



***ACCORDO AZIENDALE***

***MEDICI SPECIALISTI  
AMBULATORIALI***

-----

***2008-2010***

## COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO TECNICO

### AZIENDA USL

Angelo Vezzosi  
Presidente Comitato Zonale

Maria Luisa De Luca  
(Direttore Dipartimento Cure Primarie  
Modena e Castelfranco)

Gian Piero Buonagurelli  
(Centro Servizi Ambulatoriali)

Susanna Casari  
(Direzione Sanitaria)

Giovanni Tonto  
(Direzione Sanitaria Ospedale Vignola)

Claudio Vagnini  
(Direttore Distretto Carpi)

### SUMAI

Pietro Procopio  
(Segretario SUMAI Modena)  
(Dirigente Medico Oculista)

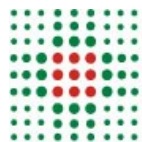
Luigi Bertani  
(Dirigente Medico  
Ostetricia/ginecologia)

Francesco Brigante  
(Dirigente Medico Ortopedia)

Francesco Cimino  
(Dirigente Medico Ortopedia)

Anna Luisa Laganà  
(Dirigente Medico Endocrinologia)

Marisa Zanini (Dirigente Medico  
Dermatologia)



## INDICE

	Titolo	pag. 1
	Premessa	4
1	Obiettivi dell'Accordo: generali o strategici	4
1a	Obiettivi specifici: Partecipazione ai nuclei di Cure Primarie	5
1b	Obiettivi specifici: Rispetto dei tempi di attesa in ambito provinciale	5
1c	Obiettivi specifici: Rispetto dell'appropriatezza prescrittiva	6
2	Coordinatore di Area	7
3	Referente di branca	8
3 bis	Referente di progetto	9
4	Responsabile di struttura	9
5	Referente di Poliambulatorio	9
6	Programmi e progetti finalizzati	10
7	Vestiario	11
8	Formazione continua ed aggiornamento	11
9	Recupero prestazioni per assenze non programmate	13
9 bis	Conseguenze della mancata presentazione della programmazione	13
10	Disponibilità ad effettuare visite prioritarie	13
11	Disponibilità ad effettuare visite urgenti non programmate	13
12	Disponibilità ad effettuare consulenze nei reparti o nei PPSS	13
13	Fondo di ponderazione	14
14	Interpretazione e controversie	14
15	Decorrenza	14

## **Premessa**

Il presente accordo aziendale 2008-2010, in coerenza e continuità con l'Accordo Regionale siglato in data 15.11.2005, intende favorire ulteriormente l'obiettivo di una organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale fondata su un ruolo nuovo del Territorio e dei medici specialisti ambulatoriali in collaborazione con i Medici di Medicina Generale e le altre figure professionali, con la specifica attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali, e riservando all'Ospedale il ruolo proprio, in un quadro di appropriatezza, sostenibilità economica ed integrazione dei diversi livelli assistenziali.

Il nuovo accordo pertanto recepisce e mette in atto a livello locale le indicazioni programmatiche ed attuative contenute nell'accordo regionale suddetto siglato in data 15 novembre 2005 fra l'Assessore alla Sanità e le OO. SS. rappresentative dei Medici Specialisti Ambulatoriali interni.

Si ribadisce che i medici specialisti convenzionati, (in collaborazione con i MMG e i PLS), concorrono a fornire l'assistenza sanitaria specialistica di primo livello a tutta la popolazione di riferimento, così come previsto dal Piano Sociale e Sanitario 2008 - 2010.

Gli specialisti ambulatoriali assumono un ruolo importante anche nel II° livello specialistico, per la stretta collaborazione con i medici ospedalieri e la loro presenza all'interno degli ambulatori di presidi ospedalieri.

Gli accordi con i medici specialisti ambulatoriali sono quindi strumenti di attuazione del PSR e si inseriscono necessariamente nel contesto più ampio della definizione dell'attività di qualificati servizi del Distretto. Dovranno, pertanto, essere inseriti come parte integrante del piano delle attività del Dipartimento delle Cure Primarie ed essere coerenti con i piani di attività dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali, tenendo presente che nella nostra realtà provinciale le principali criticità da affrontare sono costituite da:

1. non omogenei livelli di consumo;
2. non omogenei livelli di offerta;
3. non completa integrazione funzionale ed operativa degli erogatori;
4. tempi di attesa elevati per le prestazioni di cardiologia, oculistica, radiologia e altre prestazioni contingenti.

Si precisa che i Riferimenti aziendali per la gestione, la verifica e il coordinamento della specialistica ambulatoriale sono

1. C.S.A. per il coordinamento.
2. Dipartimento di cure primarie per la gestione
3. Direzione Sanitaria per i programmi aziendali.

