

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1831 del 14 novembre 2017

Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale reso esecutivo in data 17/12/2015, 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.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Con il presente provvedimento si provvede a recepire l'Accordo Integrativo Regionale in ottemperanza delle disposizioni di cui all'art. 4, comma 3 dell'Accordo Collettivo Nazionale, per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, esecutivo in data 17/12/2015.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

In data 17 dicembre 2015 è stato recepito il nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, recepito con Intesa Stato-Regioni; in particolare l'articolo 3, comma 4 e l'articolo 4, comma 3 definiscono per la negoziazione regionale modalità operative e termini come di seguito riportati:

- art. 3, comma 4 "Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, nonché la modalità di distribuzione della parte variabile del compenso e le materie esplicitamente rinviate dal presente Accordo, incluso quanto previsto dall'art. 39. Le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo si impegnano a definire gli Accordi Integrativi Regionali entro il termine di cui al successivo art. 4, comma 3.";
- art. 4, comma 3 "La attuazione di quanto previsto dal precedente comma deve avvenire a seguito dei nuovi Accordi Integrativi Regionali, volti a sostituire quelli in atto, da perfezionarsi entro dodici mesi decorrenti dalla definizione degli atti di programmazione di cui al comma 2, termine oltre il quale la Regione, in mancanza di sottoscrizione di un accordo finalizzato ad attuare quanto previsto al comma 2, provvede unilateralmente a sospendere la parte economica integrativa degli accordi regionali e a disporre l'accantonamento fino alla sottoscrizione del nuovo Accordo Integrativo Regionale."

Con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 29 del 6 aprile 2016 è stato costituito il Tavolo tecnico regionale per la definizione di progettualità finalizzate alla partecipazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni nel progetto di sviluppo delle cure primarie. Il citato Tavolo tecnico regionale, a conclusione della sua attività, ha elaborato il documento base "Individuazione delle modalità operative di partecipazione degli specialisti ambulatoriali interni nel processo di sviluppo di cure primarie, definizione di un modello-tipo coerente con i contenuti del nuovo ACN 2015 e con gli obiettivi della programmazione regionale" (agli atti della Struttura regionale competente), molte parti del quale sono state utilizzate per impostare il nuovo Accordo Integrativo Regionale.

Con successivo Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 90 del 16 settembre 2016 è stato costituito il Tavolo di negoziazione per la definizione dell'Accordo Integrativo Regionale, in ambito del quale sono stati condivisi con le OO.SS. della Specialistica Ambulatoriale Interna i seguenti obiettivi strategici:

- il potenziamento e consolidamento dell'offerta territoriale, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza;
- la ridefinizione delle competenze e l'attivazione di una sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio;
- 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;
- la garanzia della massima appropriatezza in ambito farmaceutico, specialistico e protesico;
- la diffusione di strumenti di clinical governance, mirati anche alla qualità ed alla sicurezza dei pazienti;

- la ricerca della semplificazione degli adempimenti e delle procedure;
- la definizione, l'applicazione e la garanzia di standard di qualità, ma anche standard di quantità, atti a valorizzare le esperienze attuate localmente, riducendo le differenze tra i diversi contesti e superando disuguaglianze ed iniquità;
- 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;
- la promozione del senso di partecipazione civica delle persone per consentire un appropriato utilizzo dei servizi socio-sanitari.

Con il presente provvedimento si propone, quindi, di recepire l'Accordo Integrativo Regionale, condiviso con le OO.SS. della Specialistica Ambulatoriale Interna, in attuazione dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità sanitarie, reso esecutivo in data 17 dicembre 2015, mediante Intesa nella Conferenza Stato - Regioni, nel testo di cui all'**Allegato A**), al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale.

In attuazione dell'ACN 17 dicembre 2015, il presente Accordo Integrativo Regionale è a isorisorse.

Inoltre, si conferma che i Patti aziendali in essere rimangono in vigore fino alla data di recepimento dei nuovi Accordi Attuativi Aziendali e, comunque, le procedure per il rinnovo degli Accordi Attuativi Aziendali dovranno essere avviate entro 60 giorni dalla data di recepimento del nuovo Accordo Integrativo Regionale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

- VISTO l'art. 2, co. 2 della Legge Regionale n. 54 del 31/12/2012;
- VISTE le Leggi Regionali n. 23 del 29/06/2012 e n. 19 del 25/10/2016;
- VISTO l'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), reso esecutivo in data 17/12/2015, mediante Intesa nella Conferenza Stato - Regioni;
- VISTE le DD.G.R. n. 953 del 18/06/2013 e n. 751 del 17/05/2015;
- VISTA la proposta di Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) sottoscritta in data 11/10/2017 da SUMAI ASSOPROF, UIL FPL Federazione e FESPA e in data 17/10/2017 da Federazione CISL Medici;

delibera

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto;
2. di recepire l'Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità sanitarie, reso esecutivo in data 17 dicembre 2015 mediante Intesa nella Conferenza Stato - Regioni, sottoscritto dalla Regione Veneto-Assessore alla Sanità e Programmazione Socio-Sanitaria e le OO.SS. della Specialistica Ambulatoriale Interna, in data 11 ottobre 2017 da SUMAI ASSOPROF, UIL FPL Federazione e FESPA e in data 17 ottobre 2017 da Federazione CISL Medici, nel testo di cui all'**Allegato A**), al presente atto per costituirne parte integrante ed essenziale;
3. di disporre che, nel caso dovessero realizzarsi le condizioni richiedenti un adeguamento normativo e/o economico a seguito di nuovo ACN, si procederà ad una nuova fase di trattativa regionale;
4. di incaricare l'U.O. Cure Primarie e LEA, afferente alla Direzione Programmazione Sanitaria, dell'esecuzione del presente atto;
5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
6. di disporre la pubblicazione urgente del presente atto nel BUR in forma integrale.



