individuazione degli aventi diritto all'assegnazione degli incarichi, procede alla valutazione della documentazione prodotta dai candidati e - all'esito positivo - li ammette al colloquio attitudinale, che si terrà in una successiva seduta da fissare a non più di 10 giorni dalla prima.

I verbali delle Commissioni saranno trasmessi alla struttura aziendale preposta, che procederà alla individuazione degli aventi diritto all'incarico, tra i nominativi degli idonei comunicati dalla Commissione, nel rispetto delle priorità previste dall'art. 20 dell'ACN entro 10 giorni dal colloquio.

Il colloquio verterà sulla conoscenza delle particolari capacità professionali richieste e sull'organizzazione del SSN e Regionale ed è finalizzato ad accertare il livello di professionalità del candidato.

I turni vacanti pubblicati, con o senza competenze, non possono essere frazionati in sede di assegnazione. Nel caso il candidato sia già titolare di ore gli verranno assegnate solo le ore necessarie al completamento orario, le ore residue verranno assegnate per scorrimento ai candidati che seguono in graduatoria.

La struttura aziendale preposta alla pubblicazione e individuazione degli aventi diritto all'assegnazione degli incarichi, comunica all'Azienda che ha fatto richiesta dei turni, entro 10 giorni dalla fine dei lavori della Commissione, i nominativi degli specialisti e/o veterinari e/o professionisti individuati.

Le Aziende provvedono all'assegnazione degli incarichi entro i successivi 10 giorni anche quando la decorrenza è concordata per una data successiva che in ogni caso non superare i 90 giorni dalla individuazione.

Tale procedura è adottata anche per il conferimento degli incarichi per i turni senza competenze.

La pubblicazione dei turni può essere revocata dalle Aziende solo in caso di effettiva e motivata necessità e comunque non oltre la data di scadenza dei termini per la presentazione della domanda da parte dei candidati.

## **Art. 18 - RECUPERO ORARIO**

Allo specialista, al veterinario o al professionista è consentito il recupero dell'eventuale ritardo nella stessa giornata prolungando dello stesso tempo la fine del servizio, restando a disposizione per

prestazioni già prenotate ovvero che dovessero essere ritenute indispensabili e per eventuali compiti derivanti da incarichi aziendali.

Il recupero può essere effettuato, programmandolo con il dirigente medico responsabile, anche in altra data e comunque non oltre il mese successivo.

Trascorso tale termine senza che sia intervenuto il recupero-orario - fatti salvi i casi di impossibilità a recuperare - l'Azienda applica la decurtazione del compenso corrispondente (minus).

Si ribadisce comunque che l'inosservanza ripetuta dell'orario costituisce infrazione contestabile da parte dell'Azienda.

### **Art. 19 - ASSENZE PER GRAVIDANZA E PUERPERIO**

Alla specialista, veterinaria e professionista a tempo indeterminato è consentito assentarsi dal servizio per gravidanza e puerperio o adozione di minori fino a sei anni, per un periodo massimo di mesi sei, le Aziende però corrispondono l'intera retribuzione per un periodo massimo complessivo di 14 settimane.

I periodi di assenza per gravidanza a rischio, laddove certificati come malattia, sono regolarmente retribuiti e non sono computati nei sei mesi di malattia durante i quali alla specialista, veterinaria o professionista, spetta l'intero trattamento economico.

### **Art. 20 - LEGGE 104/92**

Agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari e ai professionisti a tempo indeterminato si applicano le norme di cui al comma 3, dell'art. 33, della Legge n. 104/92, in proporzione all'orario settimanale di attività.

Il numero delle ore mensili spettanti per incarichi conferiti per 38 ore e comunque non superiore a 22 ore e 48 minuti.

I permessi sono fruiti per quanto possibile, per giorni interi nel numero massimo di giorni tre per gli specialisti/veterinari/professionisti incaricati per 38 ore settimanali.

Nei casi di incarichi conferiti per meno di 38 ore settimanali, i permessi sono fruiti per non più di due giorni interi ed eventuali frazioni residue.

Ai sensi dell'art. 34 dell'ACN 2020, i permessi di cui al comma 3 dell'art. 33 della Legge 104/92, si applicano anche agli specialisti, veterinari e professionisti portatori di handicap i quali hanno diritto a scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina alla propria residenza nell'ambito dell'Azienda e non possono essere trasferiti ad altra sede senza il loro consenso.

