



REGIONE DEL VENETO

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria
Unità Organizzativa Cure Primarie

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE RESO ESECUTIVO IN DATA
31 MARZO 2020, MEDIANTE INTESA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA
LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO, PER LA
DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI
ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)
AMBULATORIALI EX ART. 8 D.LGS. 30/12/1992, N. 502 E SMI
TRIENNIO 2016-2018 E S.M.I.**



bdcf1c5e



INDICE

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI	7
CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE/ORGANIZZATIVO	7
Art. 1 – Quadro di riferimento.....	7
Art. 2 - Campo di applicazione e durata dell'Accordo Integrativo Regionale.....	9
Art. 3 - Livelli di contrattazione.....	10
Art. 4 - Gli obiettivi del Servizio Socio Sanitario Regionale.....	10
Art. 5 - Obiettivi di Sistema.....	10
Art. 6 - Obiettivi di salute.....	11
Art. 7 - Obiettivi di appropriatezza.....	11
CAPO II - MODALITÀ OPERATIVE DI PARTECIPAZIONE AL PROCESSO DI SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE	12
Art. 8- Prestazioni sanitarie ambulatoriali per gestione cronicità e prestazione sanitarie domiciliari per pazienti fragili.....	12
Art. 9 - Presa in carico del paziente fragile, complesso, non autosufficiente.....	14
Art. 10 – Attività di prevenzione.....	15
Art. 11 – Accesso improprio al Pronto Soccorso.....	15
Art. 12 - Percorsi e PDTA.....	15
Art. 13 – Governo delle liste di attesa e appropriatezza.....	16
Art. 14 – Telemedicina.....	17
Art. 15 – Televisita.....	18
Art. 16 - Teleconsulto specialistico.....	18
Art. 17 - Debito informativo.....	19
CAPO III – Aggregazioni Funzionali Territoriali	19
Art. 18 - Le AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna.....	20
Art. 19 - Il modello organizzativo dell'AFT.....	20
Art. 20 - Compiti specifici dell'AFT.....	21
Art. 21 - Attività delle AFT.....	22
Art. 22 - Il Referente di AFT.....	23
Art. 23 - Coordinatore di UCCP/MGI.....	24
CAPO IV – CONTRATTAZIONE DECENTRATA	24
Art. 24 - Rappresentatività sindacale ai fini della contrattazione decentrata di secondo livello.....	24
Art. 25 - Rappresentatività sindacale ai fini della contrattazione decentrata di terzo livello.....	25
CAPO V - COMITATI PARITETICI	25
Art. 26 - Comitato Regionale.....	25
Art. 27 - Comitati Zonali.....	26
Art. 28 - Istituzione, durata in carica e funzionamento dei Comitati Regionale e Zonali.....	26
Art. 29 - Partecipazione a Comitati e Commissioni.....	27



CAPO VI - RAPPORTO CONVENZIONALE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI).....	27
Art. 30 - Requisiti, domande, graduatorie e compiti dell'Azienda Sanitaria sede del Comitato Zonale	27
Art. 31 - Regolamentazione della gestione di proposte di aumento orario.....	27
Art. 32 - Commissione Tecnica aziendale.....	28
Art. 33 - Compiti e funzioni dello Specialista Ambulatoriale Interno.....	29
Art. 34 - Compiti e funzioni del Veterinario	30
Art. 35- Compiti e funzioni del Professionista (Biologi, Chimici, Psicologi).....	30
CAPO VII - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO.....	31
Art. 36 – Prolungamento orario	31
Art. 37 - Responsabile di Branca.....	31
Art. 38 – Attribuzione di compiti e/o incarichi	33
Art. 39 - Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità. Criteri di individuazione..	33
Art. 40 - Accordi Attuativi Aziendali.....	34
Art. 41 - Nomenclatore Tariffario, prestazioni protesiche ed attività ortesica	34
Art. 42 – Prestazioni di particolare interesse (PPI).....	35
Art. 43 - Indennità di sede disagiatissima	35
Art. 44 - Fondo ponderazione quote orarie specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità sanitarie	36
Art. 45 - Fondo indennità di disponibilità.....	36
CAPO VIII - FORMAZIONE CONTINUA.....	37
Art. 46 - Formazione Continua (ECM)	38
Art. 47 - Indirizzi operativi in materia di formazione continua.....	39
CAPO IX – DIRITTO ALL'INFORMAZIONE.....	40
Art. 48 - Diritto all'informazione e consultazione tra le parti.....	40
NORME FINALI	40
Norma Finale n. 1	40
Norma Finale n. 2	40
NORME TRANSITORIE	41
Norma Transitoria n. 1	41
DICHIARAZIONI A VERBALE.....	41
Dichiarazione a Verbale n. 1	41
Dichiarazione a Verbale n. 2	41
ALLEGATO 1 - Fondo ponderazione quote orarie Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, liquidazione e distribuzione. 43	43
Art. 1 - Fondo ponderazione quote orarie medici Specialisti Ambulatoriali Interni e Veterinari a tempo indeterminato e a tempo determinato.....	43
Art. 2 - Fondo ponderazione quote orarie altre Professionalità sanitarie ambulatoriali (biologi, chimici, psicologi)	43



Norma Finale n. 1	44
ALLEGATO 2 - Modalità di costituzione e di utilizzo, saldo e redistribuzione del fondo ponderazione quote orarie Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali	44
A) MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI.....	44
B) ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI	45
C) FONDI PONDERAZIONE PER L'ANNO 2005 RISPETTIVAMENTE PER SAI E PROFESSIONISTI.....	45
D) FONDO PONDERAZIONE PER L'ANNO 2006 RISPETTIVAMENTE PER SAI E PROFESSIONISTI.....	46
E) FONDO PONDERAZIONE SAI PER GLI ANNI SUCCESSIVI AL 2004 e VETERINARI DALL'1/01/2019.....	46
F) FONDO PONDERAZIONE PROFESSIONISTI PER GLI ANNI SUCCESSIVI AL 2004.....	46
LEGENDA	47
LE PARTI	48



PREMESSA

L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI), Veterinari ed altre Professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali – Triennio 2016-2018 (Rep atti n. 49/CSR) è stato recepito in data 31/03/2020 con Intesa della Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni e rappresenta la conclusione del rinnovo negoziale sia sul piano normativo che sul piano economico riferito al triennio 2016-2018. Successivamente in data 20/05/2021 (Rep atti n. 60/CSR) è stato ratificato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome l'Accordo per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, i Veterinari e le altre Professionalità (biologi, psicologi e chimici) che ha apportato alcune modifiche all'ACN 31/03/2020 citato che vanno dall'ordinaria attività di manutenzione del testo negoziale a variazioni più significative, interamente recepite nel presente Accordo. Nel testo del presente Accordo Integrativo Regionale (AIR) si richiamerà "ACN vigente" facendo riferimento all'ACN 2020 come modificato all'ACN 2021.

Non si può non richiamare il periodo in cui l'Accordo è stato sancito, durante lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili dichiarato con delibera del Consiglio dei ministri del 31/01/2020 per sei mesi – sulla base della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 30/01/2020 – e successivamente prorogato con ulteriori deliberazioni del Consiglio dei ministri.

Molti sono gli atti che si sono succeduti in materia, sia a livello nazionale (Decreti Leggi, DPCM, Ordinanze del Ministero della Salute e del Dipartimento della Protezione Civile) che regionale, che hanno disposto una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria finalizzata a fronteggiare l'emergenza COVID-19.

In considerazione del contesto attuale, il presente AIR si adeguerà alle disposizioni regionali emanate per gestire l'emergenza Coronavirus, in particolare:

- il **Decreto** del Dirigente regionale del Servizio sistema Informativo SSR **n. 50 del 24/12/2014** di recepimento del documento "*Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali*" approvato con Intesa Conferenza permanente Stato-Regioni sancita in data 20/02/2014 e la **DGR n. 568 del 5/05/2020** relativa all'attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza: Telemedicina;
- la **DGR n. 782 del 16/06/2020** di attuazione delle misure in materia sanitaria in attuazione del D.L. n. 34 del 19/05/2020 convertito in Legge n. 77 del 17/07/2020;
- **DGR n. 1103 del 6/08/2020** di approvazione del documento "*Emergenza COVID-19 – Piano emergenziale per l'autunno 2020*";
- **DGR n. 1164 del 6 agosto 2019** con cui è stato approvato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) e recepito il Piano Nazionale di Governo delle liste d'attesa per il triennio 2019-2021 esecutivo con Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome che sostituisce quello approvato con la DGR n. 479 del 23/04/2019;
- **DGR n. 1329 dell'8/09/2020** con cui è stato approvato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa in attuazione dell'**art. 29, comma 9, DL 14/08/2020, n. 104** che individua una serie di azioni e strumenti volti al recupero delle liste d'attesa e risorse con finanziamenti dedicati, in particolare il comma 9 che dispone che per l'accesso a dette risorse "*(...) le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da presentare al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito nel programma operativo previsto dall'articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse.*"
- **DGR n. 1329 dell'8/09/2020** di approvazione del "*Il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa. Art. 29, comma 9, D.L. n. 104/2020*", inoltrato al Ministero della Salute e al Ministero Economia e Finanza.
- **DGR n. 1422 del 21/10/2020** di approvazione del nuovo Piano "*Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del*



Dipartimento di Prevenzione" e contestuale modifica della DGR n. 344 del 17/03/2020 e della successiva DGR n. 1104 del 06/08/2020.

- **DGR n. 1523 del 10/11/2020** di approvazione delle linee di indirizzo "*Emergenza COVID-19 - Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19*".
- Protocollo d'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome e le Organizzazioni Sindacali della Medicina Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna del 16/03/2021.
- **DGR n. 728 del 08/06/2021** di recepimento dell'Accordo Integrativo Regionale sottoscritto in data 28/04/2021 relativo alla "*Partecipazione dei medici Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni alla campagna vaccinale SARS-COV-2*".
- **DGR n. 759 del 15/06/2021** di approvazione delle disposizioni in merito all'aggiornamento del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, approvato con DGR n. 1329 dell'8/09/2020. Art. 29, comma 9 del DL 14/08/2020, n. 104, convertito in Legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1 della Legge 13/10/2020, n. 126 e art. 26 del DL 25/05/2021, n. 73.

Visti i provvedimenti regionali:

- **DGR n. 3889 del 31/12/2001** "*Accordo regionale per la medicina convenzionata DD.PP.RR. 28/07/2000, n. 270, n. 271 e n. 272*"
- **DGR n. 1723 del 05/07/2005** "*Programmazione dell'attività di formazione obbligatoria rivolta ai medici della Medicina Convenzionata – Attività 2005.*"
- **DGR n. 3220 del 15/10/2005** "*Accordo regionale in attuazione dell'ACN reso esecutivo in data 23 marzo 2005, mediante Intesa nella Conferenza Stato – Regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità sanitarie*"
- **DGR n. 2338 del 29/12/2011** "*Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della DGR n. 41 del 18.1.2011 – specialistica ambulatoriale interna.*"
- **DGR n. 568 del 6/05/2020** "*Attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza: Telemedicina.*"



TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI**CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE/ORGANIZZATIVO****Art. 1 – Quadro di riferimento**

1. In conformità alla programmazione regionale vigente, approvata con Legge Regionale (LR) n. 48/2018, la Regione del Veneto pone al centro l'obiettivo Salute fondato sul coinvolgimento attivo del singolo e della collettività al fine di individuare modalità idonee al miglioramento della salute e del benessere delle generazioni presenti e future. Tutto ciò si concretizza attraverso un approccio multisettoriale con il coinvolgimento di pluralità politiche di promozione della salute al fine di favorire valide condizioni sociali, economiche ed ambientali. Risulta, pertanto, in linea con la programmazione regionale: la valorizzazione della persona nella sua globalità ed in rapporto ai suoi contesti di vita, la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo uniforme su tutto il territorio regionale, la definizione di nuovi modelli assistenziali di presa in carico della cronicità, la riduzione delle disuguaglianze di salute per gli individui più disagiati della comunità, la valutazione della qualità della presa in carico, l'appropriatezza del setting assistenziale e dei tempi di erogazione in relazione alla tipologia del bisogno, e, infine, il costante monitoraggio delle performance.
2. Rappresentano cardini della programmazione regionale:
 - la responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie nell'attuazione degli obiettivi assistenziali per il tramite dell'integrazione tra le strutture territoriali ed ospedaliere, in un continuum assistenziale;
 - la capillarità di un'assistenza territoriale che consenta, con l'adeguamento, l'ampliamento, l'integrazione e l'aggiornamento del personale e delle dotazioni strumentali, uguale opportunità nel raggiungimento e nel mantenimento di obiettivi di salute individuali e pari opportunità di accesso e fruizione di interventi.
3. In questa cornice deve trovare la sua completa applicazione l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e smi – Triennio 2016 - 2018, recepito con Intesa Stato – Regioni in data 31 marzo 2020.
4. Detto ACN rappresenta, peraltro, il completamento del triennio 2016-2018 normativo ed economico:
 - scaturisce dalla riforma introdotta nell'ordinamento vigente con la L. n. 189/2012 (Legge Balduzzi). Di particolare rilievo al presente AIR risultano le disposizioni contenute nell'articolo 1 con riferimento ai compiti assegnati alle Regioni ossia l'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriale (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e agli obblighi previsti per il personale convenzionato (inserimento delle nuove forme organizzative e adesione al sistema informativo regionale e nazionale), nonché alle modifiche introdotte al testo dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502;
 - si adegua e si raccorda con le disposizioni introdotte dal D.Lgs. n. 165/2001 e smi;
 - si attiene ai contenuti del Patto per la Salute 2014-2016, con riferimento in particolare all'art. 5 dove tra l'altro si precisa che la natura del collegamento tra AFT e UCCP deve essere di tipo funzionale e che la UCCP è parte fondamentale ed essenziale del Distretto.
5. Ai sensi dei commi 1 e 2, art. 9 dell'ACN vigente, la UCCP:
 - rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in modo integrato all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende Sanitarie, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio;
 - persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN vigente e definito dalla Regione;
 - opera in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multi-professionale, ai bisogni di salute complessi;



- garantisce il carattere multi-professionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), 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. 6, comma 3 dell'ACN vigente, dei veterinari.
6. Il modello di Medicina di Gruppo Integrata (MGI), definita con DGR n. 751 del 14 maggio 2015, che costituisce una forma di UCCP nel Veneto, rappresenta il tentativo di garantire una maggiore accessibilità, assicurando la copertura h12 attraverso la presenza della medicina di famiglia nella sede di riferimento, assicurando la presa in carico effettiva della cronicità sulla scorta dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali.
 7. A supporto della riorganizzazione dell'assetto dell'assistenza territoriale regionale e per migliorare la presa in carico della cronicità si inseriscono i Piani aziendali di sviluppo delle Cure Primarie attraverso l'implementazione delle Medicine di rete e Medicine di Gruppo ex ACN della medicina generale del 23/03/2005 e smi a valere per il biennio 2019-2020, approvati con DGR n. 476 del 23/06/2019, in attuazione al PSSR 2019-2023.
 8. Nel contesto regionale diviene, dunque, necessario consolidare gli interventi innovativi già in fase di costruzione, ma che richiedono una contestualizzazione, una diffusione e un coordinamento, alla luce del modificarsi continuo dei bisogni, dell'evoluzione dell'assetto organizzativo, del sistema delle responsabilità, dei nuovi confini di sostenibilità del sistema.
 9. Rappresentano, dunque, scelte strategiche a livello regionale:
 - a) il potenziamento e consolidamento dell'offerta territoriale, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza;
 - b) la ridefinizione delle competenze e l'attivazione di una sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio;
 - c) la possibilità di individuare da parte delle Aziende Sanitarie figure di SAI con funzioni organizzative (es. Responsabile di Branca e Referente di AFT e i medici con incarico di coordinamento funzionale e gestionale di aree specialistiche) per perseguire specifici obiettivi aziendali;
 - d) l'investimento sull'appropriatezza clinica ed organizzativa, con particolare riguardo all'appropriatezza prescrittiva ed al consumo di risorse socio-sanitarie, attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile dei professionisti e dei cittadini, anche allo scopo di ottenere una consistente riduzione delle liste d'attesa;
 - e) la garanzia della massima appropriatezza in ambito farmaceutico, specialistico e protesico;
 - f) la diffusione di strumenti di clinical governance, mirati anche alla qualità ed alla sicurezza dei pazienti;
 - g) la ricerca della semplificazione degli adempimenti e delle procedure;
 - h) la definizione, l'applicazione e la garanzia di standard di qualità, ma anche standard di quantità, non dimenticando l'adeguamento delle dotazioni strumentali, atti a valorizzare le esperienze attuate localmente, riducendo le differenze tra i diversi contesti e superando disuguaglianze ed iniquità;
 - i) la ricomposizione di un sistema delle responsabilità che ponga in capo alle strutture del SSSR, alle amministrazioni locali, alle categorie professionali, ai singoli professionisti ed agli assistiti la consapevolezza del loro ruolo come erogatori o fruitori di servizi, delle risorse disponibili, del legame solidaristico;
 - j) la promozione del senso di partecipazione civica delle persone (anche in ambito scolastico) per consentire un appropriato utilizzo dei servizi socio-sanitari.
 10. Inoltre, il presente AIR, finalizzato alle esigenze del proprio territorio, tiene conto anche degli obiettivi prioritari disposti dai Piani nazionali di cui all'art. 4 dell'ACN vigente e in coerenza con il PSSR 2019-2023:
 - a) *Piano nazionale della cronicità (PNC)* (Accordo Stato-Regioni n. 160/CSR del 15/09/2016). Si concretizza mediante l'impegno da parte della Regione di programmare un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena



responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei PDTA, in coerenza con le scelte di programmazione regionale, il presente AIR prevede l'attiva partecipazione degli specialisti ambulatoriali e psicologi e biologi alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini;

- b) *Piano nazionale prevenzione vaccinale (PNPV)* (Intesa Stato Regioni, n. 10/CSR del 19/01/2017).
La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il P.N.P.V. 2017-2019 propone il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età e dedicate agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio. Le Regioni sono impegnate a individuare il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e, ove necessario, il presente AIR prevede tra i compiti previsti per i medici specialisti ambulatoriali interni anche l'inserimento della vaccinazione e delle relative attività collegate.
- c) *Accesso improprio al Pronto Soccorso* (Accordo Stato Regioni n. 36/CSR del 7/02/2013).
L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso e l'incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto il presente AIR prevede l'integrazione nelle reti territoriali dei medici specialisti ambulatoriali interni, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, al fine di garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e per quelle riferibili alla non corretta gestione della cronicità.
- d) *Governo delle liste d'attesa e appropriatezza* (Intesa Stato Regioni n. 28/CSR del 21/02/2019).
Fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, il presente AIR prevede specificamente la partecipazione degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di *follow-up* nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previste dalle normative vigenti, promuovendo l'integrazione nelle reti territoriali degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio per garantire la continuità dell'assistenza.
- e) *Prevenzione e controllo della resistenza antimicrobica (PNCAR)* (Intesa Stato Regioni del 2/11/2017). Tale Piano analizza in tutti gli aspetti il fenomeno dell'antimicrobica resistenza (AMR), un problema di notevole impatto che necessita di urgenti azioni di prevenzione e controllo, indica le azioni da intraprendere a livello nazionale, regionale e locale per contrastare il fenomeno in maniera efficace e promuove il coinvolgimento ed interventi coordinati dei diversi settori interessati. Il presente AIR prevede la partecipazione dei veterinari e dei biologi convenzionati al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento e rafforzamento del sistema di sorveglianza, di trasmissione dei dati tra i sistemi informativi coinvolti, di incremento dell'efficacia dei controlli in termini di farmacovigilanza nonché per l'attuazione delle azioni previste nel PNCAR ed il conseguimento dei risultati attesi.