REGIONE DEL VENETO

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria
Unità Organizzativa Cure Primarie e LEA

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE RESO ESECUTIVO IN DATA
17/12/2015, 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**

11 e 17 ottobre 2017



5a7bd252



INDICE

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI	4
CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE/ORGANIZZATIVO	4
Art. 1 – Quadro di riferimento.....	4
Art. 2 - Campo di applicazione e durata dell’Accordo Integrativo Regionale.....	5
Art. 3 - Livelli di contrattazione.....	5
Art. 4 - Gli obiettivi del Servizio Socio Sanitario Regionale.....	6
Art. 5 - Obiettivi di Sistema.....	6
Art. 6 - Obiettivi di salute.....	7
Art. 7 - Obiettivi di appropriatezza.....	7
CAPO II - MODALITÀ OPERATIVE DI PARTECIPAZIONE AL PROCESSO DI SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE	8
Art. 8- Visite ambulatoriali per gestione cronicità e visite domiciliari per pazienti fragili.....	8
Art. 9 - La presa in carico del paziente cronico.....	9
Art. 10 - Presa in carico del paziente fragile, complesso, non autosufficiente.....	10
Art. 11 - Percorsi e PDTA.....	11
Art. 12 - Liste d’attesa.....	11
Art. 13 - Teleconsulto specialistico.....	12
Art. 14 - Debito informativo.....	13
Art. 15 - Le AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna.....	13
Art. 16 - Il modello organizzativo dell’AFT.....	14
Art. 17 - Compiti specifici dell’AFT.....	14
Art. 18 - Attività delle AFT.....	15
Art. 19 - Il Referente di AFT.....	16
Art. 20 - Coordinatore di UCCP/MGI.....	16
CAPO III – CONTRATTAZIONE DECENTRATA	17
Art. 21 - Rappresentatività sindacale ai fini della contrattazione decentrata di secondo livello.....	17
Art. 22 - Rappresentatività sindacale ai fini della contrattazione decentrata di terzo livello.....	17
CAPO IV - COMITATI PARITETICI	17
Art. 23 - Comitato Regionale.....	17
Art. 24 - Comitati Zonali.....	18
Art. 25 - Istituzione, durata in carica e funzionamento dei Comitati Regionale e Zonali.....	18
Art. 26 - Partecipazione a Comitati e Commissioni.....	19
CAPO V - RAPPORTO CONVENZIONALE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)	19
Art. 27 - Requisiti, domande, graduatorie e compiti dell’Azienda sede del Comitato Zonale.....	19
Art. 28 - Regolamentazione della gestione di proposte di aumento orario.....	19
Art. 29 - Commissione Tecnica aziendale.....	20
Art. 30 - Compiti e funzioni dello Specialista Ambulatoriale Interno.....	20



5a7bd252



Art. 31 - Compiti e funzioni del Veterinario	21
Art. 32 - Compiti e funzioni del Professionista (Biologi, Chimici, Psicologi)	22
CAPO VI - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO	22
Art. 33 - Responsabile di Branca.....	22
Art. 34 - Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità. Criteri di individuazione..	22
Art. 35 - Procedimento Disciplinare	23
Art. 36 - Formazione Continua (ECM)	23
Art. 37 - Accordi Attuativi Aziendali.....	23
Art. 38 - Nomenclatore Tariffario, prestazioni protesiche ed attività ortesica	23
Art. 39 - Indennità di sede disagiatissima	24
Art. 40 - Diritto all'informazione e consultazione tra le parti.....	24
NORMA FINALE N. 1.....	24
NORMA FINALE N. 2.....	24
DICHIARAZIONE A VERBALE N. 1.....	24
DICHIARAZIONE A VERBALE N. 2.....	24
DICHIARAZIONE A VERBALE N. 3.....	24
DICHIARAZIONE A VERBALE DI FEDERAZIONE CISL MEDICI	25
LEGENDA	26
LE PARTI FIRMATARIE	27



5a7bd252



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 (L.R.) n. 23/2012, e alla riorganizzazione dell'assetto del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR), approvata con L.R. n. 19/2016, la valorizzazione della persona nella sua globalità ed in rapporto ai suoi contesti di vita costituisce obiettivo strategico da perseguire nella consapevolezza che la salute è patrimonio della collettività, perseguendo la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo uniforme su tutto il territorio regionale, accettando di valutare la qualità della presa in carico, l'appropriatezza del setting assistenziale e dei tempi di erogazione in relazione alla tipologia del bisogno, il costante monitoraggio delle performance.
2. Rappresentano azioni strategiche:
 - la completa 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 uguale opportunità nel raggiungimento e nel mantenimento di obiettivi di salute individuali e pari opportunità di accesso e fruizione di interventi;
 - la concentrazione e la specializzazione delle attività gestionali amministrative prevedendo un soggetto responsabile (Azienda Zero) che affianca e supporta le Aziende Sanitarie fornendo strumenti di governance a sostegno dei percorsi clinico-assistenziali.
3. In questa cornice deve trovare la sua completa applicazione l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992, recepito con Intesa Stato – Regioni in data 17 dicembre 2015.
4. Detto ACN, che sotto l'aspetto economico è a isorisorse:
 - scaturisce dalla riforma introdotta nell'ordinamento vigente con la L. n. 189/2012 (Legge Balduzzi). Di particolare rilievo al presente Accordo Integrativo Regionale (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. A tale provvedimento ha fatto seguito col D.P.R. 4 settembre 2013, n. 122 la possibilità, per la sola parte normativa e senza possibilità di recupero per la parte economica, di dar luogo alle procedure contrattuali e negoziali ricadenti negli anni 2013-2014;
 - si adegua e si raccorda con le disposizioni introdotte dal D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, che modifica il D.Lgs. n. 165/2001;
 - 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. 7 dell'ACN 2015, la UCCP:
 - rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in modo integrato all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, 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 e definito dalla Regione;
 - opera in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multi-professionale, ai bisogni di salute complessi;



5a7bd252



- 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. 4, comma 4 dell'ACN 2015, 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 fulcro su cui dovrà riorganizzarsi l'intero assetto dell'assistenza territoriale regionale per garantire una maggiore accessibilità, assicurando la copertura h12 attraverso la presenza della medicina di famiglia nella sede di riferimento e strutturando una integrazione effettiva con la Continuità Assistenziale per garantire una efficace copertura h24, 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. 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.
 8. Rappresentano, dunque, scelte strategiche della programmazione regionale:
 - a) la possibilità di individuare da parte delle Aziende Sanitarie figure con funzioni organizzative (es. Responsabile di Area, di Branca e di AFT) per perseguire specifici obiettivi aziendali;
 - b) il potenziamento e consolidamento dell'offerta territoriale, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza;
 - c) la ridefinizione delle competenze e l'attivazione di una sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio;
 - 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, 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 per consentire un appropriato utilizzo dei servizi socio-sanitari.