## **1. OBIETTIVI DELL'ACCORDO**

### **Obiettivi generali**

- ✓ Garanzia di erogazione dei LEA attraverso l'integrazione complessiva della specialistica ambulatoriale.
- ✓ Continuità di assistenza e delle cure attivando percorsi clinico-assistenziali.
- ✓ Presa in carico integrata, in forma concordata da parte del sistema delle cure primarie anche con riferimento alle cure domiciliari e residenziali.

## Obiettivi specifici

### 1A) PARTECIPAZIONE AI NUCLEI DI CURE PRIMARIE.

Nell'ambito del distretto i nuclei di cure primarie sono le articolazioni organizzative multiprofessionali del Dipartimento di Cure Primarie e devono perseguire il miglioramento dell'assistenza territoriale.

Le azioni da mettere in campo per realizzare l'evoluzione dei nuclei di cure primarie da funzionali a strutturali sono:

- ✓ la costruzione di rapporti stabili tra i mmg e gli specialisti ambulatoriali volta al miglioramento della presa in carico delle patologie croniche, (diabete, BPCO, scompenso cardiaco cronico, pazienti in terapia anticoagulante orale etc...) con la partecipazione degli specialisti alla realizzazione degli ambulatori per patologia (nelle sedi dei nuclei di cure primarie);
- ✓ l'acquisizione degli strumenti e dei metodi del governo clinico come pratica abituale di lavoro;
- ✓ la valorizzazione del ruolo degli specialisti ambulatoriali e la corresponsabilizzazione sia sul piano professionale che organizzativo.

Gli specialisti ambulatoriali in applicazione di quanto previsto dall'art. 31 ACR adottato con DGR n. 1807 del 18.12.2006, aderiscono alla logica organizzativa ed interprofessionale del Nucleo di Cure Primarie finalizzata allo sviluppo di una medicina territoriale per garantire una risposta il più possibile integrata, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, alla emergente complessità dei bisogni.

### 1B) RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA IN AMBITO PROVINCIALE

Sulla base dei contenuti della DGR n. 1532/2006 gli elementi caratterizzanti il governo delle liste di attesa sono:

- ✓ la produzione intesa come flessibilità cioè disponibilità ad ampliare la produzione in riferimento alle branche critiche;
- ✓ l'accesso;
- ✓ l'appropriatezza.

In particolare per quanto riguarda la **produzione** nella nostra Provincia ci sono n. 180 specialisti di cui 170 a tempo indeterminato e 10 a tempo determinato con circa 300.000 prestazioni ambulatoriali erogate nel corso dell'anno 2006.

Per quanto riguarda **l'accesso**, gli obiettivi per migliorare la qualità della specialistica sono:

1. il calendario prevede agende sempre aperte garantendo una riserva di posti nell'ambito delle singole disponibilità finalizzate all'eventuale recupero di prestazioni. La quota viene definita, in ogni singolo distretto, tra il Responsabile distrettuale della medicina specialistica ed il Coordinatore di Area in funzione della specificità e criticità delle singole branche; ciò comporta la disponibilità a recuperare le prestazioni non erogate per assenze non programmate (vedi punti 9 e 9 bis) e di breve durata o per imprevisti di carattere tecnico logistico;
2. la semplificazione dei percorsi di accesso alla specialistica ambulatoriale (debuocratizzazione),
3. la flessibilità organizzativa degli ambulatoriali,
  - disponibilità ad effettuare visite prioritarie mediante accessi aggiuntivi (vedi punto 10)
  - superamento degli ambulatori nominali con sperimentazione di un'agenda unica per punto erogativo per le prime visite per le branche di odontoiatria e oculistica

- suddividendo le patologie acute da quelle croniche che prevedono la presa in carico sempre da parte dello stesso specialista;
4. l'individuazione di percorsi per le urgenze non programmate (vedi punto 11 );
  5. il garantire la presa in carico del paziente.

Per quanto riguarda **l'appropriatezza organizzativa occorre :**

1. individuare i percorsi diagnostici terapeutici con indicatori di appropriatezza clinica e organizzativa (es. percorso oculistica-glaucoma, percorso urologia-ipertrofia prostatica benigna, percorso endocrino-tiroide) ;
2. individuare i percorsi per le urgenze e le consulenze al Pronto Soccorso (vedi punto 12).