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

1. Il presente AIR entra in vigore dalla data di adozione del provvedimento della Giunta Regionale di approvazione dello stesso e ha validità fino alla stipula del successivo, fatte salve modificazioni ed integrazioni e/o variazioni in ambito nazionale.



Art. 3 - Livelli di contrattazione

1. L'ACN definisce tre livelli di contrattazione:
 - a) nazionale (art. 3, comma 3, ACN vigente): Accordo Collettivo Nazionale, ACN;
 - b) regionale (art. 3, comma 4, ACN vigente): Accordo Integrativo Regionale, AIR;
 - c) aziendale (art. 3, comma 5, ACN vigente): Accordo Attuativo Aziendale, AAA.
2. Il presente AIR individua gli obiettivi e gli strumenti per la Specialistica Ambulatoriale Interna, la Veterinaria e le altre Professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali (denominate di seguito ora Professionisti) in linea con gli indirizzi della programmazione socio-sanitaria regionale, demandando alla contrattazione aziendale l'attuazione degli obiettivi individuati dalla Regione attraverso gli AAA, definendo le azioni più appropriate sulla scorta delle realtà locali.

Art. 4 - Gli obiettivi del Servizio Socio Sanitario Regionale

1. La partecipazione dei SAI, dei Veterinari (ove previsto ai sensi dell'art. 6, comma 3 dell'ACN vigente) e dei Professionisti allo sviluppo delle Cure primarie, alla costituzione delle AFT ed alla collaborazione con la medicina generale e la pediatria di libera scelta deve essere finalizzata al perseguimento degli obiettivi enunciati nei seguenti articoli.

Art. 5 - Obiettivi di Sistema

1. Conformemente a quanto previsto nell'ACN, attraverso l'attuazione della costituzione delle AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna, si intende rimodulare i modelli organizzativi territoriali di presa in carico della cronicità favorendo la multiprofessionalità e multidisciplinarietà.
2. Nello specifico diventano obiettivi strategici:
 - a) garantire la presa in carico integrata dei pazienti acuti e cronici, evitando alla persona in stato di bisogno inutili spostamenti e contatti frammentati con più strutture/professionisti erogatori, migliorando l'accessibilità ai servizi, semplificando le procedure e, soprattutto, valorizzando la relazione tra professionisti ed assistiti;
 - b) potenziare l'assistenza domiciliare integrata al fine di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
 - c) potenziare le strutture di ricovero intermedie, necessarie per garantire un adeguato passaggio dall'Ospedale al Territorio e dal Territorio all'Ospedale senza soluzione di continuità, evitando alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, favorendone un rientro tutelato e coordinato al domicilio, prevenendo la riacutizzazione e nuovi accessi in ospedale;
 - d) rimodulare l'assistenza residenziale per rispondere alle esigenze assistenziali, nella considerazione che le strutture residenziali rappresentano, come domicilio effettivo, il contesto di vita della persona e sono parti integranti del Sistema;
 - e) implementare l'innovazione tecnologica, strumentale e la rete informatica quali strumenti a supporto di un trattamento tempestivo reso al paziente, sviluppando forme di telemedicina e teleconsulto, specie a fronte della pandemia da COVID-19;
 - f) ampliare la collaborazione nell'ambito dei programmi di prevenzione, anche supportando le campagne vaccinali e sostenendo i programmi di screening individuati dai programmi nazionali, regionali e aziendali ai fini del miglioramento della qualità della vita e dello stato generale di salute della popolazione.
3. A tale fine nell'ambito della formazione obbligatoria del SAI, del Veterinario e dei Professionisti dovranno essere previsti percorsi di aggiornamento professionale trasversali con gli altri professionisti, oltre che percorsi finalizzati allo sviluppo clinico-organizzativo anche mediante pacchetti formativi prodotti dalle maggiori società scientifiche accreditate.



Art. 6 - Obiettivi di salute

1. L'adozione di un approccio per percorsi assistenziali, delineato anche nel Piano Nazionale della Cronicità, rappresenta la sfida vincente per garantire la continuità dell'assistenza: il PDTA definisce che cosa serve al processo in modo condiviso, quando serve e chi ha la competenza per farlo, valutandone la fattibilità e sostenibilità. I percorsi assistenziali costituiscono strumenti di trasversalità che consentono di definire ruoli, funzioni, responsabilità, ma che implicano spesso una revisione del modello organizzativo in essere ed una consapevolezza delle risorse che si hanno a disposizione.
2. L'approccio per processi integrati consente di mettere a sistema e rendere routinari i meccanismi di contatto e di connessione tra i diversi nodi della rete di offerta: lo scambio professionale non è più attivato in modo estemporaneo e sulla base delle relazioni personali tra professionisti o sulla scorta di "sintesi" affidate al paziente, ma per effetto di forme di organizzazione che producono modalità automatiche di connessione. In questo modo si modifica sia il contenuto dei servizi offerti dal SSSR, sia la modalità di fruizione da parte dell'assistito.
3. È, pertanto, obiettivo prioritario garantire la continuità delle cure attraverso la progettazione, la condivisione e l'attuazione di Percorsi Integrati di Cura per:
 - a) pazienti post-acuti, dimessi dall'ospedale, a rischio elevato di re-ospedalizzazione, che necessitano di competenze clinico-gestionali ed assistenziali in una struttura dedicata o a domicilio potenziando il ruolo dei SAI a supporto dell'attività distrettuale e del medico di medicina generale (MMG);
 - b) pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, o pazienti fragili con elevati bisogni assistenziali, che richiedono una presa in carico da parte di un team multidisciplinare;
 - c) pazienti cronici stabilizzati che necessitano di monitoraggio del loro stato di salute attraverso un approccio di medicina di iniziativa che veda coinvolti anche i SAI.
4. Ai fini di garantire una appropriata continuità dell'assistenza, tali percorsi dovranno comprendere anche le modalità organizzative da attivare al manifestarsi delle riacutizzazioni nei pazienti stabilizzati.
5. Andranno, pertanto, concordati, condivisi ed applicati i PDTA per patologie croniche prevalenti (es. broncopneumologiche, cardiologiche, metaboliche, neurologiche, oncologiche, ecc.).
6. È necessario mettere in campo tutte le azioni e le modifiche organizzative atte a coinvolgere i SAI nell'affrontare l'emergenza COVID-19, sia attraverso un coinvolgimento diretto a supporto dell'assistenza sia potenziando le attività di telemedicina.

Art. 7 - Obiettivi di appropriatezza

1. Il nuovo assetto organizzativo, basato sull'approccio per processi, consentirà una progressiva responsabilizzazione di tutti gli attori del sistema sul raggiungimento dei risultati, l'inserimento di una visione d'insieme, la decentralizzazione del processo decisionale, il consolidamento del lavoro di equipe e della cooperazione, mantenendo come focus principale la centralità della persona.
2. Rappresentano obiettivi strategici:
 - a) contribuire a governare le liste d'attesa secondo le disposizioni della DGR n. 1164 del 6/08/2019 relativamente al recupero delle liste di attesa a seguito dell'emergenza COVID-19;
 - b) garantire l'appropriatezza delle richieste di prestazione specialistica entro i limiti previsti dal SSSR e secondo le disposizioni nazionali e regionali in materia;
 - c) contribuire a ridurre le "fughe" per le specialità presenti nelle specifiche Aziende Sanitarie;
 - d) dare piena attuazione alla DGR n. 568 del 5/05/2020, tenendo conto del recente Accordo approvato dalla Conferenza Stato- Regioni, rep. Atti n. 215/CSR del 17/12/2020 sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", promuovendo anche il



- teleconsulto specialistico, costituendo spazi di consulenza/colloquio tra SAI e Professionisti, MMG e Pediatri di libera scelta (PLS) per la presentazione di casi o per conseguire accordi sul percorso di presa in carico;
- e) contribuire a garantire l'appropriatezza delle richieste dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al Pronto Soccorso;
 - f) contribuire a garantire un utilizzo appropriato della farmaceutica attraverso il conseguimento di obiettivi e di indicatori per le aree terapeutiche a più rilevante impatto di spesa e a maggior rischio di inappropriata, assegnati annualmente alle Aziende Sanitarie con apposita Deliberazione di Giunta e misurati attraverso i normali flussi amministrativi;
 - g) incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto e perseguire l'appropriatezza nelle prescrizioni di protesi e ausili;
 - h) garantire il flusso informativo-informatico [Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ricetta dematerializzata, certificati telematici di malattia, ecc.] ai fini del conseguimento degli obiettivi di sistema assegnati alle Aziende Sanitarie e, conseguentemente, anche ai SAI (articoli 11 e 24, ACN vigente).
3. I SAI, i Veterinari e i Professionisti, nel rispetto delle esigenze di salute degli assistiti, partecipano alla sostenibilità economica del SSSR attraverso l'appropriatezza prescrittiva, utilizzando criteri di efficienza ed efficacia.
 4. Concorrono, quindi, al perseguimento degli obiettivi assegnati di anno in anno alle Aziende Sanitarie con specifico provvedimento regionale per quanto di competenza.

CAPO II - MODALITÀ OPERATIVE DI PARTECIPAZIONE AL PROCESSO DI SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE

1. Tenuto conto dell'evoluzione che negli anni ha coinvolto le Cure primarie, compresa l'assistenza specialistica ambulatoriale la cui attività non è solo quella di erogare prestazioni specialistiche su specifica richiesta motivata, prevalentemente proveniente dal MMG/PLS, ma anche quella di effettuare la presa in carico dei pazienti/utenti (attraverso PDTA, UVMD, PAI, ADI, attività consultoriale, etc.), svolgendo una vera e propria funzione di specialista di comunità, anche tenendo conto delle problematiche di rilevanza sociale, risulta necessario sviluppare una maggiore integrazione e collaborazione tra professionisti operanti sul territorio e in ospedale per condividere percorsi e indicatori.
2. L'intero sistema deve essere responsabilizzato sul monitoraggio dei tempi di attesa, sulla stabilità dell'offerta e sul governo delle urgenze e sul miglioramento dell'accessibilità derivante dallo sviluppo di percorsi territoriali integrati che rispondano in modo coerente ai bisogni dei pazienti con particolari complessità cliniche ed alla cronicità (Day Service).
3. Da tale modalità di approccio derivano senz'altro notevoli vantaggi, ma è di fondamentale importanza che il SAI sia ampiamente integrato nel territorio per assicurare le sue prestazioni in tutte le sedi, anche nell'assistenza domiciliare, in quella residenziale e penitenziaria anche durante il periodo dell'emergenza COVID-19.
4. Le modalità operative di partecipazione sono delineate nei seguenti articoli.

Art. 8- Prestazioni sanitarie ambulatoriali per gestione cronicità e prestazione sanitarie domiciliari per pazienti fragili

1. Il modello regionale di presa in carico della cronicità e della multimorbilità, definito dalla LR n.48/201 e richiamato dalla DGR n. 782 del 16/06/2020 in un quadro emergenziale, si fonda sul concetto di intensità

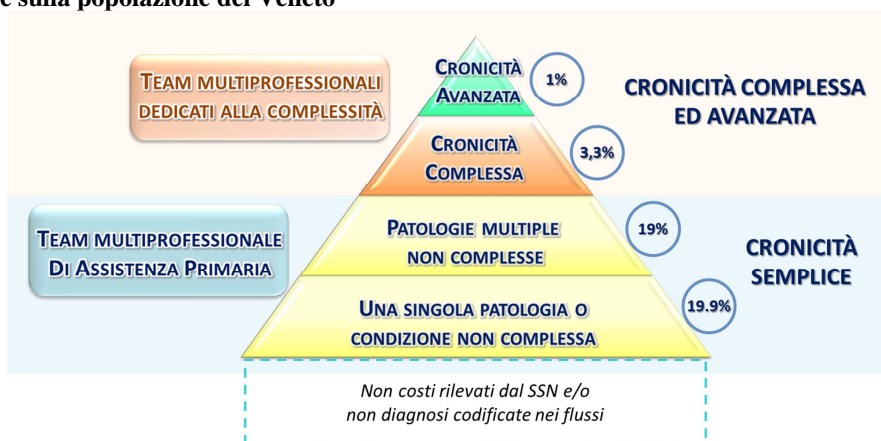


di cura e di assistenza, per sottolineare la gradualità nell'erogazione dell'assistenza correlata al bisogno. Come rappresentato nella **Figura 1** due sono i livelli di complessità:

- la cronicità “*semplice*”, che viene appropriatamente presa in carico dai team multiprofessionali dell'Assistenza primaria;
- la cronicità “*complessa ed avanzata*”, che richiede team multiprofessionali “*specialistici*”.

In entrambi i livelli si prevede la partecipazione dei SAI.

Figura 1 – Presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza: profili di popolazione e percentuale sulla popolazione del Veneto



Pertanto, con riferimento ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti, che anche a seguito dell'emergenza COVID-19, costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione, il modello organizzativo regionale prevede un lavoro fondato su team multiprofessionali, che vedranno la partecipazione dei MMG, degli specialisti territoriali, degli infermieri, degli assistenti sociali, con legami funzionali con i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere e con gli operatori del Dipartimento di Prevenzione.

Tra i componenti fondamentali di tale modello organizzativo i SAI, attivati a seconda della tipologia di bisogno, potranno agire sia presso le sedi distrettuali, che presso il domicilio del paziente, che presso le strutture residenziali e le strutture di ricovero intermedie.

2. A livello regionale sono stati formalizzati con specifiche delibere i PDTA per la gestione di patologie croniche ad alta prevalenza (es. diabete, BPCO, ca. colon-retto, mammella, ecc.), che devono essere contestualizzati a livello aziendale attraverso uno specifico percorso clinico-organizzativo. In ogni PDTA vengono definite le condizioni cliniche e le modalità di integrazione tra i professionisti coinvolti sia per l'inquadramento diagnostico che per la gestione dei trattamenti e del follow-up.
3. L'applicazione a livello aziendale dei PDTA viene realizzata a livello di AFT e di MGI, prevedendo la realizzazione di audit clinici ed organizzativi per il monitoraggio e adeguati momenti formativi. I SAI partecipano a livello di AFT, in via prioritaria, alla stesura e applicazione di questi percorsi per la gestione della cronicità nelle diverse modalità definite a livello aziendale.
4. Relativamente alla farmaceutica, il monitoraggio trimestrale di obiettivi e indicatori di appropriatezza messo a disposizione dalla Regione sia a livello aziendale che per medico, fino al dettaglio per singolo paziente, rappresenta un'opportunità di confronto tra Aziende Sanitarie e tutti i professionisti del SSSR in merito all'appropriatezza prescrittiva e di coinvolgimento dei medici, singolarmente o in gruppi, in attività di audit e di formazione.
5. A seconda delle caratteristiche del singolo percorso e alle diverse configurazioni geografiche e demografiche delle Aziende Sanitarie, l'articolazione delle sedi di attività specialistica andrà opportunamente valutata e declinata anche in relazione all'accessibilità del target di pazienti, alla



tipologia di prestazioni offerte, alle dotazioni strumentali da mettere a disposizione, anche con l'acquisto di nuove e adeguate attrezzature, prevedendo la costituzione di pool di specialisti di "riferimento" per l'AFT e/o la MGI.

6. Per garantire la continuità dell'assistenza tra tutta la filiera assistenziale e l'integrazione multi-professionale il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) rappresenta elemento portante, quale strumento organizzativo necessario per l'integrazione informativo-informatica della documentazione clinica, garantendone l'accesso a tutti i professionisti coinvolti nella presa in carico del paziente.
7. In questa visione l'attività specialistica potrà articolarsi in:
 - a) attività ambulatoriale nelle sedi distrettuali e/o di MGI con agende dedicate per i primi accessi e per la gestione dei follow up, preferibilmente con afferenza all'AFT di riferimento. L'attività di consulenza specialistica nelle MGI potrà essere oggetto di attivazione di incarichi SAI specifici secondo le procedure previste dai provvedimenti regionali in materia di acquisizione di personale del SSR e di specialistica ambulatoriale interna e come previsto dall'art. 3, comma 7 dell'ACN vigente;
 - b) attività di teleconsulto specialistico con MMG/PLS in fasce orarie dedicate (in agende riservate), convertibili in caso di mancate prenotazioni di teleconsulto in prestazioni ambulatoriali per i pazienti, in tempo utile per la riorganizzazione delle prestazioni ambulatoriali, anche tramite i servizi già avviati dalla Regione oppure attraverso sistemi di videoconferenza e di telemonitoraggio/teleassistenza per consulenza a distanza, con adeguata strumentazione tecnologica;
 - c) attività di telemedicina ai sensi della DGR n. 568 del 5/05/2020, tenendo conto del recente Accordo approvato dalla Conferenza Stato- Regioni, rep. Atti n. 215/CSR del 17/12/2020 sul documento recante "*Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina*", nel contesto emergenziale COVID-19, al fine di limitare il rischio di contagio rappresenta, anche con televisita dei pazienti che lo specialista ritiene eligibili;
 - d) attività di auditing periodico in integrazione con le AFT della medicina generale e con le MGI anche per target specifici di pazienti;
 - e) partecipazione ad equipe multidisciplinari per la presa in carico di problematiche cliniche che richiedono l'intervento coordinato di più specialisti come, ad esempio, i percorsi oncologici.