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

1. Il presente AIR entra in vigore dalla data di adozione del provvedimento di recepimento 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 2015): Accordo Collettivo Nazionale, ACN;



5a7bd252



- b) regionale (art 3, comma 4, ACN 2015): Accordo Integrativo Regionale, AIR;
 - c) aziendale (art. 3, comma 5, ACN 2015): Accordo Attuativo Aziendale, AAA.
2. Il presente AIR individua gli obiettivi e gli strumenti per la Specialistica ambulatoriale interna, Veterinaria e le altre Professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali 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. 4, comma 4 dell'ACN 2015) e delle altre Professionalità sanitarie ambulatoriali allo sviluppo delle Cure primarie, alla costituzione delle AFT ed alla collaborazione nelle MGI deve essere finalizzate 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 Medicina 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) realizzare 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, rivisitandone il modello organizzativo, al fine di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
 - c) sviluppare 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;
 - d) rimodulare l'assistenza residenziale per rispondere alle nuove 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) utilizzare l'innovazione tecnologica e la rete informatica quali strumenti a supporto di un trattamento tempestivo reso al paziente, ma anche di fruibilità e condivisione delle informazioni al fine di garantire la continuità dell'assistenza nella sua accezione di continuità informativa;
 - f) collaborare attivamente nell'ambito dei programmi di prevenzione;
 - g) essere coinvolti nei 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 dello Specialista Ambulatoriale Interno (SAI), del Veterinario e delle altre Professionalità sanitarie ambulatoriali 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.



5a7bd252



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 definizione e la condivisione 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 degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) a supporto dell'attività distrettuale e del 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.).

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 al buon governo del sistema attraverso percorsi di appropriatezza al fine di migliorare la qualità del servizio e consentire una nuova dimensione dell'offerta che privilegi l'assistenza territoriale, nell'ottica dell'abbattimento delle liste di attesa;
 - 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) contribuire a governare le liste d'attesa secondo le disposizioni della DGR n. 320 del 12 marzo 2013 e s.m.i.;
 - e) promuovere il teleconsulto specialistico, costituendo spazi di consulenza/colloquio tra specialisti e MMG per la presentazione di casi o per conseguire accordi sul percorso di presa in carico;
 - f) contribuire a garantire l'appropriatezza delle richieste dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al Pronto Soccorso;



5a7bd252



- g) 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;
 - h) incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto;
 - i) perseguire l'appropriatezza nelle prescrizioni di protesi e ausili;
 - j) completare l'attivazione del 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 9 e 22, ACN).
3. I SAI, i Veterinari e le altre Professionalità sanitarie ambulatoriali partecipano alla sostenibilità economica del SSSR attraverso l'appropriatezza prescrittiva nel rispetto delle esigenze di salute degli assistiti, utilizzando criteri di efficienza.
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 ultimi anni ha coinvolto le Cure primarie, compresa l'assistenza specialistica ambulatoriale la cui attività è quella di erogare prestazioni specialistiche su specifica richiesta motivata, prevalentemente proveniente dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, risulta necessario sviluppare maggiore integrazione e collaborazione tra professionisti operanti sul territorio e in ospedale per condividere percorsi e indicatori e perseguire un cammino comune volto ad affrontare il tema dell'appropriatezza delle azioni per un efficace governo della domanda.
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 anche nell'assistenza domiciliare, in quella residenziale e penitenziaria.
4. Le modalità operative di partecipazione sono delineate nei seguenti articoli.

Art. 8- Visite ambulatoriali per gestione cronicità e visite domiciliari per pazienti fragili

1. La prevalenza e l'incidenza delle malattie croniche impongono di attuare modelli assistenziali efficaci e che possano garantire la sostenibilità del sistema, prevedendo l'applicazione di PDTA per le malattie a maggiore prevalenza, nei quali gli elementi centrali sono l'integrazione tra i professionisti e il coinvolgimento dei pazienti (*engagement*). Nell'organizzazione distrettuale, i SAI sono parte integrante dei team multi-professionali per la presa in carico della cronicità e del paziente fragile.
2. Il sistema Adjusted Clinical Group, adottato dalla Regione Veneto per classificare la popolazione per profili omogenei di costellazioni di malattia/multi morbosità e consumo di risorse, consente di rappresentare il carico assistenziale atteso e può supportare un'attività di auditing su progetti di care e disease management a livello distrettuale o di AFT/MGI (**Figura 1**).

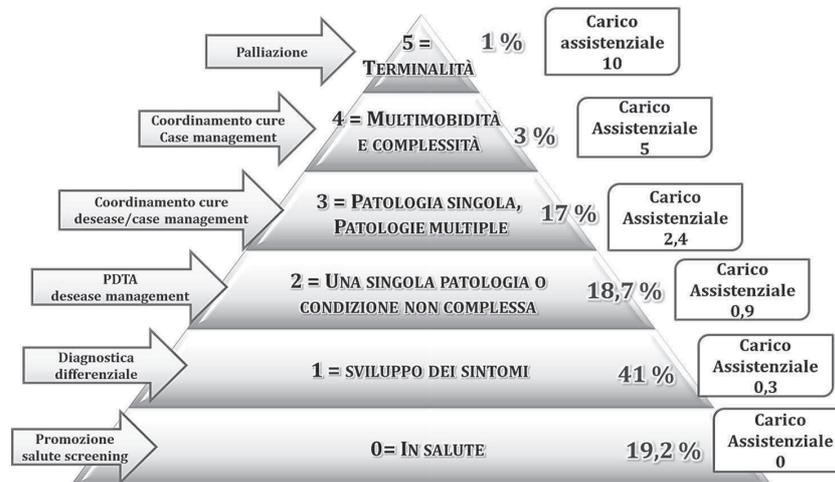


5a7bd252



3. Gli obiettivi che la Regione assegna annualmente alle Aziende Sanitarie rappresentano il perimetro delle azioni e dei relativi indicatori che sono declinati per le AFT dei SAI, in integrazione con le AFT della Medicina Generale (MG) e l'Ospedale.