## 1C) RISPETTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

### -FARMACEUTICA

- ✓ lo specialista ambulatoriale collabora, insieme con gli altri professionisti al miglioramento della appropriatezza prescrittiva, in coerenza con le note AIFA e del governo clinico con la prescrizione di farmaci indicandone i principi terapeutici caratterizzati da efficacia e sicurezza "*evidence based*", presenti quindi nel Prontuario Terapeutico Provinciale, e al contenimento della spesa sanitaria con l'utilizzo dei farmaci equivalenti o comunque di farmaci che, a fronte di equivalenza terapeutica, presentano un miglior rapporto costo/beneficio in coerenza con i Piani Aziendali e Regionali (come stabilito dalla Legge Finanziaria 388/2000);
- ✓ lo specialista ambulatoriale collabora inoltre aderendo a specifiche altre misure individuate a livello aziendale (es. invio dei pazienti ai punti di distribuzione diretta per i farmaci suggeriti in seguito a visita specialistica ambulatoriale);
- ✓ lo specialista ambulatoriale concorre inoltre all'obiettivo dell'appropriatezza clinica e prescrittiva attraverso la condivisione e l'applicazione di linee guida aziendali e regionali basate sulla medicina dell'evidenza e la partecipazione a programmi aziendali di informazione indipendente e di governo clinico, come ad esempio la presentazione dei pacchetti informativi prodotti dal CeVEAS, anche al fine di favorire momenti di confronto strutturali multiprofessionali;
- ✓ lo specialista ambulatoriale alla pari di altri professionisti coinvolti, collabora a segnalare le reazioni avverse da farmaci in un'ottica di sempre maggiore attenzione ai rischi connessi con il loro uso.

### -DIAGNOSTICA

- ✓ lo specialista ambulatoriale si attiene alle linee guida e ai protocolli esistenti nazionali, regionali e provinciali ;
- ✓ lo specialista ambulatoriale collabora insieme con gli altri professionisti alla elaborazione di protocolli aziendali per le aree di interesse per l'appropriatezza clinica; quali:
  - la densitometria ossea,
  - la prevenzione insufficienza renale (Progetto PIRP), ed il monitoraggio
  - delle patologie ambulatoriali oculistiche;
  - dello scompenso cardiaco;
  - del carcinoma del colon, della mammella e del polmone;
  - delle neoplasie cutanee; etc...
- ✓ lo specialista si impegna e partecipa agli audit di verifica.

## **-ASSISTENZA PROTESICA e APPROPRIATEZZA PRESCRIZIONE AUSILI E PRESIDI**

- ✓ lo specialista si impegna al rispetto dei protocolli aziendali raccordandosi per la gestione ottimale delle risorse con i referenti distrettuali della assistenza protesica con l'obiettivo di garantire il rispetto del budget assegnato dalla Direzione Aziendale.
- ✓ partecipa alle azioni di governo della corretta prescrizione e dei collaudi.

## **REGOLAMENTAZIONE DELL'INFORMAZIONE SCIENTIFICA**

- ✓ in attesa che la Regione Emilia Romagna recepisca le Linee guida di regolamento regionale dell'informazione scientifica sul farmaco (Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome (gennaio 2005))dovrà essere attivato uno specifico gruppo di lavoro per la definizione di un regolamento aziendale che dovrà essere successivamente comunicato agli utenti e ai professionisti.

## **GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

- ✓ identificazione e sviluppo di strumenti per il rischio clinico legato alla prescrizione farmacologica ed all'attività clinica complessiva con particolare riguardo alla comunicazione con i mmg e con i pazienti.

**L'Allegato n.1 , che fa parte integrante e sostanziale del presente accordo ,riporta gli obiettivi di appropriatezza prescrittiva e governo della spesa per farmaci, prestazioni diagnostiche e protesica andando ad individuare aree,obiettivi,azioni,indicatori ,incentivi e responsabilità**

## **2. COORDINATORE DI AREA**

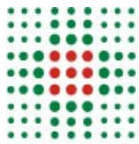
L'Accordo Regionale sottolinea la funzione del governo clinico quale principio fondamentale per l'azienda sanitaria per assicurare la qualità assistenziale, l'efficienza tecnico-operativa e la distribuzione appropriata dei servizi. A tal fine si ritiene opportuno individuare la figura del **coordinatore di area**, ai sensi dell'art. 30, comma 2, ACN, per il governo clinico della specialistica ambulatoriale, in un'ottica di corresponsabilità e nel rispetto degli obiettivi aziendali.

### **Criteri e modalità di individuazione del coordinatore di area.**

Per il conferimento dell'incarico di coordinatore di area è necessario che il medico specialista svolga la propria attività professionale per almeno 20 ore settimanali nell'Azienda USL di Modena. I nominativi, due, per ogni incarico di Coordinatore Aziendale del governo clinico, - verranno proposti dalle principali organizzazioni sindacali e sarà poi il Direttore Sanitario a scegliere chi incaricare, motivandone la decisione.