Art. 9 - Presa in carico del paziente fragile, complesso, non autosufficiente

1. Il Ministero della Salute (Quaderni del Ministero della Salute) definisce la fragilità come sindrome multifattoriale, determinata dalla riduzione della fisiologica riserva funzionale e della capacità di resistere a eventi stressanti ambientali (capacità di omeostasi). Essa comporta un aumentato rischio di eventi clinici: disabilità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione, morte. È una condizione complessa e dinamica, per la quale si sono proposti numerosi modelli.
2. L'Agency for Healthcare Research and Quality definisce come pazienti complessi le persone con condizioni croniche multiple affette da due o più condizioni croniche concorrenti, che insieme hanno un effetto avverso sullo stato di salute, sull'autonomia o sulla qualità della vita, e che richiedono una gestione assistenziale, decisioni cliniche, coordinamento, caratterizzati da complessità.
3. Nella **Figura 1** riportata all'art. 8, i vertici della piramide sono rappresentati da questi pazienti che sono assistiti a livello territoriale in diversi setting (assistenza domiciliare integrata, strutture intermedie, centri servizio), con alto rischio di ospedalizzazioni inappropriate o ripetute e con necessità di progetti assistenziali individualizzati da parte di team multiprofessionali e multidisciplinari.
4. A garanzia della continuità delle cure la Centrale Operativa Territoriale (COT) viene a costituire il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione, anche a supporto di tutte le fasi della gestione dell'emergenza coronavirus come previsto dalle DD.GG.RR. n. 782 del 16/06/2020 e n. 1103 del 6/08/2020.



5. I SAI partecipano alla presa in carico di questi pazienti, nel team multiprofessionale che definisce e attiva Piani Assistenziali individualizzati domiciliari o, a livello ambulatoriale, attraverso l'organizzazione di percorsi dedicati, diventando risorsa anche per la COT. Il Piano Assistenziale Individuale costituirà parte integrante del FSR e, quindi, sarà consultabile da tutti gli attori della filiera assistenziale.
6. In questa visione l'attività Specialistica Ambulatoriale Interna potrà, quindi, articolarsi:
 - a) nella partecipazione alle Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali (UVMD) di attivazione e verifica dei progetti individuali anche compilando la relativa scheda di valutazione (SVAMA, SVAMDI) per la parte di competenza;
 - b) nelle consulenze domiciliari periodiche o su richiesta del MMG/PLS, anche partecipando nella gestione di pazienti ADIMED con modalità di visita domiciliare o in telemedicina o supportando il MMG per la gestione del paziente cronico;
 - c) nelle consulenze presso i centri servizio, strutture di ricovero intermedie, strutture residenziali per disabili e non autosufficienti, etc. Le modalità di tali consulenze devono essere definite e concordate in relazione alla tipologia di problematiche cliniche e organizzative;
 - d) nella consulenza e coordinamento clinico e funzionale nelle strutture di ricovero intermedie (Unità Riabilitativa Territoriale e Ospedale di Comunità, etc.);
 - e) nell'attività ambulatoriale secondo quanto previsto dal Piano Assistenziale individualizzato.

Art. 10 – Attività di prevenzione

1. L'attività della Specialistica Ambulatoriale Interna potrà articolarsi nell'ambito della prevenzione sia relativamente agli screening che alle malattie cronico degenerative e malattie infettive, previa adeguata formazione.
2. In applicazione a quanto disposto dall'art. 4 dell'ACN vigente, i SAI partecipano alle campagne vaccinali previste dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale. Partecipano anche ad altre campagne vaccinali previste dalla normativa nazionale/regionale in ragione a contingenti emergenze (es. COVID-19).
3. L'attività vaccinale viene svolta nella sede di lavoro e in orario di servizio. Su richiesta aziendale, i SAI possono, altresì, svolgere attività vaccinale sia al di fuori dell'orario di servizio che al di fuori della sede (es. Centri Vaccinali di Popolazione).

Art. 11 – Accesso improprio al Pronto Soccorso

1. Relativamente all'accesso improprio al Pronto Soccorso di cui art. 4 dell'ACN 2020 vigente, i SAI partecipano al riassetto del sistema della domanda/offerta, promuovendo un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In questo contesto, supportano la Direzione di Distretto nella valutazione delle motivazioni di accessi impropri al Pronto Soccorso e nella partecipazione ad incontri con i servizi e tutti gli altri professionisti del territorio per garantire continuità della assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti.

Art. 12 - Percorsi e PDTA

1. L'evoluzione dei modelli assistenziali prevede la presa in carico da parte di team multiprofessionali, nelle malattie croniche ad alta prevalenza, ma anche nell'approccio diagnostico o nel follow up specialistico dei pazienti complessi come nel caso delle patologie oncologiche. L'ambito dell'AFT risulta essere un ambito privilegiato di audit e di integrazione professionale ed organizzativa della medicina convenzionata.



2. Per garantire la presa in carico è necessario:
 - a) a livello aziendale strutturare percorsi, PDTA, protocolli sia tra i MMG/PLS e i SAI che tra gli specialisti di diverse branche, indipendentemente dalla natura del rapporto di lavoro (dipendenti o convenzionati) o della sede di attività (ospedaliera o distrettuale), e garantire la comunicazione, attraverso il lavoro multiprofessionale e multidisciplinare, di tutte le componenti professionali. In questo contesto assumono un ruolo fondamentale i Referenti di Branca della Specialistica Ambulatoriale Interna, in primis in riferimento alle eventuali Branche specialistiche interamente garantite dai SAI e i Referenti di AFT e i medici con incarico di coordinamento funzionale e gestionale di aree specialistiche (art. 24, comma 8, lett. c);
 - b) una verifica dei criteri di appropriatezza della domanda condivisi e formalizzati a livello aziendale sulla base di specifici percorsi;
 - c) una organizzazione delle agende che preveda spazi per i primi accessi prioritizzati e per visite/prestazioni di controllo in percentuali da concordare e da garantire da parte dello stesso specialista con prescrizione diretta. Per i primi accessi, la definizione e l'applicazione dei RAO costituisce uno strumento di equità e di appropriatezza nell'accesso;
 - d) la condivisione, a livello di AFT, delle problematiche cliniche che necessitano di monitoraggio periodico e sulla tempistica dello stesso.
3. In questa visione il SAI è tenuto a:
 - a) partecipare attivamente, attraverso l'AFT, nel processo di gestione delle liste di attesa, superando una logica meramente prestazionale, attivando il sistema di presa in carico attraverso la prescrizione diretta delle visite di controllo e/o di altre prestazioni volte a rispondere al quesito diagnostico, anche attraverso la telemedicina;
 - b) partecipare al processo di auditing con tutti gli attori coinvolti, per il miglioramento dell'appropriatezza clinica/organizzativa;
 - c) rispettare indicazioni/raccomandazioni formalizzate a livello aziendale, anche attraverso gruppi di lavoro integrati.

Art. 13 – Governo delle liste di attesa e appropriatezza

1. Le esperienze rilevate nella quasi totalità delle Aziende Sanitarie hanno evidenziato come in caso di momentanea impossibilità di garantire il rispetto del tempo d'attesa massimo previsto per una determinata prestazione – classe di priorità - i Centri Unici di Prenotazioni (CUP) collochino temporaneamente la richiesta dell'utente in una "lista di attesa" o "lista di galleggio".

2. La "lista di attesa" o lista di galleggio:

- a) è una lista dove vengono fatte confluire le richieste di prenotazione che non trovano immediata collocazione entro le priorità indicate nelle prescrizioni secondo le disposizioni vigenti. All'atto della prenotazione, se non è possibile garantire la prestazione entro i limiti temporali definiti dalla priorità indicata nella prescrizione; la stessa dovrà essere presa in carico dal sistema aziendale in attesa di essere, non appena possibile e quanto prima, prenotata; ai fini del calcolo del tempo di attesa il sistema dovrà garantire la registrazione e la corretta rendicontazione nei flussi informativi della data di primo contatto da parte dell'utente al quale, all'atto della messa in lista d'attesa, dovrà essere rilasciata apposita attestazione;
- b) deve evidenziare, per ogni prestazione, suddivisa per branca specialistica, almeno: il codice CVP, la classe di priorità richiesta, il quesito diagnostico, il nominativo del medico prescrittore, il numero di giorni residui entro i quali andrà trovata una collocazione nel rispetto della prioritizzazione indicata;
- c) deve essere strutturata quale strumento dinamico con aggiornamento almeno giornaliero nella quale inserire le prenotazioni delle prestazioni e successivamente provvedere, con l'utilizzo di sedute aggiuntive e/o plus orario concordati, a garantire le prestazioni entro i termini previsti.



3. È evidente che, per poter gestire al meglio tale problematica, dovranno essere individuati i SAI che forniscano la disponibilità (anche mediante prolungamento orario, ex art. 29, comma 5 dell'ACN vigente) per l'erogazione delle prestazioni nel rispetto delle priorità con modalità da definirsi a livello di AAA. In questo processo andrà coinvolto anche il Referente di AFT, il Responsabile di branca e i medici con incarico di coordinamento funzionale e gestionale di aree specialistiche a supporto per il vaglio e la gestione dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.
4. Nel caso di persistente sofferenza, potrà essere valutata anche l'assegnazione di nuovi incarichi secondo le disposizioni regionali sul personale e ai sensi dell'art. 3, comma 7 dell'ACN vigente *“Le Aziende, nell'ambito dei propri poteri, per l'erogazione delle prestazioni specialistiche, si avvalgono degli Specialisti ambulatoriali, dei veterinari e dei professionisti di cui al presente Accordo, e utilizzano interamente le ore di attività formalmente deliberate in sede aziendale nonché le risorse rese disponibili garantendo, comunque, la partecipazione della componente specialistica ambulatoriale, della veterinaria e delle altre componenti professionali alla copertura delle espansioni di attività dell'area complessiva dell'assistenza specialistica, in relazione alle future esigenze, secondo regole e modalità della programmazione sanitaria regionale, con la partecipazione della rappresentanza aziendale degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e delle altre professionalità di cui al presente Accordo. In applicazione delle procedure di cui all'articolo 20, comma 1 e seguenti le ore disponibili per cessazione, revoca o decadenza dell'attività sono assegnate dall'Azienda nella stessa branca/area professionale, o in branca/area professionale diversa, anche per le finalità di cui all'art.4”*. Non è, pertanto, soggetta a regime autorizzatorio la conversione di branca/ore.
5. In applicazione a quanto disposto dall'art. 4 ACN vigente, i SAI e gli Psicologi:
 - a) richiedono visite/prestazioni di follow up nel rispetto delle indicazioni di appropriatezza previste dalla normativa vigente e delle disposizioni aziendali formalizzate in tema di rapporto prime visite-prime prestazioni/controlli;
 - b) supportano la Direzione Aziendale nel monitoraggio della appropriatezza prescrittiva sia in termini di appropriata tempestività (corretta classe U B D P), sia in termini di appropriatezza della richiesta (visita/prestazione necessaria o evitabile);
 - c) supportano la Direzione Aziendale nella partecipazione ad incontri con i servizi e i professionisti del territorio per garantire continuità della assistenza ed evitare, per quanto possibile, la prescrizione di esami evitabili o con errata classe di priorità.

Art. 14 – Telemedicina

1. Con la ripresa dell'attività ambulatoriale programmata, compatibilmente con l'andamento epidemiologico del COVID-19, erogata in presenza del paziente il SSN si è trovato ad affrontare non pochi importanti limiti organizzativo-strutturali come ad esempio le postazioni di pre-triage all'accesso delle strutture, i limiti logistici (spazi per l'attesa o per la visita) e la necessità di ridurre potenziali occasioni di contagio (incremento delle procedure di sanificazione degli ambienti ad ogni prestazione ed il mantenimento del *“distanziamento sociale”*).
2. Al fine di limitare il rischio di contagio, l'erogazione di servizi sanitari in Telemedicina rappresenta un approccio innovativo ed un'importante supporto ai servizi di assistenza primaria per monitoraggio, cura, riabilitazione e prevenzione secondaria nei confronti di persone fragili o affette da patologie croniche. Al fine di dare maggiore impulso, con DGR n. 568 del 6/05/2020 è stata riconosciuta l'importanza dell'ampliamento e dello sviluppo dell'uso della Telemedicina, intesa quale modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite tecnologie innovative, in particolare servizi di telemedicina specialistica. Inoltre, con il recente Accordo della Conferenza Stato-Regioni (Repertorio Atti n. 215/CSR del 17/12/2020) è stato approvato il documento dal titolo *“Indicazioni Nazionali per l'erogazione delle prestazioni in Telemedicina”*. Tale documento descrive la Telemedicina come *“un approccio innovativo alla pratica sanitaria, consentendo l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi*



digitali, internet, software e delle reti di comunicazione". Esso classifica, tra le altre, le prestazioni di telemedicina secondo vari criteri tra cui le condizioni per l'erogazione.

Il suddetto documento specifica che riguardo alla attività ambulatoriale le interazioni a distanza possono avvenire sotto forma di Televisita (tra medico e paziente); Teleconsulto (tra medico e medico); Teleconsulenza medico-sanitaria (tra professioni sanitarie non necessariamente mediche); Teleassistenza (da parte di professioni sanitarie quali infermiere, fisioterapista, logopedista etc); telerefertazione (refertazione medica, scritta e trasmessa per mezzo di sistemi digitali e di telecomunicazione).

Art. 15 – Televisita

1. Uno strumento finalizzato all'interazione a distanza dello specialista con il paziente è rappresentato dalla Televisita che può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure se garantisce tutti i requisiti della visita erogata in presenza e rappresenta pertanto prestazione specialistica ai sensi della normativa vigente.
2. L'attivazione del servizio di Televisita richiede l'adesione preventiva del paziente o del tutore, al fine di confermare tra l'altro la disponibilità di un contatto telematico per la interazione documentale/informativa con lo specialista ed accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le specifiche tecniche e le normative vigenti in materia di privacy e sicurezza.
3. Le Televisita può essere attivata dallo specialista, in sostituzione della visita già prevista (controllo o altro tipo di visita del PDTA), nella fase di recall dei pazienti prenotati sulle agende dedicate qualora reputati eleggibili. Il collegamento deve avvenire in tempo reale e consentire di vedere il paziente e interagire con esso, eventualmente, qualora necessario, anche avvalendosi del supporto del caregiver nella gestione della comunicazione.
4. Le modalità organizzative del presente articolo, che vedano un attivo coinvolgimento dei SAI, saranno stabilite a livello di AAA, avvalendosi anche dei servizi già avviati dalla Regione, nel rispetto delle normative vigenti.
5. Come previsto dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni (Repertorio Atti n. 215/CSR del 17/12/2020), *“la televisita deve essere sempre refertata”* e quando *“afferisce al setting della specialistica ambulatoriale deve essere rendicontata nel flusso ex art. 50, con relativo codice di visita di controllo, deve prevedere la prescrizione su ricettario SSN e compartecipazione della spesa se dovuta”*.

Art. 16 - Teleconsulto specialistico

1. Un ulteriore strumento finalizzato alla integrazione ed alla continuità dell'assistenza è rappresentato dal Teleconsulto specialistico (art. 8, comma 7, punto b del presente AIR) si esplica attraverso l'individuazione di fasce orarie per le richieste previamente programmate in cui i MMG/PLS e i SAI si rendono reciprocamente rintracciabili telefonicamente, in orario di servizio, costituendo spazi di consulenza/colloquio per la presentazione di casi o per conseguire accordi sul percorso di presa in carico (per gli specialisti le fasce orarie dovranno essere libere da prenotazioni). Si tratta di un'attività di consulenza a distanza fra medici che permette a un medico di chiedere il consiglio di uno o più colleghi, in ragione di specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni legate alla presa in carico del paziente.
2. Le finalità di tale servizio sono ascrivibili all'ottimizzazione della rintracciabilità dei MMG/PLS e dei SAI al fine di favorire il dialogo e la promozione della appropriatezza prescrittiva.
3. Il risultato di tale servizio dovrebbe essere un orientamento sempre più adeguato all'utenza in termini di percorso di presa in carico e di prioritarizzazione della domanda e dell'offerta e costituisce una ulteriore opportunità di consultazione reciproca fra Medici, dove l'iniziativa della comunicazione può partire



tanto dal Territorio, nelle e verso le sue diverse componenti, quanto dall'Ospedale. Pertanto, il teleconsulto va visto in una visione complessiva di sistema, coinvolgendo sia i SAI che gli Specialisti dipendenti.

4. È opportuno che tale servizio possa svilupparsi anche con modalità innovative “*multicanale*”, tenendo conto delle opportunità oggi offerte dalle moderne tecnologie. Pertanto, detto servizio, oltre essere gestito tramite Call Center, potrà svilupparsi anche attraverso l'utilizzo di strumenti telematici per l'invio di dati refertabili e/o analizzabili, sfruttando piattaforme esistenti e di larga diffusione o mediante App dedicate, le quali permettano di trasferire dati e immagini, se utili al fine del teleconsulto.
5. Tutte le attività dovranno avvenire nel rispetto della normativa sulla privacy, come previsto Accordo della Conferenza Stato-Regioni (Repertorio Atti n. 215/CSR del 17/12/2020 “*questa attività si considera come parte integrante dell'attività lavorativa dei medici specialisti e di altre professioni sanitarie e, come quella effettuata in presenza, non prevede compartecipazione alla spesa del cittadino e nemmeno una prescrizione SSN. Questa attività può essere registrata mediante applicativi aziendali in uso per tenere traccia di quanto erogato a un paziente e monitorare l'attività del personale coinvolto, ma non viene ad oggi rilevata nei flussi istituzionali*”.
6. Le modalità organizzative del presente articolo, che vedano un attivo coinvolgimento dei SAI, saranno stabilite a livello di AAA, avvalendosi anche dei servizi già avviati dalla Regione.

Art. 17 - Debito informativo

1. L'art. 11 dell'ACN vigente prevede espressamente che per l'espletamento dell'attività istituzionale i SAI, i Veterinari ed i Professionisti, nel rispetto della normativa sulla privacy, si avvalgano degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Azienda Sanitaria per assolvere al debito informativo di competenza, ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:
 - a) flusso informativo definito dalla Regione;
 - b) sistema informativo nazionale (NSIS);
 - c) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
 - d) fascicolo sanitario elettronico (FSE);
 - e) certificazione telematica della malattia.
2. I SAI, i Veterinari ed i Professionisti assolvono agli obblighi informativi derivanti da provvedimenti comunitari, nazionali, regionali e aziendali.
3. Pertanto, a livello aziendale, dovrà essere sviluppato il Sistema informativo che preveda:
 - a) l'uso di cartella ambulatoriale informatizzata;
 - b) il referto informatizzato, al fine della costruzione del FSE;
 - c) la prescrizione con ricetta dematerializzata o elettronica, garantendo l'appropriatezza prescrittiva sulla scorta di percorsi aziendali;
4. Dovranno essere sviluppati i gestionali in modo da garantire la gestione della cartella ambulatoriale ed il referto informatizzato e l'Azienda Sanitaria dovrà dotare il SAI di firma elettronica, garantendone la necessaria formazione.