Figura1: stratificazione della popolazione della Regione Veneto



Art. 9 - La presa in carico del paziente cronico

1. 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.
2. L'applicazione a livello aziendale dei PDTA viene realizzata a livello di AFT e di MGI, prevedendo la realizzazione di audit clinici per il monitoraggio e adeguati momenti formativi. I SAI partecipano a livello di AFT, in via prioritaria, all'applicazione di questi percorsi per la gestione della cronicità nelle diverse modalità da definirsi a livello aziendale.
3. 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.
4. 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 di attrezzature da mettere a disposizione, prevedendo la costituzione di pool di specialisti di "riferimento" per l'AFT e/o la MGI.
5. Per garantire la continuità dell'assistenza e l'integrazione multi-professionale dovrà essere altresì completata la definizione ed adozione del FSE, 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.
6. In questa visione l'attività specialistica potrà articolarsi in:



5a7bd252



- 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 dalla DGR 1690/2016 e s.m.i.;
- attività di teleconsulto specialistico con Medici di Medicina generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS) in fasce orarie dedicate, anche tramite i servizi già avviati dalla Regione oppure attraverso sistemi di videoconferenza e di telemonitoraggio/teleassistenza con consulenza a distanza;
- attività di auditing periodico in integrazione con le AFT della medicina generale e con le MGI anche per target specifici di pazienti;
- 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. 10 - 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 e per gestire il transito tra i diversi ambiti, tutelando la presa in carico, la Regione Veneto ha individuato la Centrale Operativa Territoriale (COT), quale strumento organizzativo di integrazione.
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.
6. In questa visione l'attività specialistica potrà, quindi, articolarsi:
 - a) nella partecipazione alle Unità Valutative Multidisciplinari di attivazione e verifica dei progetti domiciliari;
 - b) nelle consulenze domiciliari periodiche o su richiesta del MMG/PLS;
 - c) nelle consulenze presso i centri servizio, strutture di ricovero intermedie, strutture residenziali per disabili e non autosufficienti. 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);
 - e) nell'attività ambulatoriale secondo quanto previsto dal Piano Assistenziale Individualizzato;
 - f) nell'ambito della profilassi delle malattie soprattutto per l'offerta vaccinale, previa adeguata formazione.



5a7bd252



Art. 11 - Percorsi e PDTA

1. Il governo dell'assistenza specialistica ambulatoriale e il rispetto dei tempi di attesa presuppongono l'analisi e il monitoraggio continuo degli aspetti che la compongono:
 - andamento della domanda,
 - organizzazione dell'offerta,
 - sistema di prenotazione/erogazione.
2. La normativa nazionale e regionale è intervenuta più volte per regolamentare un sistema complesso, ad alto impatto sulla qualità percepita del servizio sanitario da parte della popolazione.
3. In conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia di *governo di liste di attesa*, si ribadisce, nell'organizzazione dell'offerta, la necessità della presa in carico del paziente da parte della struttura nella definizione diagnostica e nel follow up.
4. 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.
5. Per garantire la presa in carico è necessario:
 - 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 Branch della Specialistica Ambulatoriale Interna, in primis in riferimento alle eventuali Branche specialistiche interamente garantite dai SAI;
 - una verifica dei criteri di appropriatezza della domanda condivisi e formalizzati a livello aziendale sulla base di specifici percorsi;
 - 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;
 - la condivisione, a livello di AFT, delle problematiche cliniche che necessitano di monitoraggio periodico e sulla tempistica dello stesso.
6. In questa visione il SAI deve:
 - a) partecipare ed essere coinvolto, 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;
 - b) partecipare al processo di auditing con tutti gli attori coinvolti, per il miglioramento dell'appropriatezza clinica;
 - c) rispettare indicazioni/raccomandazioni formalizzate a livello aziendale, anche attraverso gruppi di lavoro integrati.

Art. 12 - Liste d'attesa

1. Le esperienze rilevate nella quasi totalità delle Aziende Sanitarie hanno evidenziato come in caso di momentanea "assenza di offerta" sia possibile l'utilizzo da parte dei Centri Unici di Prenotazioni (CUP) di "liste di attesa fluttuanti" o "liste di appoggio".



5a7bd252



2. La “lista di attesa fluttuante” o “lista di appoggio”:
 - 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 con riferimento alla data di contatto ai fini del calcolo del tempo di attesa;
 - deve evidenziare, per ogni prestazione, suddivisa per branca specialistica, almeno: il codice identificativo da CUP, 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 prioritarizzazione indicata;
 - 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 per l’erogazione delle prestazioni nel rispetto delle priorità con modalità da definirsi a livello di accordi aziendali. In questo processo andrà coinvolto anche il Responsabile di branca a supporto per il vaglio e la gestione dell’appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Art. 13 - Teleconsulto specialistico

1. Un ulteriore strumento finalizzato alla integrazione ed alla continuità dell’assistenza è rappresentato dal Teleconsulto specialistico: 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, 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 di Teleconsulto specialistico 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.
6. Le modalità organizzative saranno stabilite a livello di AAA, avvalendosi anche dei servizi già avviati dalla Regione.



5a7bd252



Art. 14 - Debito informativo

1. L'art. 9 dell'ACN 2015 prevede espressamente che per l'espletamento dell'attività istituzionale i SAI, i Veterinari ed le altre Professionalità sanitarie ambulatoriali, 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 le altre Professionalità sanitarie ambulatoriali 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:
 1. l'uso di cartella ambulatoriale informatizzata;
 2. il referto informatizzato, al fine della costruzione del FSE;
 3. 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.

Art. 15 - 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 articolato su più livelli assistenziali 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 delle cure primarie 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 miglior 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 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. 4, comma 2 dell'ACN vigente).
5. Pertanto le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo di sviluppare strategie comuni per garantire e migliorare i LEA in ambito territoriale, avviando le procedure previste per dare attuazione alle AFT (attivazione del



5a7bd252



tavolo negoziale aziendale per la Specialistica ambulatoriale interna, individuazione e programmazione delle AFT e dei rispettivi coordinatori e definizione dei relativi compiti).

Art. 16 - Il modello organizzativo dell'AFT

1. Nell'AFT operano obbligatoriamente i SAI, i Veterinari e le altre Professionalità sanitarie ambulatoriali (art. 4, comma 1 dell'ACN 2015), garantendo la funzionalità nella realizzazione della presa in carico integrata e, quindi, collaborando con tutti i nodi della filiera assistenziale territoriale.
2. La partecipazione alla AFT avverrà secondo modalità e livelli di partecipazione/coinvolgimento differenziati, tenuto conto delle priorità e degli obiettivi definiti a livello regionale e/o aziendale, con particolare riferimento:
 - a) all'integrazione multidisciplinare-multiprofessionale a garanzia della continuità clinica ed assistenziale tra i diversi livelli aziendali (distrettuale, di prevenzione ed ospedaliero);
 - b) alla gestione delle liste di attesa;
 - c) all'appropriatezza prescrittiva;
 - d) alla puntuale applicazione dei percorsi e di PDTA regionali e/o aziendali;
 - e) alla gestione della cartella ambulatoriale, del referto informatizzato (per la realizzazione del FSE); della prescrizione con ricetta dematerializzata; della prescrizione diretta dei controlli successivi per la presa in carico dell'assistito, mediante le strutture ed i sistemi messi a disposizione dall'Azienda Sanitaria.
3. 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 e al diverso grado di coinvolgimento nella gestione dei PDTA.
4. Indicativamente la dimensione del bacino delle AFT specialistiche potrà variare da un minimo di 30.000 abitanti ad un massimo di 100.000 abitanti, limiti che potranno essere derogati in relazione alle funzioni attribuite alle specifiche AFT e al mix di branche presenti, e, comunque, dovranno essere rapportate alla dimensione complessiva del distretto di riferimento.
5. Le Aziende Sanitarie dovranno, pertanto, provvedere ad una programmazione specifica, che dovrà essere trasmessa alla Regione, tenendo conto dei seguenti parametri:
 - a) distribuzione della popolazione;
 - b) numero di poliambulatori specialistici;
 - c) distribuzione ed organizzazione delle MGI;
 - d) presenza di strutture residenziali e di strutture di ricovero intermedie;
 - e) numero totale di SAI;
 - f) dimensione del bacino delle AFT dei MMG.
6. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da apposito Regolamento definito attraverso un tavolo tecnico aziendale, sentito il Comitato zonale.