In caso di giudizio di inidoneità temporanea espressa dal medico competente, l'Azienda, ove possibile, adibisce lo specialista/veterinario/professionista ambulatoriale ad altra attività compatibile con lo stato di salute desumibile dalla relazione del medico competente.

### **ART. 21 - RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO**

1. Per incarichi svolti in Comune diverso da quello di residenza, purché entrambi siano compresi nello stesso ambito zonale, allo specialista ambulatoriale, veterinario e al professionista viene corrisposto per ogni accesso un rimborso spese. Tale rimborso, pari ad euro 0,275 per chilometro alla data del 1° gennaio 2000, viene rideterminato con cadenza semestrale al 1° gennaio e al 1° luglio limitatamente al 50% sulla base del prezzo «ufficiale» della benzina verde per uguale importo

in percentuale. La SISAC pubblica, con le medesime cadenze, il valore del rimborso chilometrico. Il rimborso non è soggetto a tassazione.

2. La misura del rimborso spese è proporzionalmente ridotta nel caso in cui l'interessato trasferisca la residenza in Comune più vicino a quello del presidio. Rimane invece invariata qualora lo specialista ambulatoriale o il professionista trasferisca la propria residenza in Comune sito a uguale o maggiore distanza da quella sede del posto di lavoro. Il ripristino del domicilio precedente dà diritto al ripristino del rimborso.

3. Nel caso in cui uno specialista presti servizio nella stessa giornata in più sedi della stessa Azienda o di Aziende diverse, il rimborso delle spese di accesso deve tenere conto del chilometraggio effettivamente percorso dal Comune di residenza dello specialista alla prima sede di servizio sempreché ubicata in un Comune diverso da quello di residenza, da questa alla seconda sede ed infine da questa quest'ultima al comune di residenza. Tale criterio dovrà essere adottato nei casi in cui il margine di tempo tra un incarico e l'altro non sia sufficiente a consentire allo specialista il rientro al proprio domicilio. Nel caso in cui lo specialista presti servizio nella stessa giornata presso lo stesso presidio effettuando due accessi, verrà riconosciuto il secondo accesso solo se l'interruzione tra il turno antimeridiano e pomeridiano sia di almeno un'ora.

## **Art. 22 - SOSTITUZIONI - INCARICHI PROVVISORI**

1. L'Azienda provvede alla sostituzione del titolare assente assegnando l'incarico di supplenza secondo l'ordine delle graduatorie di cui all'art. 19 ACN 2020, con priorità per gli specialisti, i veterinari o i professionisti non titolari di altro incarico specialistico.

2. L'Azienda, per assenze inferiore a 30 (trenta) giorni, si avvale di specialisti, veterinari o professionisti sostituiti proposti dal titolare assente, individuati tra i titolari di incarico presso la stessa Azienda, nel rispetto del massimale orario di cui all'art. 26, comma 1, ovvero tra gli iscritti nella graduatoria relativa al medesimo ambito zonale o, in caso di mancata disponibilità a specialisti della stessa branca, anche se non presenti in graduatoria provinciale, che si siano dichiarati disponibili.

3. La sostituzione ha durata pari all'assenza del titolare, cessa di diritto e con effetto immediato al rientro del titolare stesso e deve essere assegnata a specialisti ambulatoriali, veterinari o professionisti che non si trovino in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 25 dell'ACN.

4. L'Azienda procede al conferimento di incarichi provvisori nei casi di attivazione di nuovi turni specialistici per cessazione o trasferimento del titolare ovvero per l'implementazione di ulteriori ore nelle branche in cui ne ravvede la necessità, solo dopo aver formalmente chiesto la pubblicazione alla competente struttura provinciale.

5. Il conferimento di incarichi provvisori al di fuori della procedura di cui al comma 4, non è consentita e costituisce responsabilità anche di carattere erariale per i Direttori Generali delle Aziende interessate.

## **ART. 23 – PROCEDIMENTO DISCIPLINARE**

1. In considerazione della specificità professionale e delle particolari responsabilità che caratterizzano le figure dello specialista ambulatoriale, del veterinario e del professionista convenzionato, sono stabilite specifiche fattispecie di responsabilità disciplinari, nonché il relativo sistema sanzionatorio con la garanzia di adeguate tutele degli specialisti, veterinari e professionisti,

in analogia ai principi stabiliti dal D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 come modificato dal D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150.