CAPO III – Aggregazioni Funzionali Territoriali

L'Accordo Integrativo Regionale, recepito con DGR n. 1831 del 14/11/2017, ha disposto alla Norma Finale n. 2 che entro sessanta giorni del provvedimento di recepimento dell'AIR, le Aziende Sanitarie devono avviare le procedure di definizione delle AFT e la definizione di obiettivi conformi a quanto stabilito negli articoli 4-7, provvedendo ad adeguare il trattamento economico a tutti i SAI, i Veterinari e i Professionisti, ovunque operanti, come previsto dall'art. 8, comma 2 dell'ACN 8/04/2010, rep. atto n. 80/CSR (risorse



regionali) ed alla liquidazione dell'arretrato spettante a far data dal 1° gennaio 2010. In attuazione di ciò, le Aziende Sanitarie hanno proceduto alla stesura del Regolamento delle AFT dei SAI, dei Veterinari e dei Professionisti e all'adeguamento del trattamento economico e alla liquidazione degli arretrati spettanti dall'1/01/2010.

Uno degli obiettivi strategici del SSR è rappresentato dall'attivazione delle AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna convenzionata.

Di seguito le disposizioni già AIR 2017 (DGR n. 1831/2017), aggiornate tenendo conto delle disposizioni dell'ACN vigente.

Art. 18 - Le AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna

1. Per garantire la gestione integrata e la continuità dell'assistenza è necessario dare attuazione ad un modello organizzativo fondato sul concetto di filiera assistenziale, in cui l'offerta sia rimodulata secondo obiettivi di salute per il singolo e per la comunità. Ciascun professionista del sistema vede, pertanto, rafforzato il proprio ruolo attraverso la realizzazione delle forme aggregate dell'assistenza primaria operanti secondo i criteri di equità, economicità, appropriatezza clinica e organizzativa.
2. Le AFT e le integrazioni multiprofessionali facilitano la continuità dell'assistenza tra i diversi livelli assistenziali, migliorano la comunicazione tra le diverse strutture aziendali (Distretti, Dipartimento Prevenzione, Ospedali, ecc.), tra i diversi professionisti convenzionati e dipendenti in relazione alla gestione dei percorsi di cura dei pazienti, al fine di garantire la migliore presa in carico dell'assistito, perseguendo obiettivi di appropriatezza nell'uso delle risorse e la gestione delle liste d'attesa.
3. L'integrazione tra diversi interventi finalizzati alla cura del paziente costituisce l'obiettivo di qualità da raggiungere con le reti assistenziali delle AFT, nelle quali la AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna è una importante componente. I SAI e le altre professionalità sanitarie ambulatoriali hanno il compito, nell'assistenza primaria, di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda e/o tenda ad evitare la degenza ospedaliera, in una logica di interconnessione con tutte le altre strutture aziendali. In particolare il SAI dovrebbe costituire un punto di riferimento specialistico per gli assistiti e per l'assistenza primaria.
4. In questo contesto di riorganizzazione complessiva del SSSR si inserisce l'attivazione delle AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna (art. 6, comma 2 dell'ACN vigente).
5. Pertanto, le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo di sviluppare strategie comuni per garantire e migliorare l'erogazione dei LEA in ambito territoriale, consolidando l'attività delle AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna e monitorandone il raggiungimento degli obiettivi.

Art. 19 - Il modello organizzativo dell'AFT

1. Nell'AFT operano obbligatoriamente i SAI, i Veterinari e i Professionisti (art.6, comma 1 dell'ACN vigente), garantendo la funzionalità nella realizzazione della presa in carico integrata e, quindi, collaborando con tutti i nodi della filiera assistenziale territoriale.
2. Considerata la diversa presenza e distribuzione dei SAI nelle varie Aziende Sanitarie della Regione Veneto, il ruolo ricoperto dal SAI all'interno dell'organizzazione aziendale, il livello di partecipazione/coinvolgimento nella AFT potrà essere differente in relazione ai livelli della rete assistenziale, ai diversi bisogni rilevati, al differente grado di coinvolgimento nella gestione dei PDTA.
3. Indicativamente la dimensione del bacino delle AFT specialistiche varia da un minimo di 30.000 abitanti ad un massimo di 100.000 abitanti, limiti che possono essere derogati in relazione alle funzioni attribuite



alle specifiche AFT e al mix di branche presenti, e, comunque, rapportate alla dimensione complessiva del distretto di riferimento.

4. Le AFT sono costituite, quindi, tenendo conto dei seguenti parametri:
 - a) distribuzione della popolazione;
 - b) numero di poliambulatori specialistici;
 - c) distribuzione ed organizzazione delle MGI o altre forme aggregative della medicina generale;
 - d) presenza di strutture residenziali e di strutture di ricovero intermedie;
 - e) numero totale di SAI, di branche specialistiche e di ore settimanali;
 - f) dimensione del bacino delle AFT della medicina generale;
 - g) dimensione del Distretto.
5. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da apposito Regolamento definito attraverso un tavolo tecnico paritetico aziendale i cui componenti di parte medica sono individuati dalle OO.SS. Sono fatti salvi i regolamenti già approvati.

Art. 20 - Compiti specifici dell'AFT

1. Le AFT sono funzionali alla realizzazione della presa in carico integrata e, quindi, gli obiettivi ad esse affidate devono essere coerenti con gli obiettivi del Distretto e dell'Azienda Sanitaria nel suo insieme.
2. I compiti essenziali dell'AFT di cui all'art. 7, comma 4 dell'ACN vigente, sono:
 - a) assicurare sul territorio di propria competenza l'erogazione a tutti i cittadini dei LEA;
 - b) partecipare alla realizzazione nel territorio della continuità dell'assistenza, ivi compresi i percorsi assistenziali, i percorsi integrati ospedale-territorio e le dimissioni protette, per garantire una effettiva presa in carico della persona;
 - c) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione;
 - d) promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei LEA;
 - e) contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della *evidence based medicine*, nell'ottica più ampia della *clinical governance*;
 - f) garantire l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di *peer review*;
 - g) partecipare alla promozione di modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, educazione terapeutica ed alimentare (anche in ambito scolastico), diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al migliore uso possibile delle risorse quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia;
 - h) contribuire con attività di supporto psicologico sia per i pazienti che per il personale (es. sportello di ascolto/assistenza psicologica) anche attraverso le possibilità offerte dalla telemedicina.
3. I SAI afferenti all'AFT possono operare:
 - a) presso i poliambulatori specialistici distrettuali e gli ospedali;
 - b) presso i consultori familiari e le altre sedi distrettuali;
 - c) presso e per le sedi delle MGI o anche di altre forme aggregative (es. medicine di gruppo);
 - d) presso e per le strutture di ricovero intermedie e le strutture residenziali;
 - e) nelle attività di formazione-informazione presso le scuole ed altre strutture pubbliche;
 - f) presso i dipartimenti di prevenzione.
4. In conformità alle esigenze effettive, e nel rispetto della programmazione regionale, sarà verificata la possibilità di rideterminare il monte ore aziendale per l'assegnazione di nuovi incarichi SAI da dedicare ad attività specifiche finalizzate a bacini di popolazione delle MGI o dei nuovi Team come previsti dal PSSR 2019-2023 (Legge Regionale 2/12/2018, n. 48) o in relazione ai bisogni assistenziali, all'erogazione di prestazioni specialistiche di cui all'art. 3, comma 7 dell'ACN vigente, nonché al



recupero delle liste d'attesa a seguito del periodo emergenziale secondo le disposizioni di cui all'art. 29 del D.L. n. 104/2020.

5. Nella loro attività i SAI afferenti alle AFT sono tenuti a:
- utilizzare la rete informatica aziendale per il collegamento con i CUP e la trasmissione di dati a fini epidemiologici e prescrittivi;
 - utilizzare le cartelle informatiche – informative messe a disposizione dalle Aziende Sanitarie;
 - utilizzare i sistemi di connessione telematica tra i poliambulatori specialistici, le AFT dei MMG e dei PLS e le altre strutture aziendali;
 - partecipare alle attività in telemedicina attivate dall'Azienda Sanitaria, in base alla DGR n. 568 del 5/05/2020 e del recente Accordo approvato dalla Conferenza Stato- Regioni, rep. Atti n. 215/CSR del 17/12/2020 sul documento recante *"Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina"*.

Art. 21 - Attività delle AFT

- Costituiscono attività dell'AFT quelle con necessità di integrazione tra branche diverse, e in particolare:
 - la presa in carico integrata della persona, al fine di garantire la continuità dell'assistenza tra branche diverse, facilitare i percorsi assistenziali dell'utente e ridurre le *"fughe"*;
 - l'esecuzione di visite specialistiche periodiche pianificate (es. medicina d'iniziativa, controlli per patologia, screening e prevenzione, ecc.);
 - la consulenza ai MMG anche nelle sedi delle MGI o di altre forme aggregative per la realizzazione di diagnosi precoci, la prevenzione di eventi acuti ed interventi tardivi anche attraverso progetti di riorganizzazione per la gestione dei codici bianchi;
 - la consulenza presso strutture di ricovero intermedie, strutture residenziali, e strutture per pazienti disabili, psichiatrici e non autosufficienti, e presso gli ospedali di rete ove non presente la branca specialistica;
 - l'attuazione di PDTA aziendali per patologia - pianificati dal Responsabile di branca specialistica con il coinvolgimento di tutti i SAI di riferimento per le branche interessate;
 - lo sviluppo di ambulatori multi branca per specifiche patologie;
 - la messa a disposizione di fasce orarie dedicate alla consulenza telefonica/telematica;
 - l'attivazione di ambulatori dedicati alla consulenza pediatrica (SAI d'organo);
 - la partecipazione a programmi di aggiornamento multidisciplinari e multiprofessionali, audit, percorsi di risk management;
 - la partecipazione all'individuazione degli indicatori aziendali finalizzati alla valutazione dell'attività della AFT;
 - contribuire a uniformare in ciascuna Azienda Sanitaria, per quanto possibile, i processi organizzativi che sottendono ai medesimi percorsi clinico-assistenziali nei diversi ambulatori della Azienda Sanitaria/diverse AFT.
- Posto che il comma 6 dell'art. 7 dell'ACN vigente prevede che le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto, che tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari di cui all'art. 6, comma 3 e dei professionisti delle AFT con il personale operante nelle MGI e nelle forme aggregative dell'assistenza primaria e che la valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti in sede aziendale, costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei componenti della stessa AFT, si individua come indicatore principale di integrazione il numero di audit atti ad affrontare aspetti organizzativi e/o clinici che coinvolgono più branche (es. PDTA melanoma con presa in carico del paziente a partire dal sospetto diagnostico alla tempestiva asportazione, stadiazione, follow-up) realizzati nel corso dell'anno e che hanno visto la partecipazione degli specialisti delle diverse branche e del personale delle MGI e di altre forme associative della medicina generale, nonché specialisti dipendenti ospedalieri e territoriali.



3. Posto che il comma 7 dell'art. 7 dell'ACN vigente prevede che le Regioni possono integrare compiti, funzioni ed obiettivi delle AFT, in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico, gli obiettivi assegnati alle AFT dovranno essere correlati agli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale alle Direzioni Generali, con particolare riferimento all'area della gestione delle liste d'attesa e dei PDTA che coinvolgono più specialità con l'obiettivo di assicurare un efficiente e coordinato processo di "presa in carico" tra professionisti medici afferenti a specialità diverse.
4. Il processo di valutazione congiunta dei risultati ottenuti e la socializzazione dei medesimi anche attraverso audit clinici ed organizzativi, deve vedere coinvolte attivamente le Direzioni Distrettuali, la U.O. di Cure primarie, la U.O. Specialistica, i Referenti di AFT, i Responsabili di branca e i medici con incarico di coordinamento funzionale e gestionale di aree specialistiche. Si sottolinea, peraltro, che la U.O. Specialistica ha il compito di garantire le prestazioni specialistiche presso le sedi distrettuali, a domicilio, presso le strutture di ricovero intermedie, presso le strutture residenziali attraverso il coordinamento degli specialisti sia convenzionati che dipendenti. Pertanto, gli audit atti ad affrontare aspetti organizzativi multibranca dovranno essere condotti periodicamente anche con le Direzioni Distrettuali e con le summenzionate Unità Organizzative coinvolgendo nell'organizzazione i Referenti di AFT, i Responsabili di branca e i medici con incarico di coordinamento funzionale e gestionale di aree specialistiche.
5. Il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e del governo delle liste d'attesa dovrà essere garantito attraverso il pieno coinvolgimento dei SAI, degli specialisti ospedalieri, dei MMG e dei PLS, implementando un monitoraggio sistematico dell'aderenza dei profili prescrittivi ai criteri concordati, facendo riferimento, in particolare, agli indicatori di appropriatezza individuati a livello regionale (es. numero RMN/1000 ab.; distribuzione % U B D P) e agli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione alle Aziende Sanitarie.

Art. 22 - Il Referente di AFT

1. L'AFT è coordinata da un Referente, individuato con le modalità di cui all'art. 8 dell'ACN vigente e, in caso di assenza, dal sostituto.
2. Il Referente di AFT esercita anche una funzione di supporto organizzativo all'attività distrettuale, pertanto, dovrà essere mantenuta una relazione continuativa con il Direttore di Distretto, il Responsabile della UO Cure Primarie e della UO Specialistica e la possibilità di interfacciarsi sia con gli specialisti convenzionati e dipendenti, sia con i MMG/PLS.
3. Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria individua tra i SAI, i Veterinari e i Professionisti componenti la AFT un Referente ed il suo sostituto, scelti all'interno di una rosa di nomi, composta da almeno 3 candidati, proposta dagli stessi componenti la AFT. I nominativi proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per una durata non inferiore a tre anni e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere; devono, inoltre, poter documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di governo clinico e di integrazione professionale, inclusi corsi di alta formazione universitaria o precedenti attività di responsabilità aziendale, compresa la Responsabilità di branca, ed aver acquisito su tali temi almeno 1/3 dei crediti ECM previsti dalla normativa vigente per il triennio precedente (art. 8, comma 2, ACN vigente).
4. Dalla istituzione della AFT il Coordinatore distrettuale di cui all'art. 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e smi è sostituito dal Referente della AFT, senza nuovi ed ulteriori oneri a carico dell'Azienda Sanitaria. Con la medesima decorrenza il Coordinatore aziendale, qualora previsto da norme regionali, è sostituito dal Referente di AFT, senza nuovi ed ulteriori oneri a carico dell'Azienda Sanitaria. Tali sostituzioni vengono effettuate secondo modalità definite a livello regionale (art. 8, comma 1, ACN vigente).



5. Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria individua tra i Referenti di AFT il componente che partecipa all'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) e l'eventuale componente del Collegio di Direzione.
6. Al Referente della AFT, i cui compiti sono stabiliti dai commi 3-4-5 dell'art. 8 dell'ACN vigente e integrati con le ulteriori attività introdotte dal presente AIR, viene riconosciuto un compenso pari all'incremento del 10% dei seguenti compensi:
 - I. se Specialista ambulatoriale interno o veterinario, il compenso di cui all'art. 43, A- Quota oraria, commi 1-2-3-4, B-Quota variabile, comma 1, lettere a)-b)-c)-d)-e)-g);
 - II. se Professionista, il compenso di cui all'art. 44, A-Quota oraria, commi 1-2-3-4, B-Quota variabile, comma 1, lettere d)-e)-f).
7. L'onere delle risorse di cui al comma precedente è finanziato con risorse attinte preventivamente, per ciascun anno, dall'intero fondo di cui all'art. 43, lettera B, comma 7 e all'art. 44, lettera B, comma 6. Pertanto il fondo, a livello aziendale, dovrà essere annualmente decurtato dei compensi di cui al comma precedente.
8. A livello aziendale andranno definite le modalità e le ore da dedicarsi alla suddetta attività da svolgersi anche fuori dall'orario di servizio come prolungamento orario (art. 29 commi 6-7 dell'ACN vigente).

Art. 23 - Coordinatore di UCCP/MGI

1. Ai sensi dell'art. 10, comma 1 dell'ACN vigente, qualora l'Azienda Sanitaria decida di individuare il Coordinatore dell'UCCP/MGI tra i SAI, i Veterinari (di cui all'art. 6, comma 3 dell'ACN vigente) 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.
2. Qualora il Referente della MGI non sia un MAP, ma sia un SAI, allo stesso verrà riconosciuto il medesimo compenso previsto dalla DGR n. 751/2015.
3. A livello aziendale andranno definite le modalità e le ore da dedicarsi alla suddetta attività.

CAPO IV – CONTRATTAZIONE DECENTRATA

Art. 24 - Rappresentatività sindacale ai fini della contrattazione decentrata di secondo livello

1. La contrattazione decentrata non viene svolta in ambito di Comitato Regionale, ma costituisce attività negoziale le cui intese vengono definite, ai sensi dell'art. 3, comma 4, dell'art. 5, commi 2-3 e dell'art. 6, comma 2, tra la Regione e le OO.SS. individuate dalle disposizioni dell'art. 14 dell'ACN vigente.
2. Gli AIR sono resi esecutivi con apposito provvedimento.
3. Ogni Organizzazione Sindacale deve essere effettiva, unica e diretta titolare delle deleghe nonché unica e diretta destinataria delle relative quote associative. Non sono riconosciute valide per l'accertamento della rappresentatività le OO.SS. derivanti da fusione, affiliazione, o in altra forma, che non risultino effettive, titolari di deleghe.
4. Ai fini della contrattazione decentrata di secondo livello (AIR), il terminale associativo, definito dalla Dichiarazione a verbale n.2 dell'ACN vigente, domiciliato presso la Regione, è composto da SAI, Veterinari oppure Professionisti iscritti all'Organizzazione Sindacale rappresentativa a livello regionale e in servizio presso la Regione.



5. Pertanto, il terminale associativo deve rispondere a precise logiche di democraticità presenti nello statuto della singola Organizzazione Sindacale. Fermo quanto disciplinato dall'art. 14 commi 3 e 4 (3. *Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Regione di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.* 4. *Le organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Azienda di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Attuativi Aziendali.*) il rappresentante dev'essere il frutto di una "designazione" rispondente a precise regole di democraticità crystallizzate nello Statuto dell'O.S. e indicate all'atto della comunicazione dei nominativi.

Art. 25 - Rappresentatività sindacale ai fini della contrattazione decentrata di terzo livello

1. La contrattazione decentrata non viene svolta in ambito di Comita o Zonale, ma costituisce attività negoziale le cui intese vengono definite, ai sensi dell'art. 3, comma 5, tra l'Azienda Sanitaria e le Organizzazioni Sindacali individuate dalle disposizioni dell'art. 14 dell'ACN vigente.
2. Gli AAA sono resi esecutivi con apposito provvedimento e vanno comunicati alla Regione nonché alla SISAC ai sensi dell'art. 12 dell'ACN.
3. Ogni Organizzazione Sindacale deve essere effettiva, unica e diretta titolare delle deleghe nonché unica e diretta destinataria delle relative quote associative. Non sono riconosciute valide per l'accertamento della rappresentatività le OO.SS. derivanti da fusione, affiliazione, o in altra forma, che non risultino effettive titolari di deleghe.
4. Ai fini della contrattazione decentrata di terzo livello (AAA), il terminale associativo, definito dalla Dichiarazione a verbale n.2 dell'ACN vigente, domiciliato presso l'Azienda Sanitaria, è composto da SAI, Veterinari oppure Professionisti iscritti all'Organizzazione sindacale rappresentativa a livello aziendale e in servizio presso la Azienda.
5. Si richiama quanto precisato al comma 5 dell'art. 24 del presente AIR.