Art. 17 - Compiti specifici dell'AFT

1. Le AFT sono funzionali alla realizzazione della presa in carico integrata e, quindi, gli obiettivi ad esse affidate dovranno essere coerenti con gli obiettivi del Distretto e dell'Azienda.
2. I compiti essenziali dell'AFT di cui all'art. 5, comma 4 dell'ACN 2015, sono:
 - assicurare sul territorio di propria competenza l'erogazione a tutti i cittadini dei LEA;



5a7bd252



- 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;
 - sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione;
 - promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei LEA;
 - 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;
 - partecipare alla diffusione dell'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di peer review;
 - partecipare alla promozione di modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, educazione terapeutica ed alimentare, 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.
3. Gli Specialisti ambulatoriali interni afferenti all'AFT possono operare:
- presso i poliambulatori specialistici distrettuali e gli ospedali;
 - presso i consultori familiari e le altre sedi distrettuali;
 - presso e per le sedi delle MGI;
 - presso e per le strutture di ricovero intermedie e le strutture residenziali;
 - nelle attività di formazione-informazione presso le scuole ed altre strutture pubbliche;
 - presso i dipartimenti di prevenzione.
4. In conformità alle esigenze effettive sarà verificata la possibilità di rideterminare il monte ore aziendale, come previsto dalla DGR n. 2338/2011, Allegato A), per l'assegnazione di nuovi incarichi SAI da dedicare ad attività specifiche finalizzate a bacini di popolazione delle MGI e dall'art. 3, comma 7 dell'ACN del 17/12/2015, nel rispetto della programmazione regionale (DGR n. 1690/2016 e s.m.i.).
5. Nella loro attività gli Specialisti ambulatoriali interni afferenti alle AFT sono tenuti a:
- a) utilizzare la rete informatica aziendale per il collegamento con i CUP e la trasmissione di dati a fini epidemiologici e prescrittivi;
 - b) utilizzare le cartelle informatiche – informative messe a disposizione dalle Aziende Sanitarie;
 - c) utilizzare i sistemi di connessione telematica tra i poliambulatori specialistici, le AFT dei MMG e dei PLS e le altre strutture aziendali.

Art. 18 - Attività delle AFT

1. Costituiscono attività proprie dell'AFT:
- a) la presa in carico integrata della persona, al fine di garantire la continuità dell'assistenza, facilitare i percorsi assistenziali dell'utente e ridurre le "fughe";
 - b) l'esecuzione di visite specialistiche periodiche pianificate (es. medicina d'iniziativa, controlli per patologia, screening e prevenzione, ecc.);
 - c) la consulenza ai MMG anche nelle sedi delle MGI 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;
 - d) 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;
 - e) 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;
 - f) l'applicazione degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva definiti con apposita Deliberazione di Giunta e assegnati annualmente alle Aziende Sanitarie;
 - g) lo sviluppo di ambulatori multi branca per specifiche patologie;
 - h) la messa a disposizione di fasce orarie dedicate alla consulenza telefonica/telematica;



5a7bd252



- i) l'attivazione di ambulatori dedicati alla consulenza pediatrica (SAI d'organo);
- j) la partecipazione a programmi di aggiornamento multidisciplinari e multiprofessionali, audit, percorsi di risk management;
- k) la partecipazione all'individuazione degli indicatori aziendali finalizzati alla valutazione dell'attività della AFT.

Art. 19 - Il Referente di AFT

1. L'AFT è coordinata da un Referente, individuato con le modalità di cui all'art. 6 dell'ACN 2015 e, in caso di assenza, dal sostituto.
2. Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria individua tra gli specialisti ambulatoriali, 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 (art. 6, comma 2, ACN vigente).
3. Dalla istituzione della AFT il Coordinatore distrettuale di cui all'art. 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. 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. 6, comma 1, ACN vigente).
4. Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria individua tra i Referenti di AFT il Coordinatore aziendale che farà parte del Collegio di Direzione.
5. Il Coordinatore di Rete, previsto dalla DGR n. 2338 del 29 dicembre 2011 "*Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della D.G.R. n. 41 del 18.1.2011 – specialistica ambulatoriale interna.*" è sostituito dal Referente della AFT, i cui compiti sono stabiliti dai commi 3-4-5 dell'art. 6 dell'ACN. Pertanto, allo stesso viene riconosciuto lo stesso compenso, che non costituisce un nuovo ed ulteriore onere a carico dell'Azienda Sanitaria in quanto già disposto dal citato provvedimento, riconosciuto al Referente della AFT nella misura di un incremento del 5% dei seguenti compensi:
 - se Specialista ambulatoriale interno o veterinario, il compenso di cui all'art. 41, A- Quota oraria, commi 1-2-3-4, B-Quota variabile, comma 1, lettere a)-b)-c)-d)-e)-g);
 - se Professionista, il compenso di cui all'art. 42, A-Quota oraria, commi 1-2-3-4, B-Quota variabile, comma 1, lettere d)-e)-f).
6. A livello aziendale andranno definite le modalità e le ore da dedicarsi alla suddetta attività.

Art. 20 - Coordinatore di UCCP/MGI

1. Ai sensi dell'art. 8, comma 1 dell'ACN 2015, qualora l'Azienda Sanitaria decida di individuare il Coordinatore dell'UCCP/MGI tra i SAI, i Veterinari (di cui all'art. 4, comma 4 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.