2. I criteri per l'individuazione delle violazioni sono quelli previsti dall'art. 39 dell'ACN 2020 con riferimento al mancato rispetto delle norme di cui all'allegato 5 (Codice di comportamento degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e professionisti sanitari ambulatoriali).

3. Deve comunque essere tutelato il diritto alla difesa del medico convenzionato ed alla trasparenza degli atti per cui:

- le infrazioni e le relative sanzioni sono individuate tra quelle previste dall'Allegato 6 (Sanzioni disciplinari). L'irrogazione della sanzione deve basarsi su elementi certi ed obiettivi, comunicata tempestivamente allo specialista ambulatoriale, veterinario e professionista al fine di garantire la certezza delle situazioni giuridiche. Non può essere applicata una sanzione diversa da quella prevista dal presente Accordo;
- nell'ambito del procedimento disciplinare, la contestazione dell'addebito deve essere specifica e tempestiva e riportare l'esposizione chiara e puntuale dei fatti;
- i modi e i tempi per l'applicazione delle sanzioni sono quelli indicati al comma 9 dell'art. 39.

La carenza di uno dei criteri previsti rende nullo il procedimento.

4. Qualora lo specialista/veterinario/professionista, lavori in più aziende, le eventuali sanzioni previste dalla lettera B e C del comma 2 dell'allegato 6 dell'ACN vigente si applicano solo nell'Azienda in cui è avvertita l'infrazione.

5. I soggetti competenti per i procedimenti disciplinari degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti sono così individuati:

- il referente della AFT (o fino alla individuazione di quest'ultimo, il Direttore della macrostruttura ove opera lo specialista/veterinario professionista) per le infrazioni di minore gravità, a carattere occasionale, per le quali è prevista la sanzione del rimprovero scritto;
- l'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD) istituito presso ciascuna Azienda, per le violazioni punibili con le sanzioni di maggior gravità. In caso di procedimento disciplinare riguardante lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista, uno dei componenti l'UPD è sostituito da un componente in rapporto di convenzionamento riferito all'ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali.
- Il componente viene indicato dal comitato zonale di cui l'Azienda fa parte e dovrà essere scelto tra gli specialisti/professionisti che operano nell'Azienda sede dell'UPD.

## **Art. 24 – DIRITTO ALL'INFORMAZIONE E TUTELA DELLA SALUTE**

L'azienda deve garantire, a richiesta dei Sindacati di cui all'art. 14 comma 3, una costante informazione e consultazione sugli atti ed i provvedimenti che riguardano:

1. La programmazione dell'area specialistica;
2. Gli atti pubblici riguardanti il personale dipendente e quello convenzionato ai sensi del presente Accordo, attinenti all'attività specialistica e delle altre aree professionali, all'organizzazione del lavoro, compresa l'attività libero-professionale intramuraria, al funzionamento dei servizi nonché ai programmi, al bilancio, agli investimenti ed allo stanziamento fondi il finanziamento del complesso delle attività specialistiche;
3. La Regione si impegna ogni anno a comunicare alle OO.SS. rappresentative il numero di ore di specialistica ambulatoriale (specialisti/veterinari/professionisti) attivate per il calcolo annuale della

indennità di esclusività di cui all'art. 45 del vigente ACN, da ripartire mensilmente tra gli aventi diritto.

4. il diritto alla salute ed alla sicurezza in ambito lavorativo con particolare riferimento agli operatori esposti all'azione dei gas anestetici con l'installazione e l'attivazione di opportuni impianti di decontaminazione delle camere operatorie, l'esecuzione di visite e controlli trimestrali, l'adeguata protezione delle lavoratrici gestanti.

#### **Art. 25 – COMMISSIONE UNICA DI GARANZIA PER LE VIOLENZE MORALI SUL LAVORO COMPRESO IL MOBBING**

Le parti prendono atto della necessità di prevenire e contrastare tutte le forme di violenza morale o . psichica, anche a sfondo sessuale, razziale o religioso, in ambiente di lavoro oltreché tutelare la persona eliminando ogni distinzione, esclusione o limitazione basata sul sesso.