CAPO V - COMITATI PARITETICI

Art. 26 - Comitato Regionale

1. In aggiunta ai compiti già previsti dall'art. 17 dell'ACN vigente, il Comitato Regionale formula pareri e proposte sulla programmazione sanitaria e può, altresì, fornire consulenza sulla riorganizzazione e la copertura delle espansioni di attività dell'Area complessiva dell'assistenza specialistica, in relazione alle future esigenze e all'attivazione di nuovi turni nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti (art. 3, comma 7 dell'ACN vigente).
2. Per il calcolo della rappresentatività delle Organizzazioni Sindacali ai fini della composizione del Comitato Regionale si fa riferimento alla consistenza associativa rilevata da SISAC ai sensi dell'art. 13 dell'ACN vigente e da essa certificata.
3. Ad ogni Organizzazione Sindacale spetta un numero di componenti direttamente proporzionale alle deleghe per la ritenuta sindacale rilasciate in favore di ciascuna Organizzazione (la percentuale è calcolata solo sugli iscritti) a condizione che abbia un terminale associativo in Regione. L'arrotondamento dei quozienti frazionari all'unità più vicina permette l'assegnazione completa dei posti. Esperite le procedure sopra indicate, l'eventuale componente ancora da assegnare è attribuito alla Organizzazione Sindacale con il maggior numero di deleghe.



Art. 27 - Comitati Zonali

1. In aggiunta ai compiti già previsti dall'art. 18 dell'ACN vigente, il Comitato Zonale, nell'ambito delle proprie funzioni consultive, può, altresì:
 - a) svolgere attività di promozione per lo sviluppo dell'Area della Specialistica Ambulatoriale Interna e di consulenza per la nuova organizzazione sul Territorio dell'assistenza specialistica, nel rispetto delle esigenze aziendali;
 - b) esprimere pareri preventivi e non vincolanti all'Azienda Sanitaria nel caso in cui ritenga necessario sollevare dei rilievi tecnici-professionali sulle particolari capacità richieste ai candidati in sede di pubblicazione degli incarichi disponibili;
 - c) supportare l'Azienda Sanitaria, se richiesto, per la soluzione di eventuali problematiche concernenti le graduatorie provvisorie annuali, della cui redazione se ne dà comunicazione e nel caso di istanza di riesame della posizione in graduatoria;
 - d) valutare i corsi di aggiornamento e i convegni ai sensi della normativa regionale vigente;
 - e) supportare l'Azienda Sanitaria per quanto riguarda le procedure dell'art. 29 - Regolamentazione della gestione di proposte di aumento orario del presente AIR.
2. A garanzia della continuità e della conservazione delle informazioni e dei dati, gli atti e tutta la documentazione già depositati presso i Comitati Zonali sono in carico all'Azienda Sanitaria di riferimento territoriale (comma 8 dell'art. 18 dell'ACN vigente).
3. Per il calcolo della rappresentatività delle OO.SS. ai fini della composizione del Comitato Zonale si fa riferimento alla consistenza associativa rilevata da SISAC ai sensi dell'art. 13 dell'ACN vigente e da essa certificata, con riguardo alle deleghe rilevate al 1° gennaio dell'anno precedente.

Art. 28 - Istituzione, durata in carica e funzionamento dei Comitati Regionale e Zonali

1. Ai Comitati Regionale e Zonali si applicano le seguenti disposizioni:
 - a) il Comitato Regionale e i Comitati Zonali vanno costituiti entro novanta giorni dall'adozione del provvedimento che recepisce il presente accordo;
 - b) i pareri emessi dal Comitato devono essere tenuti a disposizione di tutti gli interessati;
 - c) l'Organizzazione Sindacale che ha designato i propri rappresentanti nel Comitato Regionale/Zonale, ai fini della revoca dei componenti precedentemente indicati, comunica alla Regione/Azienda Sanitaria sede del Comitato zonale la loro sostituzione;
 - d) i Comitati durano in carica fino alla nomina dei nuovi a seguito del rinnovo dell'ACN/AIR;
 - e) i Comitati Zonali sono validamente riuniti se presenti la metà più uno dei componenti e deliberano a maggioranza;
 - f) il membro titolare impossibilitato a presenziare ad una riunione del Comitato è tenuto ad avvisare uno dei membri supplenti e a comunicare tempestivamente il nominativo del sostituto alla Regione/al segretario del Comitato Zonale;
 - g) i supplenti, che sostituiscono i titolari, sono legittimati a partecipare alle riunioni dei Comitati con diritto di parola e di voto nonché godono di relativa retribuzione e copertura assicurativa;
 - h) il Presidente, o suo delegato, provvede alla convocazione del Comitato Regionale ordinariamente almeno tre volte l'anno e ogni qualvolta le parti ne ravvisino la necessità. I Comitati Zonali si riuniscono periodicamente una volta al mese e in tutti i casi di richiesta di una delle parti (art. 18, comma 11, ACN vigente). Durante il periodo emergenziale le riunioni del Comitato Zonale possono svolgersi in videoconferenza;
 - i) i Comitati vanno convocati con un preavviso di almeno 15 giorni, salvo situazioni d'urgenza. Al riguardo, le Aziende Sanitarie predispongono un calendario delle sedute del Comitato Zonale in modo da agevolare la programmazione della partecipazione dello specialista salvaguardando l'attività da espletare;
 - j) la Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato Regionale. Le funzioni di segretario verbalizzante sono svolte da un



funzionario regionale. Per i Comitati Zonali si richiama espressamente quanto previsto dall'art. 18, comma 7 dell'ACN vigente. Le funzioni di segretario verbalizzante sono svolte da un funzionario aziendale;

- k) il verbale, approvato nella seduta successiva, ha funzione di resoconto degli argomenti trattati in ciascun incontro e delle posizioni assunte dai membri delle parti pubblica e sindacale;
- l) i pareri espressi ed approvati nel corso della seduta vanno comunicati alla struttura/soggetto richiedente anche prima dell'approvazione del verbale;
- m) la richiesta dei membri di parte sindacale di inserire ulteriori punti all'ordine del giorno va comunicata alla Regione/al segretario del Comitato Zonale con congruo preavviso rispetto alla data della riunione. Tali punti saranno aggiunti prima della voce "*Varie ed eventuali*";
- n) la documentazione relativa all'ordine del giorno è depositata agli atti presso la struttura regionale competente/presso l'Ufficio individuato dal Comitato Zonale per presa visione, e, ove possibile, trasmessa via mail, in tempo utile prima di ciascuna seduta.

Art. 29 - Partecipazione a Comitati e Commissioni

1. Giusto quanto previsto dall'art. 16, comma 1 dell'ACN vigente, per la partecipazione alle riunioni previste dal presente accordo, in orario o fuori orario di servizio, in località diversa da quella di residenza/servizio, le Aziende Sanitarie devono assicurare i rappresentanti dei SAI, dei Veterinari e dei Professionisti contro gli infortuni subiti 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 dell'ACN vigente.
2. Ai Comitati e alle Commissioni possono essere invitati su specifici argomenti componenti tecnici dell'Azienda Sanitaria e/o delle OO.SS. ivi rappresentate, tuttavia, detta partecipazione non è remunerata né dà diritto di voto.

CAPO VI - RAPPORTO CONVENZIONALE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

Art. 30 - Requisiti, domande, graduatorie e compiti dell'Azienda Sanitaria sede del Comitato Zonale

1. In attuazione dell'art. 19, comma 1 dell'ACN vigente, la domanda di inserimento nelle graduatorie provinciali deve essere inviata a mezzo di procedura telematica al competente ufficio dell'Azienda Sanitaria sede del Comitato Zonale di riferimento.

Art. 31 - Regolamentazione della gestione di proposte di aumento orario

1. La proposta di aumento orario ha l'obiettivo di permettere allo specialista ambulatoriale interno, al veterinario e al professionista già titolari a tempo indeterminato, anche durante il periodo di prova, il raggiungimento del tempo pieno (38 ore settimanali) negli incarichi presso le Aziende Sanitarie.
2. Per applicare la normativa in maniera appropriata, senza creare disagi per l'Azienda Sanitaria e per i predetti sanitari, soprattutto nei casi in cui ci siano delle rinunce motivate, la procedura prevista dall'art. 20, commi 1 e 2 dell'ACN vigente seguirà le seguenti condizioni:
 - a) l'aumento orario va inteso come incremento delle ore di incarico già assegnate, fermo restando l'impegno orario e le sedi di servizio in atto presso l'Azienda Sanitaria proponente;
 - b) le ore proposte in aumento devono essere divisibili per permettere il raggiungimento del massimale orario;



- c) l'aumento orario accettato dal sanitario non può essere tale da determinare un residuo orario da pubblicare inferiore a 4 ore, salvo il caso in cui il sanitario raggiunga il massimale orario presso le Aziende Sanitarie (se l'aumento non può essere conferito il sanitario non soggiacerà alla preclusione a partecipare all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda Sanitaria per due turni di pubblicazione e a percepire l'indennità di disponibilità - art. 45 ACN vigente - fino all'accettazione di ampliamento orario ai sensi degli articoli 20 e 21 dell'ACN vigente);
- d) l'Azienda Sanitaria può dichiarare le ore indivisibili, per l'esiguo numero delle stesse o per comprovate ragioni organizzative, in sede di Comitato Zonale; in tal caso il sanitario rinunciario all'aumento orario non soggiacerà alla preclusione a partecipare all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda Sanitaria per due turni di pubblicazione e a percepire l'indennità di disponibilità (art. 45 ACN vigente) fino all'accettazione di ampliamento orario ai sensi degli articoli 20 e 21 dell'ACN vigente;
- e) se l'Azienda Sanitaria, per ragioni organizzative o per la disponibilità limitata degli ambulatori, propone l'aumento orario vincolandolo a determinate giornate o fasce orarie, il sanitario rinunciario all'aumento orario non soggiacerà alla preclusione a partecipare all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda Sanitaria per due turni di pubblicazione e a percepire l'indennità di disponibilità (art. 45 ACN vigente) fino all'accettazione di ampliamento orario ai sensi degli articoli 20 e 21 dell'ACN vigente;
- f) se all'accettazione dell'aumento orario, segue l'impossibilità dell'Azienda Sanitaria e del sanitario di addivenire ad un accordo sulle giornate e sulle fasce orarie di servizio, il sanitario, successivamente, rinunciario, non soggiacerà alla preclusione a partecipare all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda Sanitaria per due turni di pubblicazione e a percepire l'indennità di disponibilità (art. 45 ACN vigente) fino all'accettazione di ampliamento orario ai sensi degli articoli 20 e 21 dell'ACN vigente;
- g) nel caso di condizioni permanenti e documentate di impedimento alla autonomia per raggiungere le sedi previste, il sanitario rinunciario all'aumento orario non soggiacerà alla preclusione a partecipare all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda Sanitaria per due turni di pubblicazione e a percepire l'indennità di disponibilità (art. 45 ACN vigente) fino all'accettazione di ampliamento orario ai sensi degli articoli 20 e 21 dell'ACN vigente;
- h) in tutti gli altri casi, al sanitario che rinuncia all'aumento orario, previsto dall'art. 20, comma 1 dell'ACN vigente, rimane preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa Azienda Sanitaria per due turni di pubblicazione e a percepire l'indennità di disponibilità (art. 45 ACN vigente) fino all'accettazione di ampliamento orario ai sensi degli articoli 20 e 21 dell'ACN vigente;
- i) la rinuncia all'aumento orario va intesa come rinuncia espressa o tacita per mancata risposta alla proposta inviata dall'Azienda Sanitaria alla mail aziendale dello specialista entro 8 giorni dalla data di invio della mail, fatti salvi giustificati motivi e quanto specificato nel presente articolo.

Art. 32 - Commissione Tecnica aziendale

1. Ai sensi dell'art. 20, comma 5 dell'ACN vigente, il Comitato Zonale designa, con la disponibilità degli interessati, i componenti della Commissione, composta da tre specialisti, veterinari o professionisti della medesima branca/area professionale, tra i quali individua il Presidente e ne dà comunicazione all'Azienda Sanitaria che ha chiesto la pubblicazione dell'incarico o alle istituzioni di cui alla Dichiarazione a verbale n. 1 dell'ACN vigente che provvederanno alla loro nomina e a quella di un segretario verbalizzante. Nei casi in cui gli specialisti, designati dal Comitato Zonale, non siano in grado di partecipare alla Commissione entro un congruo periodo di tempo (30 giorni dalla richiesta aziendale), l'Azienda Sanitaria può provvedere direttamente alla sostituzione degli stessi con altri specialisti della medesima branca/specialità tra i SAI e, nel caso di indisponibilità, tra i dipendenti.
2. L'Azienda Sanitaria sede del Comitato trasmette la documentazione pervenuta al segretario della Commissione.
3. La Commissione tecnica aziendale:



- a) valuta la documentazione prodotta dai candidati con dichiarazione resa ai sensi degli articoli 46-47 del DPR n. 445/2000 e smi;
 - b) dichiara l'idoneità o meno dei candidati, sulla base unicamente di titoli accademici e, inoltre, di titoli professionali conseguiti presso Aziende ULSS, Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, IRCSS pubblici e IZS, senza redigere alcuna graduatoria.
4. L'esito sarà comunicato al Comitato Zonale e inviato all'Azienda Sanitaria sede del Comitato che stilerà la graduatoria seguendo l'ordine di priorità previsto dall'art. 21 o dall'art. 22 dell'ACN vigente e la invierà all'Azienda Sanitaria (o alle istituzioni di cui alla Dichiarazione a verbale n. 1 dell'ACN vigente) richiedente la pubblicazione del turno disponibile, che conferirà l'incarico all'avente diritto previo controllo sulla veridicità delle predette dichiarazioni e sul possesso degli altri requisiti previsti dall'ACN vigente.
 5. Quanto sopra si riferisce all'assegnazione di ore relesi disponibili per cessazione di incarico non caratterizzato dalla valutazione di particolari capacità professionali che l'Azienda Sanitaria decide di assegnare per la prima volta con richiesta di possesso di specifici requisiti. Tale facoltà, sempre riconosciuta all'Azienda Sanitaria, esclude il ricorso alla procedura finalizzata al completamento orario, *“rendendosi indispensabile la pubblicazione degli incarichi e la successiva nomina della Commissione tecnica aziendale di valutazione disposta ai sensi del comma 5”*. Ciò in quanto va precluso qualsiasi rischio di discrezionalità, derivante dalla facoltà esercitata dall'Azienda Sanitaria, nella procedura di assegnazione degli incarichi (Nota SISAC prot. n. 643/2016).
 6. In caso di ore relesi disponibili per cessazione, o decadenza, dello specialista già incaricato a tempo indeterminato dall'Azienda Sanitaria in esito alla procedura di assegnazione con valutazione di particolari capacità professionali (ex art. 20, comma 5 dell'ACN vigente), ovvero di nuove ore di attività specialistica che richiedano la stessa capacità professionale, l'Azienda Sanitaria verifica la possibilità di completamento orario da parte di coloro che si trovano in tale specifica condizione in quanto già idonei nella selezione per l'accertamento del possesso di particolari capacità professionali o perché esercitano gli stessi compiti e funzioni, pur in assenza di pregressa valutazione specifica (Nota SISAC prot. n. 858/2020).

Art. 33 - Compiti e funzioni dello Specialista Ambulatoriale Interno

1. Ad integrazione dei compiti come individuati dall'art. 24 dell'ACN vigente, lo specialista ambulatoriale concorre al raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati dalla Regione, partecipa ad uffici, organi collegiali ed altri organismi previsti da disposizioni di legge e/o dall'atto aziendale (comma 6 del citato articolo). Il Coordinatore aziendale, individuato dal Direttore Generale tra i Referenti di AFT, partecipa di diritto al Collegio di Direzione e i Referenti di AFT partecipano all'Ufficio Coordinamento Attività Distrettuali (UCAD). I rappresentanti degli specialisti ambulatoriali partecipano di diritto a qualsiasi altro/a Comitato/Commissione individuati/attivati dall'Azienda Sanitaria qualora coinvolta la materia della specialistica ambulatoriale interna.
2. Inoltre, il SAI ai sensi dell'art. 24, comma 8 dell'ACN vigente:
 - a) partecipa, sulla base di accordi di livello regionale, alle sperimentazioni cliniche (lett. f del sopracitato art. 24, comma 8). Qualora la Regione o le Aziende Sanitarie promuovano sperimentazioni cliniche che coinvolgano la branca/area professionale i SAI, i Veterinari e i Professionisti parteciperanno a tale iniziativa in analogia a quanto previsto per i dipendenti;
 - b) adotta le disposizioni aziendali in merito alle modalità di prescrizione ed erogazione delle specialità medicinali, ivi compresi i piani terapeutici, riguardanti particolari patologie in analogia a quanto previsto per i medici dipendenti (lett. h del sopracitato art. 24, comma 8). L'Azienda Sanitaria individua i SAI che dovranno collaborare alla corretta stesura dei piani terapeutici, riguardanti particolari patologie in analogia a quanto previsto per i medici dipendenti.



Art. 34 - Compiti e funzioni del Veterinario

1. Ai sensi dell'art. 24, comma 9 e ad integrazione dei compiti come individuati dall'art. 25 dell'ACN vigente, il Veterinario, individuato dall'Azienda Sanitaria, assicura il proprio contributo alla mission aziendale in tema di controlli ufficiali e altre attività ufficiali relative a: sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico sanitaria della salute e del benessere animale; igiene degli alimenti e materie correlate ai fini anche della sicurezza alimentare; attività di ispezione degli alimenti ai fini del consumo umano. Partecipa alla attività di formazione del personale aziendale ed alla pianificazione e monitoraggio dei controlli; alla prevenzione del randagismo.
2. I compiti e le funzioni, di cui all'art. 24, comma 9 dell'ACN vigente, riguardano anche i Veterinari nei limiti delle relative competenze e secondo il relativo codice deontologico.
3. Il Veterinario può partecipare ad uffici, organi collegiali ed altri organismi aziendali e può essere individuato come Responsabile di branca o Referente per materia, con gli stessi criteri previsti per gli specialisti ambulatoriali interni dal presente AIR.
4. Il Veterinario partecipa alle AFT della specialistica ai sensi degli articoli 6 e 25 dell'ACN vigente.