### **Compiti del Coordinatore di area**

1. Il coordinatore di area assume funzione di supporto sia dei Direttori di Distretto che di Dipartimento, in costante e stretto collegamento con la Direzione Sanitaria Aziendale quale primo responsabile della funzione del governo clinico. Tale funzione si esplica sia nella fase progettuale, sia nella fase di programmazione, sia in quella decisionale, nonché in quella delle scelte gestionali e organizzative riguardanti la medicina specialistica ambulatoriale.



2. Il coordinatore di area ha come compito fondamentale l'impegno a migliorare sempre più l'appropriatezza delle prestazioni ed a promuovere l'appropriatezza prescrittiva, coinvolgendo tutte le categorie di medici, sia prescrittori che fornitori delle prestazioni sanitarie.
3. Il coordinatore di area deve favorire l'integrazione dei colleghi specialisti ambulatoriali all'interno dei nuclei di cure primarie, nonché, laddove richiesto, nell'unità operativa ospedaliera o territoriale di riferimento.
4. Il coordinatore di area partecipa all'analisi dei bisogni formativi e alla costruzione del piano strategico di formazione, in collaborazione con il Referente per l'aggiornamento degli Specialisti ambulatoriali (vedi in seguito Paragrafo sulla Formazione continua).

Tra i sei coordinatori d'area viene individuato un coordinatore con funzione di coordinamento provinciale. Tale coordinamento è collocato sulla figura del segretario del Sindacato Sumai, già individuato come uno dei sei coordinatori d'area, al fine di avere un'unica figura a valenza provinciale che possa garantire un unico punto di riferimento per l'azienda sia per l'ambito del collegio di direzione (governo clinico) che per l'ambito sindacale attraverso il Comitato Zonale dei Medici Specialisti ambulatoriali.

### **Compenso economico e verifica.**

Ai coordinatori di area è riconosciuta una indennità di funzione annua pari al **10 %** delle voci contrattuali previste dall'Accordo Collettivo Nazionale (art. 42 quota oraria + quota variabile + **quota di anzianità**), che verrà suddivisa nel seguente modo: il **50 %** verrà attribuito mensilmente con ogni stipendio ed il restante **50 %** dopo la verifica da parte dell'Azienda U.S.L. degli obiettivi raggiunti.

Tale verifica verrà effettuata a cura del Dipartimento di cure primarie ogni 12 mesi o quando l'Azienda USL lo riterrà opportuno.

Al coordinatore verranno assegnate, per l'espletamento di tale incarico, n. 3 ore/settimanali aggiuntive rispetto il proprio orario di lavoro settimanale da fruirsi anche cumulativamente entro il bimestre. L'incarico dei Coordinatori durerà al massimo due anni e potrà essere rinnovato in funzione dei risultati raggiunti.

Saranno istituiti dei momenti istituzionali di confronto operativi tra i Coordinatori con cadenza almeno bimestrale per omogeneizzare la qualità ed il livello del lavoro.

I compensi per i coordinatori di area vanno considerati al di fuori del Fondo di ponderazione aziendale, come da Accordo regionale per la Specialistica ambulatoriale.

Si conviene che vengano individuati i seguenti coordinatori di area:

- 2 per l'Area Nord (Distretti di Carpi e Mirandola),
- 2 per l'Area Centro (Distretti di Modena e Castelfranco)
- 2 per l'Area Sud (Distretti di Vignola, Sassuolo e Pavullo).

**Indicatori di risultato.** Gli obiettivi ed i relativi indicatori di risultato saranno concordati con il Direttore Sanitario anno per anno.

### **3. REFERENTE DI BRANCA**

Dall'anno 2008 vengono riconosciuti n.3 Referenti di Branca :

- medicina dello sport/ortopedia/fisiatria/cardiologia
- odontoiatria
- oculistica

dal 2009 viene riconosciuto anche un Referente di Branca per la dermatologia/allergologia.



Come previsto all' art. 30 dell' A.C.N. e dall' Accordo Regionale per la Specialistica Ambulatoriale, gli specialisti operanti nell'azienda individuano i rispettivi responsabili aziendali di branca, il cui elenco verrà fornito alla Direzione Sanitaria aziendale da parte del SUMAI.

Gli specialisti individuati avranno la funzione di collegamento tra specialisti ambulatoriali e coordinatori di area, dai quali verranno coordinati.

Ai responsabili di branca verrà riconosciuto un compenso pari al 4% delle voci contrattuali previste dall'Accordo Collettivo Nazionale (art. 42 quota oraria + quota variabile + quota di anzianità ), previa verifica da parte dell'azienda degli obiettivi raggiunti.