5a7bd252



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

CAPO III – CONTRATTAZIONE DECENTRATA

Art. 21 - 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 e dell'art. 4, comma 3, tra la Regione e le OO.SS. individuate dalle disposizioni dell'art. 12 dell'ACN 2015.
2. Gli AIR sono resi esecutivi con apposito provvedimento.
3. Ai fini della contrattazione decentrata di secondo livello (AIR), il terminale associativo, definito dalla Dichiarazione a verbale n. 3 dell'ACN 2015, 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.
4. Pertanto, il terminale associativo deve rispondere a precise logiche di democraticità presenti nello statuto della singola Organizzazione Sindacale. Fermo quanto disciplinato dall'art. 12 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 crystalizzate nello Statuto dell'O.S. e indicate all'atto della comunicazione dei nominativi.

Art. 22 - Rappresentatività sindacale ai fini della contrattazione decentrata di terzo livello

1. La contrattazione decentrata non viene svolta in ambito di Comitato zonale, ma costituisce attività negoziale le cui intese vengono definite, ai sensi dell'art. 3, comma 5, tra l'Azienda Sanitaria e le OO.SS. individuate dalle disposizioni dell'art. 12 dell'ACN 2015.
2. Gli AAA sono resi esecutivi con apposito provvedimento.
3. Ai fini della contrattazione decentrata di terzo livello (AAA), il terminale associativo, definito dalla Dichiarazione a verbale n. 3 dell'ACN 2015, domiciliato presso l'Azienda, è composto da SAI, Veterinari oppure Professionisti iscritti all'Organizzazione sindacale rappresentativa a livello aziendale e in servizio presso la Azienda.
4. Si richiama quanto precisato all'art. 21, comma 4 del presente AIR.

CAPO IV - COMITATI PARITETICI

Art. 23 - Comitato Regionale

1. In aggiunta ai compiti già previsti dall'ACN 2015, il Comitato regionale può, altresì, fornire consulenza sulla riorganizzazione e la copertura delle espansioni di attività dell'Area complessiva dell'assistenza



5a7bd252



specialistica, in relazione alle future esigenze e all'attivazione di nuovi turni (DGR n. 2338 del 29/12/2011, DGR n. 1690 del 26/10/2016 e DGR n. 2174 del 23/12/2016).

2. Per il calcolo della rappresentatività delle OO.SS. ai fini della composizione del Comitato regionale si fa riferimento alla consistenza associativa rilevata da SISAC ai sensi dell'art. 11 dell'ACN 2015 e da essa certificata.
3. Ad ogni OO.SS. 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 frazionali all'unità più vicina permette l'assegnazione completa dei posti.

Art. 24 - Comitati Zonali

1. In aggiunta ai compiti già previsti dall'ACN vigente, il Comitato zonale può, altresì:
 - 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;
 - esprimere pareri preventivi 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;
 - supportare l'Azienda Sanitaria, se richiesto, per la soluzione di eventuali problematiche concernenti le graduatorie provvisorie annuali, della cui redazione se ne dà comunicazione;
 - valutare i corsi di aggiornamento e i convegni ai sensi della normativa regionale vigente.
2. 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. 11 ACN 2015 e da essa certificata, con riguardo alle deleghe rilevate al 1° gennaio dell'anno precedente.

Art. 25 - Istituzione, durata in carica e funzionamento dei Comitati Regionale e Zonali

1. Ai Comitati regionale e zonali si applicano le seguenti disposizioni:
 - 1) Il Comitato regionale e i Comitati zonali vanno costituiti entro novanta giorni dall'adozione del provvedimento che recepisce il presente accordo.
 - 2) I pareri emessi dal Comitato devono essere tenuti a disposizione di tutti gli interessati.
 - 3) 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 sede del Comitato zonale la loro sostituzione.
 - 4) I Comitati durano in carica fino alla nomina dei nuovi a seguito del rinnovo dell'ACN/AIR.
 - 5) I Comitati zonali sono validamente riuniti qualunque sia il numero dei componenti presenti e deliberano a maggioranza.
 - 6) 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.
 - 7) 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.
 - 8) 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. 16, comma 11, ACN 2015).
 - 9) 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



5a7bd252



modo da agevolare la programmazione della partecipazione dello specialista salvaguardando l'attività da espletare.

- 10) 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. 16, comma 7 dell'ACN 2015. Le funzioni di segretario verbalizzante sono svolte da un funzionario aziendale.
- 11) 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.
- 12) I pareri espressi ed approvati nel corso della seduta vanno comunicati alla struttura/soggetto richiedente anche prima dell'approvazione del verbale.
- 13) 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*".
- 14) 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. 26 - Partecipazione a Comitati e Commissioni

1. Giusto quanto previsto dall'art. 14, comma 1 dell'ACN 2015, per la partecipazione alle riunioni previste dal presente accordo, non in orario di servizio, in località diversa da quella di residenza/servizio, le Aziende Sanitarie devono assicurare i rappresentanti degli Specialisti ambulatoriali interni, 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. 30, comma 8 dell'ACN 2015.
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 V - RAPPORTO CONVENZIONALE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

Art. 27 - Requisiti, domande, graduatorie e compiti dell'Azienda sede del Comitato Zonale

1. In attuazione dell'art. 17, comma 1 dell'ACN 2015, la domanda di inserimento nelle graduatorie provinciali può essere inviata anche per via telematica attraverso posta elettronica certificata.

Art. 28 - 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 il raggiungimento del tempo pieno (38 ore settimanali), evitando anche il frazionamento dell'incarico in più 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. 18, commi 1 e 2 dell'ACN 2015 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 proponente;



5a7bd252



- b) le ore proposte in aumento devono essere di norma divisibili;
- 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 la stessa Azienda (se l'aumento non può essere conferito il sanitario non soggiacerà alla preclusione a partecipare, per un anno, all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda);
- d) l'Azienda può dichiarare le ore indivisibili, per l'esiguo numero delle stesse o per ragioni organizzative, in tal caso il sanitario rinunciario all'aumento orario non soggiacerà alla preclusione a partecipare, per un anno, all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda;
- e) se l'Azienda, 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, per un anno, all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda;
- f) se all'accettazione dell'aumento orario, segue l'impossibilità dell'Azienda 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, per un anno, all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda;
- g) nel caso di condizioni permanenti e documentate di impedimento alla autonomia per raggiungere le sedi previste, come stabilito dall'art. 18, comma 2 dell'ACN 2015, il sanitario rinunciario all'aumento orario non soggiacerà alla preclusione a partecipare, per un anno, all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda;
- h) in tutti gli altri casi, al sanitario che rinuncia all'aumento orario, previsto dall'art.18, comma 1 dell'ACN 2015, rimane preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per un anno ai sensi del successivo comma 2 del citato articolo.