Art. 35- Compiti e funzioni del Professionista (Biologi, Chimici, Psicologi)

1. Ai sensi dell'art. 24, comma 9 e ad integrazione dei compiti come individuati dall'art. 26 dell'ACN vigente, il Professionista (biologo, chimico, psicologo):
 - a) partecipa al processo di presa in carico relativo a ciascun paziente tenuto conto dei compiti previsti dall'ACN vigente in una logica di forte integrazione;
 - b) si fa parte attiva della continuità dell'assistenza, attraverso attività diagnostiche, terapeutiche condivise per perseguire obiettivi di benessere dei cittadini con il più appropriato impiego delle risorse.
2. Per il conferimento dell'incarico di Responsabile di branca per i Professionisti si applicheranno i criteri previsti per i SAI e può partecipare ad uffici, organi collegiali ed altri organismi aziendali.
3. I Professionisti possono operare in sede ambulatoriale, in sede ospedaliera, presso AFT e UCCP (MGI), presso i consultori e gli istituti penitenziari, in assistenza domiciliare, in assistenza programmata domiciliare, in assistenza nelle residenze protette, in assistenza domiciliare integrata, negli ambulatori degli MMG e dei PLS e nelle sedi individuate dall'art. 32 dell'ACN vigente.
4. Lo Psicologo può svolgere attività di psicoterapia e di supporto consulenziale in un contesto multidisciplinare, definito dall'Azienda Sanitaria, anche in sedi extra aziendali.
5. Il Biologo in ambito aziendale può partecipare alla gestione e alla standardizzazione di metodi di laboratorio complessi (biologia molecolare, citogenetica, citologia, etc.) applicabili in oncologia, microbiologia/virologia. Può partecipare, inoltre, a studi epidemiologici programmati dall'Azienda Sanitaria e può collaborare alle attività di prevenzione per il miglioramento degli stili di vita, in particolare all'educazione alimentare.
6. I Professionisti possono partecipare alle attività in telemedicina attivate dall'Azienda Sanitaria, in base alla DGR n. 568 del 5/05/2020 e del recente Accordo approvato dalla Conferenza Stato- Regioni, rep. Atti n. 215/CSR del 17/12/2020 sul documento recante "*Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina*". Possono, inoltre, svolgere attività, qualora compatibile, in smart working autorizzata dall'Azienda Sanitaria e secondo le disposizioni nazionali in tema.



CAPO VII - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO**Art. 36 – Prolungamento orario**

1. Il comma 5 dell'art. 29 dell'ACN vigente stabilisce che l'Azienda Sanitaria può autorizzare il SAI, il Veterinario e il Professionista al prolungamento dell'orario di servizio, indicandone modalità organizzative e previo assenso dell'interessato, qualora si renda necessario il superamento occasionale dell'orario per sopravvenute esigenze di servizio. In particolare per gli specialisti ambulatoriali ed i professionisti tale autorizzazione è finalizzata a ricondurre le liste d'attesa a parametri nazionali (cd. abbattimento delle liste di attesa). Tale finalità non può risultare compatibile con la durata temporanea dell'incarico a tempo determinato, in quanto tali incarichi sono istituiti dalle Aziende *“per esigenze straordinarie connesse a progetti finalizzati con durata limitata nel tempo o per far fronte a necessità determinate da un incremento temporaneo delle attività, da specificare in sede di pubblicazione, secondo le scadenze indicate all'articolo 20, comma 3, per un periodo non superiore a 6 (sei) mesi, rinnovabile alla scadenza e per non più di una volta. L'incarico e il successivo rinnovo non possono comunque superare i 12 (dodici) mesi continuativi”* (cfr. art. 22, comma 1). Per tale ragione non è consentito il prolungamento dell'orario di servizio per gli incaricati a tempo determinato, riconosciuto solo per gli incaricati a tempo indeterminato ai quali, secondo quanto previsto dal comma 6 dell'art. 29, viene corrisposto il compenso di cui agli articoli 43 e 44. (Nota SISAC prot. n. 858/2020)

Art. 37 - Responsabile di Branca

1. Così come già disciplinato dall'AIR 2005 (DGR n. 3220/2005) e ai sensi dei commi 7 e 8 dell'art. 29 dell'ACN vigente, sono precisati i criteri di individuazione, le funzioni e i compiti del Responsabile di branca (SAI, Veterinario, Professionista).
2. Per l'individuazione del Responsabile di branca (SAI, Veterinario, Professionista), l'Azienda Sanitaria dovrà attenersi alle seguenti indicazioni:
 - a) l'ambito di riferimento per l'individuazione del Responsabile di branca è variabile in relazione alla situazione organizzativa complessiva dell'Azienda Sanitaria e alla dimensione della stessa;
 - b) per rispondere adeguatamente alle esigenze correlate all'assetto aziendale, in ciascuna Azienda Sanitaria viene definito, con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative in ambito aziendale, il livello di individuazione del Responsabile di branca, che può essere diversamente articolato all'interno della stessa Azienda Sanitaria, cioè:
 - il Presidio Sanitario (poliambulatorio), purché i requisiti sussistano a livello di presidio;
 - il Distretto, purché i requisiti siano presenti a livello distrettuale;
 - l'Azienda Sanitaria, qualora i requisiti sussistano in relazione all'ambito territoriale complessivo dell'Azienda;
 - c) sono requisiti per l'individuazione del Responsabile di branca:
 - la presenza di più sanitari convenzionati (SAI, Veterinario o Professionista) addetti alla stessa branca, ad esclusione delle branche indicate al punto seguente;
 - la presenza di almeno tre sanitari per le branche di radiologia, analisi cliniche e fisiochinesiterapia;
 - la funzione di direttore tecnico responsabile di laboratorio.In assenza dei requisiti di cui sopra, per propri fini organizzativi l'Azienda Sanitaria può disporre, d'intesa con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale, l'accorpamento di più branche specialistiche, secondo criteri di affinità e di funzionalità;
 - d) con riferimento agli ambiti su definiti, il Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria, entro 30 giorni dalla data di cessazione dell'incarico, richiede ai sanitari convenzionati della branca l'individuazione di una rosa di candidati a ricoprire l'incarico di Responsabile di branca e la disponibilità personale a ricoprire detto incarico;



- e) qualora l'Azienda Sanitaria non provveda ad attivare la procedura di individuazione dei Responsabili di branca entro il termine previsto, le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale, formulano una proposta complessiva per la loro individuazione;
 - f) la scelta del Responsabile di branca viene effettuata entro la rosa di sanitari convenzionati individuati e disponibili, con provvedimento del Direttore Generale, su proposta del Direttore Sanitario;
 - g) 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 (art. 29, comma 8 dell'ACN vigente);
 - h) l'incarico di Responsabile di branca ha durata annuale ed è tacitamente rinnovabile, salvo revoca o rinuncia dello specialista;
 - i) la revoca da parte dell'Azienda Sanitaria, sentite le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale, è determinata da gravi inadempienze o mancata condivisione di programmi o progetti aziendali.
 - j) a livello di AAA andrà definita una puntuale programmazione degli incarichi di Responsabile di branca da attribuire all'interno delle risorse disponibili, ai sensi dell'art 29 comma 7 dell'ACN vigente. La creazione di nuovi incarichi aggiuntivi di Responsabile di branca, in deroga al tetto di spesa, deve essere richiesta alla "*CRITE tematica sul personale*" ai sensi del provvedimento regionale in materia di disposizioni per la Specialistica Ambulatoriale Interna;
 - k) nell'ambito di specifiche progettualità aziendali, in sede di AAA, tali incarichi potranno essere riconvertiti in incarichi di coordinamento funzionale e gestionale di aree specialistiche (art. 24, comma 8, lettera c dell'ACN vigente) o ne potranno essere attivati di aggiuntivi, fermo restando il rispetto del tetto di spesa per la Specialistica Ambulatoriale Interna;
 - l) il procedimento per l'individuazione e l'affidamento degli incarichi vacanti alla data di adozione del provvedimento di recepimento del presente Accordo integrativo regionale, dovrà concludersi entro 60 giorni da tale data;
3. Il Responsabile di branca svolge funzioni e compiti di seguito riportati:
- a) il Responsabile di branca svolge le funzioni di referente tecnico per la specialità nei confronti del Direttore del Distretto o degli altri sanitari responsabili delle attività erogate nei presidi ove operano specialisti convenzionati. L'attività del Responsabile di branca è finalizzata all'integrazione funzionale con gli altri servizi dell'Azienda Sanitaria, all'integrazione interprofessionale e al conseguimento di specifici obiettivi indicati negli AAA;
 - b) ferma restando l'autonomia professionale dei singoli SAI/Veterinari/Professionisti, al Responsabile di branca possono essere assegnati dai competenti dirigenti sanitari dell'Azienda Sanitaria compiti organizzativi di indirizzo o di monitoraggio delle attività specialistiche territoriali relative alla branca stessa;
 - c) il Responsabile di branca può essere sentito dall'UCAD per le problematiche concernenti la relativa specialità, compresi gli aspetti organizzativi ed erogativi delle prestazioni;
 - d) lo specialista convenzionato membro di diritto dell'UCAD cura un costante rapporto con i Responsabili di branca al fine di assicurare all'Ufficio stesso una corretta informazione sull'andamento erogativo delle specialità assicurate a livello territoriale e sulla sussistenza di eventuali problematiche assistenziali;
 - e) in particolare il Responsabile di branca si fa parte attiva, mediante proposte e pareri, nei confronti della dirigenza medica responsabile del servizio presso il quale opera (Distretto, poliambulatorio, altra struttura aziendale) e con il responsabile dell'UO Attività Specialistica al fine di migliorare e ottimizzare il servizio e a supporto del raggiungimento degli obiettivi già negoziati nell'AAA.
4. Al Responsabile di branca è corrisposto, per lo svolgimento dei compiti previsti dal presente AIR, un incremento del 10% dei compensi:
- I. per gli Specialisti ambulatoriali e veterinari, di cui all'art. 43, A- Quota oraria, commi 1-2-3-4, B-Quota variabile, comma 1, lettere a)-b)-c)-d)-e)-g);
 - II. per i Professionisti, di cui all'art. 44, A-Quota oraria, commi 1-2-3-4, B-Quota variabile, comma 1, lettere d)-e)-f).



5. L'Azienda Sanitaria definisce, sentito ciascun Responsabile di branca il numero di ore da dedicare esclusivamente al coordinamento, individuandolo all'interno dell'orario settimanale quando sia mantenuto il rispetto dei tempi di attesa in base alla normativa vigente. Qualora si renda necessario anche un orario aggiuntivo per il coordinamento, gli orari di tale attività, preventivamente autorizzati dalla Azienda Sanitaria, sono considerati come attività di servizio agli effetti economici di cui agli articoli 43 e 44.

Art. 38 – Attribuzione di compiti e/o incarichi

1. L'attribuzione di altri incarichi agli specialisti può avvenire nel rispetto dell'art. 37, comma 1, lett. d) dell'ACN vigente, secondo quanto disposto dalla legge nazionale. Ai fini dell'attribuzione di incarico aziendale di Struttura Complessa (compresa la Direzione di Distretto), le disposizioni applicabili in materia sono analoghe a quanto previsto per il personale dipendente. Tale personale decade, dal momento dell'affidamento dell'incarico, dalle Commissioni e dai Comitati previsti dagli Accordi vigenti.
2. Nell'ambito di progettualità aziendali riguardanti i poliambulatori, il consultorio, i servizi specifici di riabilitazione, la continuità assistenziale, il Dipartimento di Prevenzione, l'Ospedale, la riorganizzazione dell'offerta, sono possibili, ai sensi dell'art. 24, comma 8, lett. c), attribuzioni di compiti e/o incarichi relativi all'organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale da parte dell'Azienda, nell'ambito del rapporto convenzionale ai sensi dell'ACN vigente.
3. Il correlato trattamento economico dei SAI/Veterinari/Professionisti con incarico di coordinamento funzionale e gestionale di aree specialistiche (art. 24, comma 8, lett. c dell'ACN vigente) sarà definito in analogia a quanto stabilito per il Responsabile di branca.

Art. 39 - Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità. Criteri di individuazione

1. Al fine di dare attuazione al disposto dell'art. 30, commi 1-4, dell'ACN vigente, nel rispetto della programmazione regionale per la ridefinizione del rapporto territorio-ospedale, favorendo le attività territoriali come enunciato in premessa, si stabiliscono, fatte salve le particolari capacità professionali richieste per gli incarichi già ricoperti e l'eventuale disponibilità da parte del SAI, del Veterinario e del Professionista, i seguenti criteri per l'individuazione del convenzionato nei cui confronti adottare il provvedimento di mobilità, secondo il seguente ordine:
 - residenza in altra Regione;
 - minore anzianità complessiva di incarico;
 - minore anzianità di incarico presso l'Azienda Sanitaria;
 - minore numero di ore di incarico;
 - residenza anagrafica (minore distanza dalla nuova sede d'incarico);
 - situazione familiare (es. minore numero di persone a carico, presenza di familiari disabili)
 - disabilità dello Specialista, del Veterinario o del Professionista titolare di incarico (art. 34, comma 7 dell'ACN vigente).
2. Dal provvedimento di mobilità sono, comunque, esclusi i convenzionati incaricati in zone disagiatissime e disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole (art. 43, comma 12 dell'ACN vigente).
3. Prima delle procedure di cui all'art. 20 dell'ACN vigente, in sede di AAA saranno definiti le modalità e i criteri di mobilità intraaziendale.



Art. 40 - Accordi Attuativi Aziendali

1. Per lo svolgimento di programmi e progetti finalizzati aziendali concernenti l'attività specialistica distrettuale, le disposizioni dell'art. 41 dell'ACN vigente sono integrate con quanto stabilito dal presente AIR.
2. La definizione e la redazione dell'AAA con i SAI, i Veterinari e i Professionisti rientra fra i compiti dell'Azienda Sanitaria; ciò comporta che, entro sessanta giorni dalla data di adozione del provvedimento di recepimento del presente AIR, le Aziende Sanitarie debbano avviare le procedure per la definizione dei AAA.
3. Le sezioni tematiche dei AAA dovranno essere finalizzate al conseguimento degli obiettivi di cui agli articoli 4-13 del presente AIR.
4. Inoltre, a garanzia di una efficiente organizzazione del lavoro, si devono prevedere meccanismi concordati per garantire le visite prenotate in caso di improvvisa breve assenza (massimo 3 giorni di servizio) del SAI, del Veterinario e dei Professionisti.
5. Oltre a quanto sopra precisato, le Aziende Sanitarie coinvolgono, secondo quanto previsto dal presente AIR, i SAI, i Veterinari ed i Professionisti nei progetti-obiettivo aziendali che prevedono la partecipazione del personale medico convenzionato e dipendente ai sensi dell'art. 41, comma 5 dell'ACN vigente.
6. Le Aziende Sanitarie devono comunicare preventivamente alle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale i progetti ed i programmi finalizzati previsti dal presente AIR e dall'art. 41 dell'ACN vigente.
7. Le Aziende Sanitarie per l'attuazione dei programmi e progetti finalizzati rideterminano di anno in anno, il "*Fondo aziendale per l'assistenza specialistica ambulatoriale interna*", costituito con risorse certe e definite pari a: € 3,10 per la Quota a) e €1,35 per la Quota b), per il numero annuale di ore di incarico svolte, ed eventuale Quota c). Nel rispetto dei principi contabili vigenti, ciascuna Azienda Sanitaria provvederà alla costituzione di un apposito fondo rischi ed oneri, inserendone l'importo previsto nel Bilancio Economico Preventivo. In merito si applica la DGR n. 3731 del 26/11/2004 "*Indirizzi per la definizione dei Patti aziendali (denominati nel presente AIR AAA) per l'esercizio 2005, per la Medicina Convenzionata di assistenza primaria e disposizioni collegate. DGR n. 3889 del 31/12/2001.*"

Art. 41 - Nomenclatore Tariffario, prestazioni protesiche ed attività ortesica

1. Ai SAI spetta il compenso previsto dal Nomenclatore tariffario per le prestazioni di cui all'Allegato 3 dell'ACN vigente, previa autorizzazione del Direttore del Distretto o suo delegato.
2. Per l'esecuzione delle prestazioni protesiche (protesi dentarie ed implantologia, cure ortodontiche) ed attività ortesica di cui all'Allegato C) dell'ACN 23/03/2005 e per le ore di incarico dedicate in modo esclusivo a tali attività, agli specialisti spetta un emolumento aggiuntivo orario di € 3,14 di cui al comma 11 dell'art. 43 dell'ACN vigente. Tale emolumento aggiuntivo orario non comprende le prestazioni aggiuntive di cui all'art. 41, comma 3 e le ulteriori attività e specifiche prestazioni di cui all'art. 43, comma 13 dell'ACN vigente.



Art. 42 – Prestazioni di particolare interesse (PPI)

1. Ai SAI ed ai Veterinari spettano i compensi previsti per le prestazioni di particolare interesse (PPI) di cui all'Allegato 3, comma 6 previste dalla programmazione regionale e/o aziendale (art. 41, comma 4 dell'ACN vigente). Per tali prestazioni le Aziende Sanitarie dispongono di una quota per ora pari ad euro 0,05 (zero/05) da destinare ai SAI ed ai Veterinari a tempo indeterminato. Tali risorse sono integrate a livello aziendale con le quote eventualmente non assegnate ai sensi del successivo art. 45.
2. Agli Psicologi spettano i compensi previsti per le prestazioni di particolare interesse (PPI) di cui all'art. 41, comma 4 dell'ACN vigente. Per tali prestazioni le Aziende Sanitarie dispongono di una quota per ora pari ad euro 0,03 (zero/03) da destinare agli Psicologi a tempo indeterminato. Tali risorse sono integrate a livello aziendale con le quote eventualmente non assegnate ai sensi del successivo art. 45.
3. Ai sensi del comma 6 dell'Allegato 3 dell'ACN vigente le PPI finalizzate anche all'integrazione con le attività delle forme organizzative della medicina generale e della pediatria di libera scelta o al raggiungimento degli obiettivi di cui all'art. 4 dell'ACN vigente, sono individuate come previsto dall'art. 41, comma 4 dell'ACN vigente e remunerate, nel limite delle risorse a disposizione delle Regioni ai sensi dei successivi articoli 43, lettera B, comma 8 e 44, lettera B, comma 7, previa autorizzazione dell'Azienda Sanitaria, nella misura del 40% di quanto previsto nel Nomenclatore tariffario regionale vigente e definite a livello di AAA.
4. I Fondi PPI, distintamente per i SAI/Veterinari e per gli Psicologi, vanno costituiti annualmente presso ogni Azienda Sanitaria sulla base delle ore di attività a tempo indeterminato svolte e retribuite relative all'anno solare precedente. Le risorse di tali Fondi vanno a coprire i costi delle prestazioni di cui all'Allegato 3, comma 6.
5. Fino all'entrata in vigore del presente Accordo, le quote orarie di cui sopra sono riconosciute a tutti gli Specialisti Ambulatoriali Interni/Veterinari e gli Psicologi.
6. L'eventuale residuo del Fondo andrà ad alimentare il Fondo dell'anno successivo per garantire, in particolare il rispetto dei tempi di attesa.