I compensi per i responsabili di branca vanno considerati al di fuori del fondo di ponderazione aziendale, come da accordo regionale per la specialistica ambulatoriale.

I Referenti di Branca per l'oculistica e l'odontoiatria, senza oneri economici aggiuntivi, svolgono anche la funzione di responsabili di progetto per la sperimentazione di un'agenda unica per punto erogativo per le prime visite delle rispettive branche.

### **3.bis REFERENTE DI PROGETTO**

Il referente di progetto viene attivato da parte dell'Azienda su specifici progetti aziendali.

Agli Specialisti individuati viene riconosciuto un compenso economico orario pari alla quota oraria retribuita come servizio attivo.

Il monte ore riconosciuto equivale alle ore che effettivamente vengono utilizzate per la predisposizione del progetto proposto dall'Azienda.

I compensi per i Referenti di progetto vanno considerati al di fuori del fondo di ponderazione aziendale, come da accordo regionale per la specialistica ambulatoriale.

### **4. RESPONSABILE DI STRUTTURA**

Le Aziende in analogia al precedente accordo regionale possono prevedere l'affidamento di una Responsabilità di struttura (unità operative o moduli organizzativi) ad uno specialista ambulatoriale. Per tale incarico sarà previsto un compenso pari al 5% delle voci contrattuali previste dall'Accordo Collettivo Nazionale (art. 42 quota oraria + quota variabile + quota di anzianità ) dal 1.1.2008. Per il periodo fino al 31.12.2007 , viene riconosciuta una quota una tantum pari al 3% delle voci contrattuali previste dall'Accordo Collettivo Nazionale .

I compensi per i responsabili di programma/progetto o struttura vanno considerati al di fuori del Fondo di ponderazione aziendale, come da Accordo regionale per la Specialistica ambulatoriale.

### **5. REFERENTE DI POLIAMBULATORIO.**

In strutture poliambulatoriali complesse, o per dimensioni o per distribuzione territoriale, qualora l'Azienda ne ravvisi la necessità, può prevedersi, previo accordo con la parte sindacale la figura del referente del poliambulatorio, individuata tra gli specialisti ambulatoriali che operano nella stessa struttura.

- Il nominativo dello specialista viene individuato dal Direttore del DCP, tra due nominativi indicati dagli specialisti che operano nel poliambulatorio.
- Lo specialista individuato deve garantire, all'interno della struttura, nell'arco della settimana lavorativa, almeno 12 ore di attività e 3 presenze. Le funzioni svolte sono le seguenti:
  1. evidenziare i principali problemi di natura organizzativa presenti all'interno della struttura e raccogliere e coordinare quelli segnalati dai singoli specialisti;
  2. collaborare alla diffusione delle informazioni e delle disposizioni, e partecipare al monitoraggio dell' applicazione delle stesse (semplificazione dell'accesso, modulistica, etc );
  3. partecipare alla pianificazione delle attività durante i periodi feriali;

4. contribuire al miglioramento della qualità della rilevazione dei dati di attività, favorendone la standardizzazione secondo i modelli aziendali;
  5. coordinarsi con la caposala, per un più razionale utilizzo del personale infermieristico.
- Il referente di poliambulatorio non sostituisce il responsabile del poliambulatorio nell'applicazione del contratto e non risponde della gestione delle risorse.

**Compenso economico.** *Per lo svolgimento di tale compito allo specialista è attribuita una quota di ore, pari al 10% dell'orario complessivo di cui lo specialista è titolare all'interno dell'Azienda. Tale quota di ore è aggiuntiva del monte ore annuale, secondo gli accordi dello specialista con il Direttore del Dipartimento di cure primarie.*

## 6. PROGRAMMI E PROGETTI FINALIZZATI

L'accordo regionale prevede la partecipazione degli specialisti ambulatoriali a programmi/progetti previa adesione formale di ogni singolo specialista agli obiettivi indicati per l'art.31 ACR adottato con DGR 1807/2006 :