In relazione al punto precedente, le parti riconoscono la necessità di avviare adeguate ed opportune iniziative al fine di contrastare la diffusione di tali situazioni di rilevanza sociale, nonché di prevenire il verificarsi di possibili conseguenze pericolose per la salute fisica e mentale del lavoratore interessato e, più in generale, migliorare la qualità della vita e la sicurezza nell'ambiente di lavoro e di promuovere un'adeguata rappresentanza di genere negli organismi contrattuali.

Per tali motivi, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, ove non già attuato, i Comitati di ciascuna azienda saranno integrati con uno specialista/professionista ambulatoriale.

## NORME FINALI E TRANSITORIE

### Norma finale n. 1

In considerazione del limite massimo fissato dall'art. 19, co. 4, lett. a) dell'ACN 2020, lo specialista/veterinario/professionista, può presentare istanza di inclusione nella graduatoria annuale, valida per l'anno successivo, purché nell'arco temporale di validità della graduatoria stessa (1° gennaio - 31 dicembre dell'anno successivo quello di presentazione della domanda), non compia il 68° anno di età.

Allo specialista/veterinario/professionista che abbia compiuto il 68° anno non è comunque consentito il conferimento di incarichi, sia a tempo indeterminato che determinato, anche nel caso si tratti di trasformazione di altro rapporto già in essere.

### Norma finale n. 2

Esempi concordati con la SISAC per la suddivisione dei componenti dei comitati regionale e zonale tra le singole O.S.

*Esempio 1: Sindacato A 77%; Sindacato B 23%*

*Si applica la seguente formula:*

$$\frac{77 \text{ (percentuale)} \times 5 \text{ (n. posti)}}{100} = 3,85 \qquad \frac{23 \text{ (percentuale)} \times 5 \text{ (n. posti)}}{100} = 1,15$$

*Arrotondando il quoziente frazionale (A= 0,85 e B=0,15) all'unità più vicina definiremo il totale dei componenti per ogni sindacato:*

*Sindacato A: 0,85 = 1 e quindi 3 + 1 = 4    Sindacato B: 0,15 = 0 e quindi 1 + 0 = 1*

*Esempio 2: Sindacato A 66%; Sindacato B 17%; Sindacato C 17%*

$$\frac{66 \text{ (percentuale)} \times 5 \text{ (n. posti)}}{100} = 3,30 \quad \frac{17 \text{ (percentuale)} \times 5 \text{ (n. posti)}}{100} = 0,85 \quad \frac{17 \text{ (percentuale)} \times 5 \text{ (n. posti)}}{100} = 0,85$$

*Arrotondando il quoziente frazionale all'unità più vicina definiremo il totale dei componenti per ogni sindacato: Sindacato A = 3; Sindacato B = 1; Sindacato C = 1.*

*Esempio 3: Sindacato A 66%; Sindacato B 25%; Sindacato C 9%*

$$\frac{66 \text{ (percentuale)} \times 5 \text{ (n. posti)}}{100} = 3,30 \quad \frac{25 \text{ (percentuale)} \times 5 \text{ (n. posti)}}{100} = 1,25 \quad \frac{9 \text{ (percentuale)} \times 5 \text{ (n. posti)}}{100} = 0,45$$

*Dal primo calcolo 3 posti risultano assegnati al Sindacato A e 1 al Sindacato B.*

*Non essendo possibile assegnare il posto residuo arrotondando i frazionali all'unità più vicina verrà applicata nuovamente la stessa formula:*

$$\frac{66 \text{ (percentuale)} \times 1 \text{ (n. posti)}}{100} = 0,66 \quad \frac{25 \text{ (percentuale)} \times 1 \text{ (n. posti)}}{100} = 0,25 \quad \frac{9 \text{ (percentuale)} \times 1 \text{ (n. posti)}}{100} = 0,09$$

*Quindi arrotondato all'unità più vicina il dato finale sarà il seguente:*

*Sindacato A: 3+1 = 4; Sindacato B: 1+0 = 1; Sindacato C: 0+0 = 0*

*Esempio 4: Sindacato A 70%; Sindacato B 20%; Sindacato C 10%*

$$\frac{70 \text{ (percentuale)} \times 5 \text{ (n. posti)}}{5 \text{ (n. posti)}} = 3,50 \quad \frac{20 \text{ (percentuale)} \times 5 \text{ (n. posti)}}{100} = 1,00 \quad \frac{10 \text{ (percentuale)} \times 5 \text{ (n. posti)}}{100} = 0,50$$