Art. 43 - Indennità di sede disagiatissima

1. Le zone disagiatissime, comprese le piccole isole, vengono individuate dalle Aziende Sanitarie previo parere del Comitato Zonale ex art. 18 dell'ACN vigente. Le zone disagiatissime vengono individuate sulla base di una valutazione complessiva fondata sui seguenti criteri:
 - elevato rapporto superficie del territorio/popolazione (popolazione sparsa, spopolamento);
 - condizioni di viabilità e percorribilità delle strade o delle comunicazioni lagunari e assenza di strutture ospedaliere;
 - condizioni oro-geografiche e ambientali;
 - particolari contesti ambientali (istituti penitenziari, etc.).
2. Per lo svolgimento di attività nelle zone individuate come disagiatissime, comprese le piccole isole, spetta, ai sensi del comma 12 dell'art. 43 dell'ACN vigente, ai SAI e ai Veterinari un emolumento forfetario aggiuntivo orario pari al 50% di quanto stabilito dall'art. 43, A-Quota oraria punti 1-2-3-4, B-Quota variabile comma 1 lettere a)-b)-c)-d)-e)-g) e di quanto previsto dall'art. 49, commi 1 e 2.
3. Le zone così individuate dalle Aziende Sanitaria sono dichiarate disagiatissime dalla Regione.



Art. 44 - Fondo ponderazione quote orarie specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità sanitarie

1. Gli Allegati 1 e 2 del presente AIR riportano le modalità di costituzione e di gestione del Fondo di ponderazione quote orarie di cui all'art. 43, B-Quota variabile commi 1-3 e all'art. 44, B-Quota variabile commi 1-3 dell'ACN vigente.

Art. 45 - Fondo indennità di disponibilità

1. Ai sensi dell'art. 45 dell'ACN vigente, al fine di incentivare i SAI, i Veterinari e i Professionisti all'esclusività di rapporto di lavoro in ambito del SSN, è stata prevista una indennità di disponibilità, erogata come emolumento aggiuntivo alla quota oraria ai soli titolari di incarico a tempo indeterminato che nell'anno non svolgano attività libero professionale, anche in altra Regione, escluso quanto indicato all'art. 42 dell'ACN vigente (Libera professione intra-moenia).
2. L'indennità è corrisposta mensilmente agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari ed ai professionisti a tempo indeterminato con rapporto di lavoro di almeno 12 ore settimanali instaurato con una o più Aziende Sanitarie.
3. Per la determinazione dell'importo dell'emolumento aggiuntivo della quota oraria (comma 2, art. 45), viene costituito un Fondo annuo regionale stabilito, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda Sanitaria, in euro 0,39/ora di attività svolte e retribuite relative all'anno solare precedente all'erogazione dell'indennità. Ai sensi del comma 5 del citato art. 45, ogni anno la Regione determina la quota oraria che viene assegnata dalle Aziende Sanitarie ai SAI, ai Veterinari e ai Professionisti aventi diritto.
4. Il Fondo annuo regionale viene ripartito annualmente sulla base del numero delle ore di incarico complessivamente attivate a livello regionale relative al precedente anno solare dei SAI, dei Veterinari e dei Professionisti aventi titolo. La quota oraria è calcolata nel limite massimo di euro 8,60/ora, al netto degli oneri previdenziali e fiscali dell'Azienda Sanitaria.
5. Ai fini dell'erogazione entro il 15 gennaio di ogni anno, il SAI, il Veterinario e il Professionista deve presentare all'Azienda Sanitaria presso la quale è incaricato una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'esclusività del rapporto di lavoro. *Per il solo anno 2020 il termine di presentazione della dichiarazione sostitutiva di atto notorio viene posticipato al 1° ottobre 2020 specificando che i richiedenti dovranno presentare detta dichiarazione all'Azienda presso la quale detengono un incarico precisando di non aver svolto a far data dal 31/03/2020 (data di entrata in vigore del nuovo Accordo) e di non svolgere attività libero professionale (fatto salvo quanto previsto dall'art. 42 dell'ACN) e fino al 31/12/2020 (Nota SISAC prot. n. 361 del 7/04/2020).*
6. L'indennità non è riconosciuta ai SAI, ai Veterinari e ai Professionisti assegnatari di incarichi in corso anno (ovvero nell'anno di erogazione dell'indennità).
7. Il venir meno dei requisiti di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo o la mancata accettazione del completamento orario ai sensi del comma 2 dell'art. 20 dell'ACN vigente, fatto salvo quanto previsto all'art. 28 del presente AIR, decade il diritto di percepire l'indennità di disponibilità e dovrà essere recuperato quanto corrisposto nell'anno.
8. Non hanno diritto alla indennità coloro che fruiscono della riduzione dell'orario di incarico ai sensi del comma 5 dell'art. 31 dell'ACN vigente e coloro che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP).
9. Il SAI, il Veterinario e il Professionista sono obbligati a comunicare entro 15 giorni a tutte le Aziende Sanitarie (anche fuori Regione), presso le quali prestano servizio, tutte le variazioni di orario (riduzione



oraria, rinuncia all'aumento orario) o di fruizione dell'APP (art. 54 dell'ACN vigente) che comportano la perdita del diritto all'indennità di disponibilità, con restituzione di quanto già corrisposto nell'anno, nonché a comunicare l'eventuale successivo incremento di orario di incarico, ex articoli 20 e 21 dell'ACN vigente, che comporta il riconoscimento dall'anno successivo del diritto all'indennità previa dichiarazione sostitutiva di atto notorio ex art. 45 dell'ACN vigente da presentare entro il 15 gennaio di ogni anno.

10. Le predette variazioni di orario di incarico, che incidono sulla perdita oppure sulla riattivazione dell'indennità di disponibilità, devono essere oggetto di costante e puntuale comunicazione anche fra le Aziende Sanitarie interessate in quanto producono effetto su tutti gli incarichi ricoperti dal SAI, dal Veterinario e dal Professionista nelle diverse Aziende Sanitarie e di informazione al Comitato Zonale.
11. Ai sensi degli articoli 43, comma 8 e 44, comma 7 dell'ACN vigente, le quote eventualmente non assegnate ai sensi dell'art. 45, vanno ad integrare le rispettive risorse destinate alle PPI di cui all'art. 41, comma 4.
12. Si rinvia al Decreto regionale del Direttore dell'U.O. Cure primarie e Strutture socio sanitarie territoriali n. 27 del 6/11/2020 per le disposizioni applicative del trattamento economico ai sensi dell'ACN vigente.

CAPO VIII - FORMAZIONE CONTINUA

I principi fondamentali della materia sono quelli desumibili dalla disciplina recata dall'art. 16 e ss. del D.Lgs. n. 502/92 e smi, istitutivo del programma di Educazione Continua in Medicina rivolta a tutti gli operatori sanitari. Tale disciplina costituisce il riferimento di contesto.

In sintesi si richiamano alcuni principi:

- a) la formazione continua del SAI, del Veterinario e del Professionista comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente ed è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione di cui all'art. 16-ter (art. 16 bis, commi 1 e 2 del D.Lgs n. 502/1992 e smi);
- b) il SAI, il Veterinario e il Professionista partecipano alle iniziative formative programmate e organizzate dalle Regioni, sulla base degli obiettivi formativi di interesse nazionale individuati dalla "*Commissione nazionale per la formazione continua*" e degli obiettivi formativi di specifico interesse regionale definiti dalle Regioni stesse (art. 16 ter del D.Lgs n. 502/1992 e smi);
- c) al SAI, al Veterinario e al Professionista sono assegnati i crediti formativi secondo i criteri definiti dalla "*Commissione nazionale per la formazione continua*" e dalle norme vigenti;
- d) ai sensi dell'art. 16 quater, comma 1 del D.Lgs n. 502/1992 e smi, la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di medico Specialista ai sensi dell'ACN vigente;
- e) ai sensi dell'art. 16 quater, comma 2 del D.Lgs n. 502/1992 e smi e ai sensi dell'art. 40, comma 7 dell'ACN vigente, il SAI, il Veterinario e il Professionista che non frequenti i corsi obbligatori per due anni consecutivi è soggetto all'attivazione delle procedure disciplinari per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza;
- f) sono riconosciuti utili, ai fini dell'aggiornamento obbligatorio, oltre ai corsi programmati dalla Regione, quelli organizzati direttamente dal Sindacato di categoria o da Società medico scientifiche e organismi similari. Sono riconosciuti, inoltre, utili anche i convegni, i seminari, i meeting di comprovata rilevanza scientifica anche se della durata di un solo giorno.

Con **DGR n. 437 del 4/04/2014** è stata costituita la Fondazione Scuola di sanità pubblica, la quale persegue esclusivamente fini di formazione e aggiornamento degli operatori dei servizi socio-sanitari e di promozione della ricerca scientifica in campo sanitario. È obiettivo generale della Fondazione contribuire allo sviluppo dei livelli qualitativi dei servizi sanitari e socio-sanitari, per la cui attuazione sviluppa iniziative, tra l'altro, per:



- realizzare programmi di formazione continua dei medici convenzionati (MMG, PLS, MCA; SAI/Veterinari/Professionisti);
- coordina l'attività di formazione di tutte le figure professionali del Sistema Sanitario Regionale, dipendenti e convenzionati, favorendo pertanto l'integrazione anche in sede formativa delle diverse professionalità.

All'interno della programmazione dell'attività della Fondazione rientra pertanto anche la realizzazione di offerta formativa rivolta ai SAI/Veterinari/Professionisti con risorse opportunamente dedicate.

L'art. 40 dell'ACN vigente disciplina la materia della formazione continua, obbligatoria, con riferimento alle peculiarità dell'attività svolta dai SAI, dai Veterinari e dai Professionisti nel contesto del SSN, rinviando alla contrattazione regionale integrativa per la disciplina dei permessi retribuiti riferibili ad attività formative cd. autogestite. Gli indirizzi operativi si applicano anche ai SAI/Veterinari e ai Professionisti titolari di incarico a tempo determinato.

La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per la qualificazione professionale degli Specialisti Ambulatoriali Interni, dei Veterinari e dei Professionisti, i quali sono tenuti a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi (art. 3, art. 40 citato).

Il SAI, il Veterinario od il Professionista che non frequentino i corsi obbligatori per due anni consecutivi è soggetto all'attivazione delle procedure disciplinari di cui all'art. 39 dell'ACN vigente per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza (art. 16 quater, comma 2 del D.Lgs n. 502/1992 e smi).

Art. 46 - Formazione Continua (ECM)

1. Così come già disciplinato dall'AIR 2005 (DGR n. 3220/2005), la formazione obbligatoria ha una triplice articolazione: nazionale, regionale e aziendale.

Il SAI può conseguire, in mancanza di corsi regionali e/o aziendali, e previa autorizzazione aziendale su parere del Comitato Zonale competente, fino al massimo del credito obbligatorio attraverso percorsi autogestiti purché accreditati e inerenti la specialità svolta in Azienda Sanitaria come stabilito dall'art. 40, comma 8 dell'ACN vigente.

La partecipazione ad iniziative formative oltre il limite di cui al comma 8 dell'art. 40 dell'ACN vigente è a carico del SAI (o del Veterinario/Professionista) come stabilito dal successivo comma 9.

Il SAI è, comunque, tenuto alla partecipazione dei corsi obbligatori previsti a livello regionale o aziendale, anche oltre il credito massimo eventualmente conseguito con percorsi autogestiti.

Dovranno essere considerati elementi peculiari nell'organizzazione della formazione i seguenti criteri:

- a) prevedere eventi formativi, quando possibile, tra specialisti convenzionati e dipendenti afferenti alla stessa branca, al fine di migliorare l'uniformità di approccio a livello aziendale;
- b) prevedere eventi formativi proposti dagli stessi specialisti e rivolti ai medici convenzionati e dipendenti, e al personale tecnico e sanitario su tematiche definite a livello aziendale;
- c) prevedere una formazione con caratteristiche di multidisciplinarietà e multiprofessionalità, finalizzata all'avvio di attività integrata nell'ambito della struttura di appartenenza;
- d) prevedere la formazione continua del SAI anche attraverso la frequenza di centri Specializzati Universitari ed Ospedalieri, volontaria e previa autorizzazione dei Comitati Zonali, o per determinati fini istituzionali aziendali previo consenso dell'interessato;
- e) riconoscere attività formative nell'area dell'insegnamento universitario post laurea, insegnamento di base pre-laurea, aggiornamento e audit, attività tutoriali (art. 40, comma 9 dell'ACN vigente), ricerca clinico epidemiologica e sperimentazione (art.38 comma 9 lettera b);
- f) prevedere la partecipazione a percorsi formativi in FAD da svolgersi fuori o all'interno dell'orario di servizio (art. 40 comma 8 dell'ACN vigente).

Qualora il SAI, il Veterinario o il Professionista svolgano incarichi presso più Aziende Sanitarie, l'onere per l'attività formativa sarà assunto dall'Azienda Sanitaria in proporzione alle ore di incarico svolte, indipendentemente dal fatto che le ore di formazione coincidano con le ore di servizio, o non coincidano affatto.



Art. 47 - Indirizzi operativi in materia di formazione continua

1. Così come già disciplinato dalla DGR n. 3846/2006), la formazione continua dei SAI/Veterinari e dei Professionisti si suddivide in:
A: FORMAZIONE OBBLIGATORIA
Iniziative formative regionali o aziendali organizzate e finanziate dalla Regione o dall'Azienda Sanitaria, cui il medico è tenuto obbligatoriamente a partecipare: possono valere sino al 70% del debito formativo annuale. Tali iniziative non necessitano di parere del Comitato Zonale.
B: FORMAZIONE AUTOGESTITA
Iniziative autogestite di aggiornamento professionale residenziali e in FAD, autorizzate dall'Azienda Sanitaria, previo parere del Comitato Zonale.
Non è prevista la possibilità di riesame da parte del Comitato Regionale.
Tali attività possono valere sino al 30% del debito formativo annuale.
La materia oggetto dell'aggiornamento professionale deve essere attinente alla branca specialistica nella quale il medico/professionista è titolare di incarico e/o con riferimento ai possibili incarichi dello specialista nell'ambito dell'organizzazione aziendale.
Fermo restando l'obbligo di garantire il raggiungimento dei crediti annuali posti a carico del sanitario dal programma nazionale di ECM, l'Azienda Sanitaria può autorizzare la frequenza di corsi di aggiornamento non accreditati ECM purché organizzati da soggetti di comprovato valore scientifico, in tal caso la partecipazione è a carico del sanitario.
2. La partecipazione ad attività di formazione obbligatoria determina il riconoscimento di un corrispondente compenso orario, anche per le ore non coincidenti con l'orario di incarico. In caso di corsi il cui orario di svolgimento sia solo parzialmente coincidente con l'orario di servizio dello specialista, la retribuzione spetta per tutte le ore di partecipazione effettiva risultanti dal programma. e dall'attestazione della avvenuta frequenza.
3. Al convenzionato che partecipa ad attività di formazione autogestita è riconosciuto un corrispondente periodo di permesso retribuito, qualora coincidente con l'orario di incarico. In caso di corsi il cui orario di svolgimento sia solo parzialmente coincidente con l'orario di servizio dello specialista, la retribuzione spetta per tutte le ore di partecipazione effettiva risultanti dal programma e dall'attestazione della avvenuta frequenza. Nell'ipotesi in cui tale attività formativa si svolga al di fuori dell'orario di incarico è riconosciuto il corrispondente compenso orario.
4. In entrambi i casi, il tempo necessario per raggiungere la sede del corso - così come verificato dall'Azienda Sanitaria - o comunque non strettamente utilizzato per le lezioni, ma sicuramente connesso alla partecipazione allo stesso, se coincidente con l'orario di incarico, è equiparato a frequenza del corso stesso.
E' confermato il limite annuo di ore di permesso retribuito per attività riferibili alla formazione autogestita pari al doppio delle ore di incarico settimanale con un limite di 32 ore per incarichi pari o inferiori a 16 ore settimanali.
Il tempo necessario per raggiungere la sede del corso, o comunque non strettamente utilizzato per le lezioni, ma sicuramente connesso alla partecipazione al corso stesso, non è da computarsi a carico del suddetto limite annuo di ore previste.
5. Al fine del conseguimento dei crediti, il SAI, il Veterinario e il Professionista devono consegnare all'Azienda Sanitaria di appartenenza i certificati ECM per gli eventi formativi cui ha partecipato, relativi all'anno di riferimento.
6. In deroga alla misura del soddisfacimento dei crediti, qualora le risorse finanziarie destinate alla formazione obbligatoria da parte della Regione o delle Aziende Sanitarie consentano un soddisfacimento solo parziale del debito formativo riferibile alla formazione obbligatoria (inferiore cioè al 70% del debito formativo annuo), l'Azienda Sanitaria, previo parere del Comitato Zonale competente, può autorizzare il medico a partecipare ad iniziative formative autogestite anche in deroga al limite del 30% del debito formativo annuo.



7. I corsi danno luogo a crediti formativi secondo le modalità previste dalla Regione incluse le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e sperimentazione e FAD (art. 40, comma 4 dell'ACN vigente). Possono, altresì, prevedere l'utilizzazione di pacchetti formativi pianificati da società scientifiche/formazione della medicina specialistica provider accreditati.

CAPO IX – DIRITTO ALL'INFORMAZIONE

Art. 48 - Diritto all'informazione e consultazione tra le parti

1. Vengono garantite, da parte della Regione/Azienda Sanitaria nei confronti delle OO.SS. dell'Area, adeguate forme di informazione e di accesso ai dati, nel rispetto della legislazione sulla riservatezza delle informazioni in materia di Privacy vigente.

NORME FINALI

Norma Finale n. 1

Il presente Accordo decorre dalla data di adozione del provvedimento di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti.

Norma Finale n. 2

1. Dall'entrata in vigore del presente Accordo, le risorse di cui la Regione dispone per l'Accordo Integrativo Regionale sono destinate agli obiettivi di cui agli articoli 4-13 del presente Accordo secondo gli indicatori e i valori soglia definiti in sede di AAA.
2. Le risorse finalizzate agli obiettivi di cui al comma precedente sono così articolate:
 - a) SAI/Veterinario a tempo indeterminato - (art. 43, lettera B comma 7)
 - € 0,46/ora + € 0,20/ora,
 - per l'attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 4 dell'ACN vigente: € 0,20/ora;
 - b) Professionisti a tempo indeterminato - (art. 44, lettera B, comma 6)
 - € 0,33/ora + € 0,13/ora
 - per l'attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 4 dell'ACN vigente: € 0,13/ora;
 - c) SAI/Veterinario e Professionisti a tempo determinato- (art. 49, comma 7)
 - € 0,44/ora + € 0,32/ora,
 - per l'attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 4 dell'ACN vigente: € 0,32/ora.
3. Le Aziende Sanitarie sono tenute ad avviare la definizione di obiettivi conformi a quanto stabilito negli articoli 4-13 del presente Accordo in sede di AAA. e ad attivare il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, anche fornendo ai medici/professionisti adeguati strumenti e/o reportistica nel rispetto della tempistica definita negli stessi AAA.
4. Ai sensi dell'art. 5, comma 3, per mancata sottoscrizione dell'AIR entro 12 mesi dall'entrata in vigore dell'ACN vigente, le risorse:
 - a) di cui all'art. 43, lettera B, comma 7 e pari a euro 0,20/ora, all'art. 44, lettera B, comma 6 e pari a euro 0,13/ora, finalizzate all'attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 4, si aggiungono alla disponibilità regionali di cui all'art. 43, lettera B, comma 8, all'art. 44, lettera B, comma 7;
 - b) di cui all'art. 49, comma 7 e pari a euro 0,32/ora, finalizzate all'attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 4, si aggiungono al compenso orario di cui all'art. 49, comma 1.