Art. 29 - Commissione Tecnica aziendale

1. Ai sensi dell'art. 18, comma 5 dell'ACN 2015, il Comitato 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 2015 che provvederanno alla loro nomina e a quella di un segretario verbalizzante.
2. L'Azienda sede del Comitato trasmette la documentazione pervenuta al segretario della Commissione.
3. La Commissione tecnica aziendale:
 - valuta la documentazione prodotta dai candidati con dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46-47 del DPR n. 445/2000;
 - 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 e inviato all'Azienda sede del Comitato che stilerà la graduatoria seguendo l'ordine di priorità previsto dall'art. 19 o dall'art. 20 dell'ACN 2015 e la invierà all'Azienda (o alle istituzioni di cui alla Dichiarazione a verbale n. 1 dell'ACN 2015) 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 2015.

Art. 30 - Compiti e funzioni dello Specialista Ambulatoriale Interno

1. Ad integrazione dei compiti come individuati dall'art. 22 dell'ACN 2015, si precisa quanto segue.
2. Lo specialista ambulatoriale 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,



5a7bd252



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 qualora coinvolta la materia della specialistica ambulatoriale interna.

3. Inoltre, il SAI ai sensi dell'art. 22, comma 8 dell'ACN 2015:
 - partecipa, sulla base di accordi di livello regionale, alle sperimentazioni cliniche (lett. f del sopracitato art. 22, 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;
 - 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. 22, comma 8). L'Azienda individua i SAI che dovranno collaborare alla corretta stesura dei piani terapeutici, riguardanti particolari patologie in analogia a quanto previsto per i medici dipendenti.
4. L'attribuzione di altri incarichi agli specialisti può avvenire nel rispetto dell'art. 35, comma 1, lett. d), secondo quanto disposto dalla legge nazionale. Ai fini dell'attribuzione di incarico aziendale di struttura semplice o complessa, 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.
5. 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. 22, 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. L'individuazione dei professionisti potrà avvenire nel contesto del AAA o di specifici progetti aziendali. Il correlato trattamento economico sarà definito in analogia al trattamento del Responsabile di branca, salvo ulteriori AAA.

Art. 31 - Compiti e funzioni del Veterinario

1. Ai sensi dell'art. 22, comma 9 e ad integrazione dei compiti come individuati dall'art. 23 dell'ACN 2015, il Veterinario assicura il proprio contributo alla mission aziendale in tema di 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; attività connesse al controllo ufficiale in materia di igiene degli alimenti e materie correlate ai fini anche della sicurezza alimentare. 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. 22, comma 9 dell'ACN 2015, riguardano anche i veterinari nei limiti delle relative competenze e secondo il relativo codice deontologico.
3. L'Azienda individua tra i Veterinari di cui al presente accordo coloro i quali svolgeranno le funzioni di controllo ufficiale nelle materie sopra definite, oltre a tutti gli altri compiti previsti dall'ACN 2015 e dalle norme legislative.
4. 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.



5a7bd252



Art. 32 - Compiti e funzioni del Professionista (Biologi, Chimici, Psicologi)

1. Ai sensi dell'art. 22, comma 9 e ad integrazione dei compiti come individuati dall'art. 24 dell'ACN 2015, il professionista (biologo, chimico, psicologo):
 - partecipa al processo di presa in carico relativo a ciascun paziente tenuto conto dei compiti previsti dall'ACN 2015 in una logica di forte integrazione;
 - 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 gli specialisti ambulatoriali 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. 30 dell'ACN 2015.
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) applicabili in oncologia, microbiologia/virologia. Può partecipare, inoltre, a studi epidemiologici programmati dall'Azienda e può collaborare alle attività di prevenzione per il miglioramento degli stili di vita, in particolare all'educazione alimentare.

CAPO VI - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO**Art. 33 - Responsabile di Branca**

1. In riferimento al Responsabile di Branca (SAI, Veterinario, Professionista) si rinvia alle disposizioni contenute nell'AIR recepito con DGR n. 3220 del 25/10/2005.

Art. 34 - Flessibilità operativa, riorganizzazione degli orari e mobilità. Criteri di individuazione

1. Al fine di dare attuazione al disposto dell'art. 28, 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:
 - 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).
2. Dal provvedimento di mobilità sono, comunque, esclusi i convenzionati incaricati in zone disagiatissime e disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole (art. 41, comma 12 dell'ACN 2015).



5a7bd252



Art. 35 - Procedimento Disciplinare

1. Al fine di dare attuazione all'art. 37, comma 5, lettera b) dell'ACN 2015, l'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD) deve essere costituita ai sensi della DGR n. 2174 del 23/12/2016.

Art. 36 - Formazione Continua (ECM)

1. In materia si rinvia alle disposizioni di cui all'AIR recepito con DGR n. 3220 del 25/10/2005 e alla DGR n. 3846 del 5/12/2006, tenendo conto della fase di riorganizzazione in atto (di cui alla L.R. n. 19/2016).

Art. 37 - Accordi Attuativi Aziendali

1. Per lo svolgimento di programmi e progetti finalizzati aziendali concernenti l'attività specialistica distrettuale, le disposizioni dell'art. 39 dell'ACN 2015 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 Accordo, 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 4-7 del presente AIR.
4. Inoltre, a garanzia di una efficiente organizzazione del lavoro, si devono prevedere meccanismi concordati di "sostituzione" e/o "recupero" delle visite prenotate in caso di improvvisa assenza del SAI, del Veterinario ed delle altre Professionalità.
5. Oltre a quanto sopra precisato, le Aziende Sanitarie coinvolgono, secondo quanto previsto dal presente AIR, i SAI, i Veterinari ed le altre Professionalità nei progetti-obiettivo aziendali che prevedono la partecipazione del personale medico convenzionato e dipendente ai sensi dell'art. 39, comma 4 dell'ACN 2015.
6. Le Aziende Sanitarie devono comunicare preventivamente alle OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale i progetti ed i programmi finalizzati previsti dal presente AIR e dall'art. 39 dell'ACN 2015.

Art. 38 - 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 2015.
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. Tale emolumento aggiuntivo orario non comprende le prestazioni aggiuntive di cui all'art. 39, comma 3 e le ulteriori attività e specifiche prestazioni di cui all'art. 41, comma 13 dell'ACN 2015.