*Al Sindacato A spetteranno 3 posti, a al Sindacato B 1 posto.*

*Il posto avanzato di spettanza per metà del Sindacato A e per metà del Sindacato C verrà assegnato anch'esso con la stessa formula:*

$$\frac{70 \text{ (percentuale)} \times 1 \text{ (n. posti)}}{100} = 0,70 \quad \frac{10 \text{ (percentuale)} \times 1 \text{ (n. posti)}}{100} = 0,10$$

*Arrotondando il quoziente frazionale all'unità più vicina definiremo il totale dei componenti per ogni sindacato: Sindacato A=3+1 = 4; Sindacato B = 1; Sindacato C = 0+0 = 0*

### **Norma finale n. 3**

È confermato il contenuto del Decreto 33 e s.m.i in materia di attribuzione dei codici personali agli specialisti ambulatoriali. Si precisa, tuttavia, allo scopo di uniformarne l'attribuzione da parte di tutti i Comitati zonali, a far data dalla pubblicazione del presente Accordo, il codice dello specialista sarà costituito dal numero di iscrizione all'Ordine di competenza dello specialista, del veterinario o del professionista preceduto dalla sigla della provincia di iscrizione, e verrà attribuito dalla Struttura competente per la individuazione degli aventi diritto al conferimento degli incarichi al momento in cui l'Azienda trasmetterà copia del contratto. Il predetto codice resterà invariato anche in caso di assegnazione o trasferimento di ore presso altra provincia della regione.

Entro un anno dall'entrata in vigore del presente AIR, le Aziende regionali provvederanno alla modifica del codice nei confronti degli specialisti e dei professionisti che già operano al loro interno. Il nuovo timbro utilizzato dallo specialista/professionista per le proprie attività, oltre al codice, dovrà prevedere l'Azienda di appartenenza, il nome e cognome dello specialista e la branca specialistica. o area professionale.

### **Norma finale n. 4**

Gli effetti giuridici, normativi ed economici del presente Accordo Regionale, salvo quanto previsto dal successivo comma, conservano la loro validità fino alla data di pubblicazione di un nuovo Accordo Integrativo Regionale.

Le parti, nel darsi reciprocamente atto del grande impegno profuso nello sforzo di normalizzare la critica situazione finanziaria in cui versa la sanità regionale, convengono che in attesa degli Accordi Attuativi Aziendali rimangono comunque in vigore i benefici economici previsti dal 1° Accordo Integrativo Regionale, pubblicato sul BURC n. 58 del 5/11/2001, DGRC 4863/01.

### **Norma finale n.5**

Relativamente alla prima applicazione dell'Art.45 dell'ACN vigente, la Regione si impegna a retribuire quanto dovuto per gli anni 2019 e 2020 entro il 31 dicembre 2020, a coloro che presenteranno la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'esclusività del rapporto di lavoro, nei termini previsti dalla SISAC.

**Norma finale n. 6**

Le parti condividono, nel rispetto della professionalità e del know how acquisito dal professionista, nonché di particolari discipline ospedaliere, la necessità che gli specialisti a tempo indeterminato possono proseguire l'attività lavorativa in tale ambito, nel rispetto delle esigenze e determinazioni aziendali.

**Norma finale n. 7**

Le parti firmatarie concordano che, per quanto non espressamente previsto dal presente Accordo, valgono le disposizioni dell'ACN vigente.

Si concorda, inoltre, che eventuali questioni applicative o quesiti posti dalle Aziende siano oggetto di esame esclusivamente da parte del Comitato Regionale ex art. 17, come previsto dal comma 4 dello stesso articolo, che emana pareri a cui le Aziende dovranno attenersi.

**Norma finale n. 8**

L'ACN 2020 ha sancito all'art 43 comma primo alinea, punto 1 lett. a) e b), lett B "QUOTA VARIABILE" che al fondo di ponderazione delle quote orarie "afferiscono a far data dal 01/01/2019 anche i veterinari per le attività e le prestazioni ad essi riferibili". Pertanto le parti condividono che dal 01.01.2019 anche ai veterinari è riconosciuta la quota variabile ai sensi dell'art 43 dell' ACN 2020 e art. 7 del presente AIR.

**Norma finale n. 9**

A decorrere dall'entrata in vigore le parti concordano nel considerare decaduti tutti i contratti in contrasto con quanto disciplinato dal presente Accordo Integrativo Regionale