- integrazione con le forme associative dei MMG per la consulenza presso gli ambulatori per patologia o la sede dei NCP (es. diabete mellito, scompenso cardiaco cronico) nell'ambito di percorsi condivisi;
- garanzia sulla base della programmazione definita nell'ambito del dipartimento di cure primarie, della consulenza specialistica extra moenia al paziente in assistenza domiciliare, ovvero presso le strutture residenziali o gli hospice territoriali, anche ai fini della deospedalizzazione e della dimissione protetta. Obiettivo è garantire la consulenza entro un arco di tempo definito dalla richiesta (3 giorni per ADI 2° e 3° livello e 7 giorni negli altri casi);
- sviluppo dell'attività ambulatoriale, cioè percorsi di semplificazione e day service ambulatoriale, e partecipazione degli specialisti al miglioramento dell'accesso alla prenotazione e all'organizzazione delle attività ambulatoriali tramite:
  - prenotazione, anche informatizzata, degli accessi successivi autogestiti,
  - programmazione con un anticipo di almeno 4 mesi delle assenze programmabili,
  - condivisione di dati della scheda ambulatoriale con altri specialisti e/o con i MMG anche nell'ambito di progetti di informatizzazione (es. progetto SOLE),
  - gestione informatizzata di dati relativi ai piani terapeutici odontoiatrici, anche al fine di rilevare i tempi di attesa previsti dal programma regionale per l'assistenza odontoiatrica previa messa a punto degli aspetti tecnici,
  - organizzazione delle attività (es. Day Service Ambulatoriali) per interventi di chirurgia ambulatoriale quali cataratta e tunnel carpale, in collegamento con i relativi dipartimenti ospedalieri.

Per la partecipazione a tali progetti viene riconosciuta agli specialisti ambulatoriali l'importo della quota oraria di ponderazione (euro 2,950) di cui alla lettera B) comma 5 dell'articolo 42 dell'accordo collettivo nazionale, previa adesione formale di ogni singolo specialista agli obiettivi sopraccitati.

L'accordo collettivo nazionale prevede al comma 4 della lettera B dell'articolo 42 che dal 1.01.2004 tutti gli specialisti ambulatoriali partecipano al riparto del fondo della ponderazione qualitativa delle quote orarie, mediante attribuzione di una quota oraria e/o per obiettivi.

La quota di 2,950 euro è attribuita ai sensi dell'Accordo integrativo regionale, la restante quota verrà attribuita a tutti gli specialisti partecipanti ai progetti aziendali che verranno indicati ogni anno sulla base delle esigenze individuate. Nel caso che l'Azienda non attui i progetti aziendali, la rimanente quota oraria verrà ripartita tra tutti gli specialisti ambulatoriali.

Le caratteristiche e l'entità del Fondo di ponderazione aziendale verranno discusse annualmente, entro il 28 febbraio, con i Sindacati firmatari del presente Accordo.

L'eventuale eccedenza verrà corrisposta a tutti gli specialisti aventi diritto entro il 31 marzo di ogni anno, con le modalità di volta in volta concordate.

E' demandato alla autonomia dell'Azienda la possibilità di finanziare obiettivi aziendali anche integrando il fondo con risorse aggiuntive all'interno delle disponibilità di bilancio.

I programmi e progetti finalizzati a valenza aziendale o distrettuale saranno concordati con i Sindacati firmatari del presente Accordo, anche sulla base della disponibilità economica, preventivamente verificata.

Per la partecipazione a programmi e progetti finalizzati a valenza aziendale si fa riferimento al Fondo di ponderazione aziendale, per progetti distrettuali allo specialista interessato verrà corrisposto un compenso pari al 3 % delle voci contrattuali previste dall'Accordo Collettivo Nazionale (art. 42 quota oraria + quota variabile + quota di anzianità ), per la durata del progetto stesso ed al raggiungimento degli obiettivi.

## 7. VESTIARIO

Si conviene, altresì, che, laddove richiesto da esigenze operative, in analogia al personale dipendente, venga riconosciuto agli specialisti il diritto di ricevere l'abbigliamento adeguato (vestiario e calzature ).

## 8. FORMAZIONE CONTINUA ED AGGIORNAMENTO

Si ritiene che la formazione ( in forma diretta e a distanza ) sia uno degli strumenti più importanti per valorizzare l'attività e la professionalità dei medici specialisti ambulatoriali, e, quindi, per qualificare le prestazioni rese all'utenza.