5. Dall'entrata in vigore del presente Accordo, le quote di cui all'art. 5, commi 2 e 3 dell'ACN vigente cessano di integrare i compensi orari e le disponibilità regionali di cui ai citati art. 43, lettera B, comma 8, art. 44, lettera B, comma 7 ed art. 49, comma 1. Dalla medesima decorrenza tutte le risorse di cui all'art. 43, lettera B, comma 7, all'art. 44, lettera B, comma 6 e all'art. 49, comma 7 tornano nelle disponibilità del presente Accordo (art. 5, comma 4, ACN vigente) e vengono erogate per l'adesione agli obiettivi degli AAA.

NORME TRANSITORIE

Norma Transitoria n. 1

1. Al fine di dare attuazione all'art. 19, comma 2 dell'ACN vigente, le parti concordano sulla necessità di assegnare ad una Azienda l'espletamento delle procedure per la redazione delle graduatorie provinciali previste dall'art. 19, commi 10 e 12 dell'ACN, analogamente a quanto già avviene per le graduatorie dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, in un'ottica di semplificazione burocratica e riduzione di spese amministrative e impiego di personale, sentito il Comitato Regionale.
2. Si individua in Azienda Zero, l'Azienda cui affidare la gestione di tale procedura in coerenza con quanto previsto dalla DGR n. 555 del 30/04/2018, Allegato A) paragrafo 2.3 Risorse Umane, punto 2.3.7 e, compatibilmente con i tempi organizzativi, sarà a regime l'anno successivo al recepimento del presente Accordo.
3. La Regione invierà alle OO.SS. l'aggiornamento semestrale dell'Anagrafe Regionale degli incarichi degli Specialisti Ambulatoriali Interni/Veterinari e dei Professionisti in forma aggregata e anonima.

DICHIARAZIONI A VERBALE

Dichiarazione a Verbale n. 1

- 1 Le parti firmatarie del presente AIR si dichiarano disponibili a nuovi incontri nel caso dovessero realizzarsi le condizioni richiedenti un adeguamento normativo e/o economico a seguito di recepimento del nuovo ACN. In particolare, per garantire l'omogeneità degli istituti negoziali relativi agli assetti organizzativi dell'assistenza territoriale, le parti si impegnano all'adeguamento del presente Accordo con quanto deriverà dai successivi Accordi per la Medicina Generale e per la Pediatria di Libera scelta. Tale impegno ha validità anche in riferimento ad eventuali modifiche normative inerenti ai titoli professionali per l'iscrizione in graduatoria ai sensi della Legge 8 novembre 2012, n. 189.
- 2 Le OO.SS firmatarie del presente AIR chiedono che l'entità del compenso previsto per l'acquisto di pacchetti di attività da Specialisti Dipendenti sia riconosciuto anche per l'acquisto di pacchetti di attività da Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni.
- 3 Le OO.SS. chiedono, inoltre, che qualora la Regione Veneto/Aziende Sanitarie dovessero erogare incentivi/premi legati all'emergenza COVID-19 agli Specialisti Dipendenti, gli stessi vengano riconosciuti anche agli Specialisti Ambulatoriali Interni che lavorano negli stessi Servizi/UU.OO. svolgendo la stessa attività

Dichiarazione a Verbale n. 2

Le OO.SS. hanno condiviso la strategia regionale di considerare gli Specialisti Ambulatoriali Interni, i Veterinari ed i Professionisti in convenzione parte integrante e qualificante del SSSR e, quindi, chiedono che venga valorizzato e privilegiato il loro impiego in ambito territoriale, prevedendo un potenziamento della



dotazione strumentale, logistica ed organizzativa, nonché un incremento del monte ore e del numero di incarichi per rispondere adeguatamente ai bisogni assistenziali del territorio.



**ALLEGATO 1 - Fondo ponderazione quote orarie Specialisti Ambulatoriali Interni,
Veterinari e altre Professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali,
liquidazione e distribuzione**

**Art. 1 - Fondo ponderazione quote orarie medici Specialisti Ambulatoriali Interni e Veterinari a
tempo indeterminato e a tempo determinato**

1. Presso ciascuna Azienda Sanitaria è costituito un Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie per i SAI, secondo le modalità previste dall'art. 43, B-Quota variabile commi 1-3 dell'ACN vigente, che andrà rideterminato di anno in anno (parere SISAC nota prot. n. 307/2017). A tale Fondo, afferiscono a far data dall'1/01/2019 anche i veterinari per le attività e le prestazioni ad essi riferibili. Dall'entrata in vigore del presente AIR la partecipazione al Fondo è legata all'adesione degli obiettivi dell'AAA.
2. Viene confermato l'acconto della quota oraria di ponderazione ai SAI con incarico a tempo indeterminato nella misura di euro 2,95 e per gli specialisti con incarico a tempo determinato nella misura di euro 1,37 (art. 43, commi 5 e 6 dell'ACN vigente).
3. La quota di Fondo che annualmente residua, rimasta disponibile viene ridistribuita a saldo tra tutti i SAI in modo proporzionale al numero di ore di attività liquidate. Se il Fondo è esaurito, non si può intaccare la quota minima contrattuale riconosciuta a titolo d'acconto.
4. Il Fondo costituisce per le Aziende Sanitarie tetto di spesa invalicabile per quanto riguarda la remunerazione della parte variabile eccedente la quota di acconto. Pertanto, le Aziende Sanitarie, in caso le previsioni di spesa indichino il superamento del tetto, sono tenute a riprogrammare l'attività specialistica in modo da poter osservare i limiti consentiti, salvo i casi in cui possa causare interruzione di pubblico servizio.
5. Si rinvia all'**Allegato 2** del presente AIR per le indicazioni sulle modalità di costituzione e di utilizzo, saldo e redistribuzione del fondo ponderazione quote orarie SAI/Veterinari.

**Art. 2 - Fondo ponderazione quote orarie altre Professionalità sanitarie ambulatoriali (biologi, chimici,
psicologi)**

1. Presso ciascuna Azienda Sanitaria è costituito un Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie per i Professionisti a tempo indeterminato e a tempo determinato, secondo le modalità previste dall'art. 44, lett. B) commi 1-3 dell'ACN vigente, che andrà rideterminato di anno in anno (parere SISAC nota prot. n. 307/2017). Pertanto, per i Professionisti il Fondo va costituito anche per gli incarichi conferiti, per la prima volta, negli anni successivi al 2004. Dall'entrata in vigore del presente AIR la partecipazione al Fondo è legata all'adesione degli obiettivi dell'AAA.
2. Viene confermato l'acconto della quota oraria di ponderazione ai Professionisti con incarico a tempo indeterminato e a tempo determinato nella misura di euro 1,75 (art. 44, comma 5 dell'ACN).
3. I Fondi di cui all'art. 44 dell'ACN vigente destinati ai Professionisti saranno erogati con le stesse modalità di liquidazione ed erogazione adottate per i SAI secondo quanto previsto dal precedente art. 1.
4. Si rinvia all'**Allegato 2** del presente Accordo per le indicazioni sulle modalità di costituzione e di utilizzo, saldo e redistribuzione del Fondo ponderazione quote orarie altre professionalità sanitarie ambulatoriali (biologi, chimici, psicologi).



Norma Finale n. 1

1. Le disposizioni di cui al presente AIR integrano quelle del Decreto regionale n. 27 del 6/11/2020 in materia di applicazione del trattamento economico.

ALLEGATO 2 - Modalità di costituzione e di utilizzo, saldo e redistribuzione del fondo ponderazione quote orarie Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre Professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali**A) MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI****A1. Costituzione del Fondo ponderazione per l'anno 2004**

La costituzione del Fondo, così come indicato all'art. 43 dell'ACN vigente, deve essere fatto calcolando l'importo corrispondente al prodotto fra € 4,41 ed il numero di ore di attività svolte e retribuite ai SAI sia a tempo indeterminato sia a tempo determinato.

All'importo così determinato si deve aggiungere l'eventuale quota di anzianità dei medici cessati in corso 2004, per la quota resasi disponibile (e quindi non già erogata al medico cessato).

A2. Utilizzo del Fondo ponderazione per l'anno 2004

L'importo di euro 4,41 per ogni ora di attività liquidate costituisce la base del Fondo a partire dall'anno 2004 a livello aziendale.

Gli istituti variabili costituenti il Fondo [art. 43, B-Quota variabile, comma 1 dalla lett. b) alla lett. g) dell'ACN vigente] si corrispondono come da ACN, sulla base delle prestazioni erogate.

Mensilmente il Fondo viene liquidato in acconto secondo quanto indicato dall'art. 43, B-Quota variabile:

- € 2,485 per ora (ex art. 42, B-Quota variabile, comma 5 dell'ACN 2005) di attività liquidate agli specialisti a tempo indeterminato; comprende la quota di € 0,905 di aumenti contrattuali e la quota di € 1,58 ex art. 30, comma 8 DPR n. 271/2000;
- € 0,905 (ex art. 42, B-Quota variabile, comma 6 dell'ACN 2005) per ora attività liquidate agli specialisti a tempo determinato.

Tale acconto è da ritenersi quale quota minima contrattuale da corrispondere.

A3. Saldo del Fondo per l'anno 2004

Il saldo è determinato decurtando dall'importo totale del Fondo i seguenti importi corrisposti nel corso del 2004:

1. gli acconti corrisposti per la quota oraria di ponderazione nell'anno 2004 ai SAI a tempo indeterminato e a tempo determinato e la corrispondente quota compresa nel premio di collaborazione.
2. gli importi corrisposti per le prestazioni di cui alla lett. B-Quota variabile, dell'art. 43, comma 1 lettere b), c), d), e), f), g) dell'ACN vigente (voci invariate rispetto all'ACN 2005) [si vedano le note A5];
3. l'assegno *ad personam* per i medici con orario inferiore alle 12 ore settimanali, comprensivo del premio di collaborazione;
4. la maggiorazione del 10% dell'assegno *ad personam* ex precedente punto 3), nel caso in cui il medico sia anche Referente di branca.

A4. Il residuo del Fondo così determinato si redistribuisce a tutti i medici interessati aventi titolo fino a saldo zero in modo proporzionale alle ore di attività liquidate.**A5. Note all'utilizzo del Fondo**

Per quanto riguarda alcune voci di utilizzo, art. 43 B-Quota variabile, comma 1 dell'ACN vigente, si forniscono alcune interpretazioni:

- nelle prestazioni di cui alla lettera c) sono compresi gli importi erogati per le spese viaggio e per l'attività esterna;



- nelle prestazioni di cui alla lettera d) sono compresi gli importi erogati per il plus orario (art. 29, comma 5 dell'ACN vigente).

B) ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI

B1) Costituzione del Fondo ponderazione per l'anno 2004

La costituzione del Fondo, così come indicato all'art. 44 dell'ACN vigente, deve essere fatto calcolando l'importo corrispondente al prodotto fra € 3,205 ed il numero di ore di attività svolte e retribuite ai Professionisti a tempo indeterminato e a tempo determinato.

All'importo così determinato si deve aggiungere l'eventuale quota di anzianità dei Professionisti cessati in corso 2004, per la quota resasi disponibile (e quindi non già erogata al professionista cessato).

B2) Utilizzo del Fondo ponderazione per l'anno 2004

L'importo di euro 3,205 per ogni ora di attività liquidate costituisce la base del Fondo a partire dall'anno 2004 a livello aziendale.

Gli istituti variabili costituenti il Fondo [art. 44, B-Quota variabile, comma 1 dalla lett. b) alla lett. g)] si corrispondono come da ACN vigente sulla base delle prestazioni erogate.

Mensilmente il fondo viene liquidato in acconto secondo quanto indicato dall'art. 44 lett. B):

- € 1,285 per ora (ex art. 43, B-quota variabile, comma 5 dell'ACN 2005) di attività liquidate ai Professionisti sia a tempo indeterminato sia a tempo determinato;

Tale acconto è da ritenersi quale quota minima contrattuale da corrispondere.

B3) Saldo del fondo per l'anno 2004

Il saldo è determinato decurtando dall'importo totale del Fondo i seguenti importi corrisposti nel corso del 2004:

1. gli acconti corrisposti per la quota oraria di ponderazione nell'anno 2004 ai Professionisti a tempo indeterminato e determinato e la corrispondente quota compresa nel premio di collaborazione;
2. gli importi corrisposti per le prestazioni di cui alla lettera B-Quota Variabile, dell'art. 44, comma 1 (voci invariate rispetto all'ACN 2005) [si vedano le note B5];
3. l'assegno *ad personam* per i professionisti con orario inferiore alle 12 ore settimanali, comprensivo del premio di collaborazione;
4. la maggiorazione del 10% dell'assegno *ad personam* ex precedente punto 3), nel caso in cui il professionista sia anche Referente di branca;

B4) Il residuo del fondo così determinato si ridistribuisce a tutti i professionisti interessati aventi titolo fino a saldo zero in modo proporzionale alle ore di attività liquidate.

B5) Note all'utilizzo del fondo

Per quanto riguarda alcune voci di utilizzo, ex art. 44 B-Quota variabile, comma 1 dell'ACN vigente, si forniscono alcune interpretazioni:

- nelle prestazioni di cui alla lettera d) sono compresi gli importi per le spese viaggio e per l'attività esterna;
- nelle prestazioni di cui alla lettera e) sono compresi gli importi erogati per il plus orario (art. 29, comma 5 dell'ACN vigente).

C) FONDI PONDERAZIONE PER L'ANNO 2005 RISPETTIVAMENTE PER SAI E PROFESSIONISTI

Dall'1/01/2005 l'acconto si incrementa di € 0,245/ora (ex art. 42, B-Quota variabile, comma 5 e ex art. 43, B-Quota variabile, comma 5 dell'ACN 2005) ed è legato alla disponibilità del SAI/Professionista ad aderire agli AAA.

La quota di € 0,245/ora, relativa ai SAI/Professionisti che non aderiscono agli AAA, resta nel rispettivo Fondo.



D) FONDO PONDERAZIONE PER L'ANNO 2006 RISPETTIVAMENTE PER SAI E PROFESSIONISTI

Dall'1/01/2006 l'acconto si incrementa di ulteriori € 0,22/ora (ex art. 42, B-Quota variabile, comma 5 e ex art. 43, B-Quota variabile, comma 5 dell'ACN 2005).

La quota di € 0,22/ora, relativa agli SAI/Professionisti che non aderiscono agli AAA, resta nel rispettivo Fondo.

E) FONDO PONDERAZIONE SAI PER GLI ANNI SUCCESSIVI AL 2004 e VETERINARI DALL'1/01/2019

Di seguito le modalità di costituzione del Fondo:

1. ore 2005 * (€ 4,41 + aumento contrattuale al 31/12/2004 di € 0,245); tale prodotto costituisce la base per il Fondo 2005 alla quale vanno sommate le Quote di anzianità (importo pieno annuale delle quote di anzianità dei SAI cessati nell'anno precedente + importo resosi disponibile dalla quota di anzianità di medici cessati nell'anno 2005);
2. ore 2006 * (€ 4,655 + aumento contrattuale al 31/12/2005 di € 0,22); tale prodotto costituisce la base per il Fondo 2006 alla quale vanno sommate le Quote di anzianità (totale derivante dalla somma dell'importo pieno annuale delle quote di anzianità di medici cessati negli anni precedenti più l'importo resosi disponibile dalla quota di anzianità dei SAI cessati nell'anno 2006);
3. ore 2007 * € 4,875 = Fondo 2007 + Quote di anzianità (calcolate secondo le modalità di cui sopra);
4. ore 2008 * € 4,875 = Fondo 2008 + Quote di anzianità (calcolate secondo le modalità di cui sopra);
5. ore 2009 * € 4,875 = Fondo 2009 + Quote di anzianità (calcolate secondo le modalità di cui sopra);
6. dal 2010 e per gli anni seguenti si prosegue con le stesse modalità di calcolo al quale va sommato l'importo derivante dalle Quote di anzianità maturate fino al 2009 ai sensi del comma 2 dell'art. 43 dell'ACN vigente.

Saldo del residuo del Fondo determinato secondo le modalità previste per l'anno 2004.

A partire dall'1/01/2019 afferiscono a tale Fondo anche i Veterinari (art. 43, comma 1 dell'ACN vigente)

F) FONDO PONDERAZIONE PROFESSIONISTI PER GLI ANNI SUCCESSIVI AL 2004

Di seguito le modalità di costituzione del Fondo:

1. ore 2005 * (€ 3,205 + aumento contrattuale al 31/12/2004 di € 0,245); tale prodotto costituisce la base per il Fondo 2005 alla quale vanno sommate le Quote di anzianità (importo pieno annuale delle quote di anzianità di Professionisti cessati nell'anno precedente + importo resosi disponibile dalla quota di anzianità di Professionisti cessati nell'anno 2005);
2. ore 2006 * (€ 3,45 + aumento contrattuale al 31/12/2005 di € 0,22); tale prodotto costituisce la base per il Fondo 2006 alla quale vanno sommate le Quote di anzianità (totale derivante dalla somma dell'importo pieno annuale delle quote di anzianità di Professionisti cessati negli anni precedenti più l'importo resosi disponibile dalla quota di anzianità di Professionisti cessati nell'anno 2006);
3. ore 2007 * € 3,67 = Fondo 2007 + Quote di anzianità (calcolate secondo le modalità di cui sopra);
4. ore 2008 * € 3,67 = Fondo 2008 + Quote di anzianità (calcolate secondo le modalità di cui sopra);
5. ore 2009 * € 3,67 = Fondo 2009 + Quote di anzianità (calcolate secondo le modalità di cui sopra);
6. dal 2010 e per gli anni seguenti si prosegue con le stesse modalità di calcolo al quale va sommato l'importo derivante dalle Quote di anzianità maturate fino al 2009 ai sensi del comma 2 dell'art. 44, dell'ACN vigente.

Saldo del residuo del Fondo determinato secondo le modalità previste per l'anno 2004.



LE PARTI

REGIONE VENETO - ASSESSORE alla Sanità – Servizi Sociali - Programmazione Socio Sanitaria	Consenso
SUMAI	Consenso
CISL Medici	Consenso
UIL FPL	Consenso
FESPA	Consenso