5a7bd252



Art. 39 - Indennità di sede disagiatissima

1. In materia si rinvia alle disposizioni di cui all'AIR recepito con DGR n. 3220 del 25/10/2005.

Art. 40 - Diritto all'informazione e consultazione tra le parti

1. Vengono garantite, da parte dell'Azienda Sanitaria e nei confronti delle OO.SS. dell'Area, adeguate forme di informazione e di accesso ai dati, nel rispetto della legislazione sulla riservatezza delle informazioni di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.

NORMA FINALE N. 1

1. Per quanto non espressamente previsto nel presente AIR si applicano le disposizioni dell'Accordo Regionale di cui alla DGR n. 3220 del 25 ottobre 2005 e s.m.i. se e in quanto compatibili con l'ACN 2015.

NORMA FINALE N. 2

1. Entro sessanta giorni del provvedimento di recepimento del presente AIR, le Aziende ULSS sono tenute ad avviare le procedure di definizione delle AFT e ad avviare la definizione di obiettivi conformi a quanto stabilito negli articoli 4-7, provvedendo ad adeguare il trattamento economico a tutti gli Specialisti ambulatoriali interni, i Veterinari e i Professionisti, ovunque operanti, come previsto dall'art. 8, comma 2 dell'ACN 8 luglio 2010, rep. atto. n. 80/CSR "*Le Regioni, per i relativi accordi decentrati potranno contare su una quota per ora, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, pari ad euro 0,46 (zero/46) per gli specialisti ambulatoriali ed i veterinari a tempo indeterminato, pari ad euro 0,33 (zero/33) per le altre professionalità (biologi, psicologi e chimici) a tempo indeterminato e pari ad euro 0,44 (zero/44) per gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professionalità a tempo determinato*" ed alla liquidazione dell'arretrato spettante a far data dal 1° gennaio 2010.
2. Le Aziende Sanitarie sono tenute, altresì, ad avviare la definizione di obiettivi conformi a quanto stabilito negli articoli 4-7 del presente AIR e a provvedere ad adeguare il trattamento economico anche nel caso di sanitari per i quali non è fattibile la partecipazione alla AFT.

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.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 2

1. Ogni disposizione del presente AIR si applica, indipendentemente dal richiamo formale ed in quanto compatibile, a tutti i SAI, ai Veterinari ed alle altre Professionalità sanitarie di cui all'ACN 2015.

DICHIARAZIONE A VERBALE N. 3

1. Le OO.SS. hanno condiviso la strategia regionale di considerare i SAI, i Veterinari ed i Professionisti in convenzione parte integrante e qualificante del SSSR e, quindi, chiedono che venga valorizzato e



5a7bd252



privilegiato il loro impiego in ambito territoriale, prevedendo un riequilibrio delle risorse tra Territorio e Ospedale.

DICHIARAZIONE A VERBALE DI FEDERAZIONE CISL MEDICI

la CISL Medici ha effettuato – compatibilmente con il tempo accordato, che giudichiamo però del tutto non sufficiente all'importanza e alla complessità delle materie affrontate – un sommario esame del testo proposto, individuando anche positivi spunti di riflessione e di interessante e condivisibile intenzione di migliorare il livello di servizio offerto dal SSN nella realtà della Sp. Amb. in Veneto.

La nostra richiesta di poter disporre di un lasso di tempo maggiore e di almeno una ulteriore seduta di discussione plenaria per affrontare un testo così importante e composito non è stata esaudita precludendoci la possibilità di dialogo e confronto dialettico nonostante lo spirito di collaborazione profuso.

La Cislmedici si prefigge di tutelare la Categoria e gli Iscritti nell'ottica di non precludere agli stessi ogni futuro diritto di rappresentanza e di interlocuzione con la parte pubblica

La Cislmedici dichiara quanto segue:

L'art. 13 – ancorché lodevole per la dichiarata intenzione di offrire maggiore attenzione verso il paziente e garantire un parere medico pluricomposto e quindi più accurato e condiviso – non offre, a ns. avviso, sufficiente definizione di modi, tempi, e regole, oltre a non chiarire appieno la tecnica ipotizzata, se non con un comprensibile ricorso a non meglio definite “nuove tecnologie”. E' pratica già diffusa – ad esempio - lo scambio telematico di diagnostica per immagini e documenti clinici. E' mancato l'approfondimento e una chiara descrizione della tematica in sede di contrattazione, e pertanto al momento sarebbe apparso opportuno accantonare tale idea.

La previsione dell'art. 16, comma 4, appare del tutto vaga e poco corrispondente alle necessità del territorio, oltre a non corrispondere se non nella ipotetica dimensione minima a quanto indicato con estrema precisione dall'atto di indirizzo predisposto dal Comitato di Settore per il Comparto Regioni-Sanità. Non si approva il mancato rispetto in toto della misura del bacino di 30.000 abitanti, salvo eventuali eccezionali e comprovate esigenze che dovranno comunque essere oggetto di contrattazione.

L' Art. 17 - nella previsione di utilizzo della rete informatica aziendale per il collegamento con i CUP..... distoglie il medico dalla sua attività di diagnosi e cura per transitarlo ad un attività di tipo amministrativo con spreco di una risorsa intellettuale impiegata per una prestazione ragionieristica.

L art 19 stravolge l' ACN in cui non compare : “inclusi corsi di alta formazione universitaria”, frase aggiunta nell AIR

Il Referente di AFT non è il Coordinatore di rete previsto dalla dgr 2338 del 29 dicembre 2011 , dgr antecedente la stesura dell ACN del 17 dicembre 2015 in cui il Referente di AFT è previsto senza nuovi e ulteriori oneri

L'art. 21 non innova alcunché nella conoscenza della democrazia rappresentativa e della storia della CISL Medici, ma si auspica che la scrittura del testo stesso possa essere rivista, dal momento che una lettura poco attenta potrebbe erroneamente suggerire che i soggetti deputati alla contrattazione debbano esclusivamente e necessariamente essere domiciliati presso l'azienda e/o nel territorio. Si rammenta, ove



5a7bd252



LE PARTI FIRMATARIE

ASSESSORE

alla Sanità e Programmazione Socio Sanitaria
della Regione Veneto

__FIRMATO_____

SUMAI ASSOPROF

__FIRMATO_____

CISL Medici

____//_____

UIL FPL Federazione Medici

__FIRMATO_____

FESPA

__FIRMATO_____

Venezia, 11 ottobre 2017.

CISL MEDICI SOTTOSCRIVE IN DATA 17 OTTOBRE 2017

CISL Medici (*)

__FIRMATO_____

() "Allego Dichiarazione a Verbale. Firmato"*

Venezia, 17 ottobre 2017.