- In conformità a quanto concordato nell'intesa regionale, si riconosce ad ogni medico specialista ambulatoriale convenzionato un monte di 50 ore annuali destinate all'ECM e necessarie per conseguire il minimo di crediti formativi previsto dalle norme vigenti.
- Si concorda la possibilità di deroga al limite di 50 ore, sulla base di una specifica progettualità aziendale, per:
  - A) iniziative di formazione di interesse aziendale/regionale;
  - B) lo sviluppo di percorsi formativi finalizzati ad acquisire competenze specifiche;
  - C) conseguire un numero sufficiente di crediti formativi come previsto dalle normative nazionali.
- Le aziende mettono a disposizione degli specialisti ambulatoriali, così come avviene per il restante personale, le informazioni relative alle iniziative formative in un calendario, periodicamente aggiornato per consentire allo specialista di programmare la propria partecipazione. L'offerta complessiva dovrà attestarsi preferibilmente sul 70% del debito formativo annuale. Lo specialista ambulatoriale ha facoltà di partecipare a corsi non compresi nella programmazione regionale ed aziendale, purché accreditati ed inerenti, fino ad un massimo di 32 ore. Le restanti 18 ore sono riservate ad iniziative formative promosse dall'Azienda/Regione. È possibile modificare, in aumento o diminuzione, la quota di 18 ore sulla base del piano formativo formalizzato in sede di Comitato Zonale;
- Esclusivamente nel caso in cui la formazione aziendale non venga programmata nei modi e nei tempi sopra specificati, oppure venga comunicata ma non effettuata o sia in ogni caso insufficiente a coprire il 70% del debito formativo, lo specialista avrà la facoltà di acquisire ulteriori crediti formativi in modo autonomo, allo scopo di ottenere l'intero monte-crediti previsto, godendo del relativo permesso retribuito.
- Qualora i corsi organizzati dall'Azienda, tutti o in parte, non dovessero attribuire crediti formativi, oppure il loro programma, previsto con cadenza trimestrale, dovesse essere

comunicato fuori dai termini previsti dal presente Accordo, le ore non utilizzate dall'Azienda andranno ad incrementare il monte ore di autogestione degli specialisti la cui branca non risultasse adeguatamente rappresentata nei programmi aziendali di formazione.

- Gli specialisti saranno in ogni caso tenuti a frequentare eventuali corsi organizzati dall'Azienda per suoi scopi specifici e ai quali non siano stati attribuiti crediti formativi: in questo caso, le ore dedicate alla formazione verranno considerate orario di servizio e andranno conteggiate al di fuori delle 50 ore. La mancata partecipazione a tutti i corsi organizzati dall'Azienda indicati nell'accordo, costituisce motivo di penalizzazione dello specialista inadempiente con modalità da definire in un apposito regolamento. Sarà cura del Referente di formazione monitorare il fenomeno e le motivazioni di eventuali mancate partecipazioni alla formazione, con cadenza semestrale, per riferirne i risultati in Comitato Aziendale.
- L'Azienda si impegna a fornire semestralmente alla Segreteria provinciale del SUMAI (nei mesi di gennaio e luglio di ogni anno) il numero di ore di aggiornamento di cui ogni specialista in servizio ha usufruito nel semestre immediatamente precedente.
- Si individua un Referente, specialista ambulatoriale per l'aggiornamento professionale che concorda con i Coordinatori di area, i piani formativi e si impegna a presentarli entro marzo di ogni anno. I piani formativi saranno approvati nell'ambito della struttura organizzativa appositamente definita. Al Referente per l'aggiornamento professionale viene riconosciuto il compenso orario per le ore di attività svolte il cui monte ore viene fissato in sede di Comitato Zonale.
- Lo specialista ambulatoriale ha facoltà di partecipare a corsi di formazione a distanza (FAD) organizzati dall'Ausl o da provider esterno accreditato attinenti, ed in questo ultimo caso a proprie spese.
- Si conviene che al medico specialista ambulatoriale sono riconosciuti crediti didattici, equiparati ai crediti formativi, o eventuali esoneri, come previsto dalla DGR 1217/2004, allegato n. 1, nei seguenti casi:
  - a) attività di docenza/tutoraggio nell'ambito della formazione aziendale e formazione sul campo;
  - b) attività di tutoraggio in sede di attività professionale ( ad es. tirocinanti per la Medicina di Base );
  - c) attività di tutoraggio pre e post laurea ( scuole di specializzazione ), previo accordo tra Azienda ed Università per le parti di rispettiva competenza (come da all. 1 della DGR 1217/2004).

Per le attività di docenza e tutoraggio di cui al punto a) è previsto un compenso orario o forfettario, equiparato a quello previsto per il personale dipendente.

Come previsto dalla DGR 1217/2004 è riconosciuta la possibilità di ottenere crediti formativi operando nelle seguenti aree:

- audit clinico.
- ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione, con particolare riguardo alla farmacovigilanza e al monitoraggio post-marketing dei farmaci di recente introduzione; in tali ambiti il ruolo dello specialista ambulatoriale dovrà essere valorizzato con specifici progetti-obiettivo ( eventualmente in modo congiunto con i MMG o i Medici ospedalieri ) e relativa eventuale pubblicazione scientifica dei risultati.

Si prevede, infine, la possibilità di sviluppare percorsi formativi, finalizzati ad acquisire competenze specifiche, coerenti con gli obiettivi regionali e aziendali. In tale ambito si possono prevedere periodi di frequenza clinica ("addestramento", come da all. 1 della DGR 1217/2004)

presso ospedali, cliniche universitarie o altre idonee strutture universitarie, anche in deroga alle 50 ore, fermo restando il riconoscimento del permesso retribuito.

## **9. RECUPERO PRESTAZIONI PER ASSENZE NON PROGRAMMATE**

In caso di assenze non programmate di breve durata o di prestazioni non erogate per motivi tecnico logistici e organizzativi, qualora non fosse possibile recuperare tempestivamente un sostituto (indicato dallo specialista o dall'Azienda ai sensi dell'art. 40 ACN del 23.03.2005), lo specialista si impegna a recuperare entro 30 gg lavorativi le visite ordinarie ed entro 7 gg le visite classificate come urgenti con modalità ( accessi aggiuntivi o altre modalità ) concordate col responsabile organizzativo del poliambulatorio.

Per lo svolgimento di tale attività allo specialista titolare che si impegna a recuperare le prestazioni di che trattasi, verrà corrisposto un compenso orario pari a 60 €.

Le prestazioni possono essere recuperate con altro specialista disponibile della stessa branca con lo stesso trattamento economico.

## **9 BIS – CONSEGUENZE ALLA MANCATA PRESENTAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE**

Vista la necessità dell'Azienda di programmare con largo anticipo l'attività specialistica ambulatoriale, i medici specialisti forniranno con preavviso quadrimestrale, indicazioni relative alle loro assenze programmabili. Tali indicazioni, non vincolanti per lo specialista, dovranno essere confermate o modificate entro 30 giorni dalla loro effettuazione. La mancata conferma o modifica entro il termine indicato corrisponderà alla tacita rinuncia da parte dello specialista al periodo di assenza precedentemente indicato.

Sarà cura del Responsabile per la Medicina specialistica far pervenire agli specialisti, con cadenza quadrimestrale, il modulo di preavviso da compilare e da consegnare. Lo specialista potrà provvedere direttamente.

## **10. DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE VISITE PRIORITARIE**

Per le branche con liste d'attesa maggiormente critiche, allo specialista disponibile ad effettuare accessi aggiuntivi per prestazioni definite urgenti ( a 7 giorni e a 24 h ; cod B e U ) verrà riconosciuto un compenso orario pari ad € 60, a fronte del tempario concordato.

## **11. DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE VISITE URGENTI NON PROGRAMMATE**

Per eventuali urgenze ulteriori , rispetto ai casi di cui al punto 10 , lo specialista eseguirà le prestazioni richieste , a fronte di un compenso forfettario di € 30 per prestazione aggiuntiva eseguita. Il numero massimo di prestazioni aggiuntive eventualmente richieste non può superare il 10 % delle prenotazioni ordinarie per la seduta in oggetto.

## **12 . DISPONIBILITA' AD EFFETTUARE CONSULENZE RICHIESTE DAI REPARTI O DAI PP.SS.**

Le prestazioni specialistiche effettuate nei reparti e nei PP.SS. , essendo svolte al di fuori della sede di lavoro indicata nella lettera di incarico, rientrano nell'attività esterna regolamentata dall'art. 32 dell' A.C.N.

Per le attività effettuate nei reparti da programmare all'interno dell'orario di servizio viene applicato un tempario orario che prevede un impegno orario di 30 minuti per ciascuna prestazione eseguita.

Per le attività richieste dai PP.SS viene applicato un compenso di 20 € a prestazione.

Se le stesse prestazioni vengono effettuate nell'ambulatorio dello specialista , in normale prenotazione o in spazi riservati nel normale orario di servizio, nessun compenso aggiuntivo è dovuto allo specialista.

### **13. FONDO DI PONDERAZIONE**

Distribuzione del fondo di ponderazione 2005-2008, con quota aggiuntiva da parte dell'Azienda, per il solo anno 2008 di € 40.000, finalizzato alla informatizzazione di tutti gli specialisti entro il 31/12/2008.

La liquidazione avverrà per le quote relative agli anni 2005/06/07 a novembre 2008; la quota relativa al 2008 integrata dalla quota aggiuntiva aziendale, alla verifica del raggiungimento dell'obiettivo prevista per maggio 2009.

### **14. INTERPRETAZIONE E CONTROVERSIE**

Tutte le controversie inerenti l'applicazione dell'accordo aziendale saranno analizzate e discusse all'interno del Comitato Zonale.

### **15 . DECORRENZA**

Il presente accordo ha decorrenza dal 1/08/2008

**su delega del Direttore Generale dell'Azienda USL di Modena**

***Dott. Giuseppe Caroli***

**Il Presidente del Comitato Aziendale dei MMG ed Altre Professionalità**

***Dott. Angelo Vezzosi***

**IL RAPPRESENTANTE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI DESIGNATO DAL S.U.M.A.I.**

***Dott Pietro Procopio***