

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE

**per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni,
veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi)
ambulatoriali in attuazione dell'A.C.N. del 4 aprile 2024**



Visti:

- L. 23 dicembre 1978, n. 833;
- D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni (ss.mm.ii);
- L. 8 novembre 2012, n. 189 (c.d. *"Legge Balduzzi"*);
- D.P.C.M. 29 settembre 2015, n. 178 – *"Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico"* (FSE);
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017 - *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502"* ("Nuovi LEA");
- Patto per la Salute;
- Piano nazionale della Cronicità, Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016;
- Patto per la Salute per gli anni 2019-2021, Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019 (PATTO NUOVO);
- Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019, Rep. Atti n. 10/CSR;
- Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2023-2025 (IN FASE DI APPROVAZIONE IN CSR)
- Piano Nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020, Rep. Atti n. 188/CSR del 2 novembre 2017;
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, Rep. Atti n. 233/CSR del 30 novembre 2022;
- Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019;
- Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2022, approvato con Decisione di esecuzione del Consiglio UE del 13 luglio 2021;
- D.M. 23 maggio 2022, n. 77 – *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"* (G.U. n. 144 del 22 giugno 2022);
- D.M. 29 luglio 2022 – *"Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta"* (G.U. n. 226 del 27 settembre 2022);
- D.G.R. n. 2221 del 12 dicembre 2022 – *"PRIMO PROVVEDIMENTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE DELL'EMILIA-ROMAGNA IN ATTUAZIONE DEL D.M. N. 77 DEL 23 MAGGIO 2022"*;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 e ss.mm.ii – triennio 2016-2018, Rep. n. 49/CSR del 31 marzo 2020;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 e ss.mm.ii – triennio 2016-2018, Rep. n. 60/CSR del 20 maggio 2021;
- Accordo regionale in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 17 dicembre 2015, mediante intesa nella Conferenza Stato-Regioni, per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), D.G.R. n. 344 del 12 marzo 2018;
- D.G.R. n. 2128 del 5 dicembre 2016 – *"CASE DELLA SALUTE: INDICAZIONI REGIONALI PER IL COORDINAMENTO E LO SVILUPPO DELLE COMUNITÀ DI PROFESSIONISTI E DELLA MEDICINA D'INIZIATIVA"*;



- D.G.R. n. 428 del 5 aprile 2017 – *“ATTO DI PROGRAMMAZIONE PER LE NUOVE FORME ORGANIZZATIVE (AFT - AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE E UCCP - UNITÀ COMPLESSA DI CURE PRIMARIE) AI SENSI DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) DEL 17 DICEMBRE 2015”*;
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento *“La formazione continua nel settore salute”*, Rep. Atti n. 14/CSR del 2 febbraio 2017;
- Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020.

Premessa

L'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie del 4 aprile 2024 (di seguito ACN) prevede l'applicazione delle nuove forme organizzative della specialistica ambulatoriale: Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP), rispetto alle quali la Regione ha emanato l'“Atto di programmazione regionale per la istituzione e attuazione delle forme organizzative della medicina convenzionata – AFT e UCCP Primo provvedimento” (DGR n. 632 del 28/04/2025 e DGR n. 682 del 05/05/2025) che definisce dimensionamento, tipologia di professionisti partecipanti e modalità organizzative.

L'ACN, inoltre, definisce puntualmente le caratteristiche organizzative delle AFT e delle UCCP, rimandando a un regolamento aziendale il funzionamento delle AFT ed alla programmazione regionale la partecipazione degli specialisti alle AFT e alle UCCP.

In osservanza al DM n. 77 del 23 maggio 2022 appare necessario applicare quelle modalità di organizzazione dell'assistenza territoriale che vedono gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (di seguito SAI et al.), i medici del ruolo unico di assistenza primaria (RUAP) e i pediatri di libera scelta (PLS) come figure professionali strutturali per la costituzione e del funzionamento delle équipe multiprofessionali (Case della Comunità, cfr. DGR n. 2221/2022).

La articolazione, in ambito distrettuale, di unità organizzative caratterizzate da condivisione di obiettivi e modalità operative indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite, è orientata alla realizzazione di una programmazione dei servizi efficiente, efficace e sostenibile, finalizzata a fornire ai cittadini risposte assistenziali, appropriate e con continuità.

L'attuazione di tali moduli comporta la revisione e riorganizzazione dei processi assistenziali e di accesso alle prestazioni mediante il coordinamento dell'attività degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti, anche con il supporto e lo sviluppo di strumenti informatici e telematici, in un contesto nel quale devono essere assicurati gli obiettivi di salute definiti dalla Regione in coerenza con gli indicatori epidemiologici delle Aziende territorialmente competenti.

Nella Regione Emilia-Romagna gli specialisti ambulatoriali interni titolari di incarico sia a tempo determinato che indeterminato sono attualmente circa 1.040, ai quali si aggiungono 15 veterinari e 216 tra biologi e psicologi, per un monte annuo totale di circa 1,7 milioni di ore (Rilevazione aziendale al 31 dicembre 2024). Negli ultimi anni hanno partecipato attivamente alla costruzione di percorsi integrati per la gestione di malati con patologie croniche e sono stati coinvolti nei percorsi assistenziali con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta su problematiche

specialistiche specifiche, partecipando attivamente al funzionamento dei Nuclei di Cure Primarie (NCP).

Con l'applicazione del nuovo Accordo occorre rafforzare l'esperienza in tutti gli ambiti territoriali, estendendola ad un numero maggiore di malattie croniche, in stretta collaborazione con i RUAP e i PLS. È inoltre essenziale rafforzare il coinvolgimento degli specialisti all'interno delle Case della Comunità (DGR n. 2128/2016 e DGR n. 2221/2022).

Giova ricordare, a tal proposito, la fattiva partecipazione dei SAI et al. durante il periodo pandemico in tutte le iniziative di contrasto al COVID e alla successiva riorganizzazione necessaria alla ripresa dell'attività.

L' Accordo regionale si pone infatti come strumento per sviluppare ulteriormente il sistema delle cure primarie ed il modello regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale, nell'ambito di una programmazione dei servizi efficiente e sostenibile, finalizzata a garantire tempestività ed equità di accesso, appropriatezza delle cure e continuità assistenziale. Individua le aree prioritarie e i principi di intervento, con particolare attenzione alla tutela della salute dei soggetti fragili e di quelli affetti da patologie croniche degenerative, in collegamento con i RUAP e i PLS, con l'ospedale e con la Casa della Comunità nell'ambito di percorsi di presa in carico, demandando agli accordi aziendali la definizione delle azioni più appropriate con riferimento alle realtà locali.

Conseguentemente, il presente Accordo regionale definisce, in continuità con quanto previsto dall'ACN, gli obiettivi di salute e gli 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 dall'Accordo nazionale.

CONSIDERATO CHE

- La L. n. 189/2012, l'Accordo collettivo nazionale del 4 aprile 2024 e il DM n. 77 del 23 maggio 2022 costituiscono i presupposti normativi e contrattuali che definiscono il ruolo che gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti sono chiamati a svolgere per realizzare i modelli organizzativi.
- Le indicazioni del PRGLA DGR n. 603/19 e la nota del Direttore Generale della Regione Emilia-Romagna prot. n. 0282798 del 21 marzo 2022 costituiscono i riferimenti normativi regionali in materia di specialistica ambulatoriale.
- La normativa regionale indica per la specialistica ambulatoriale la realizzazione di un modello che permetta la presa in carico del paziente sia in termini organizzativi sia in termini clinico assistenziali per i cittadini con patologia cronica e per i casi più complessi (Day Service Ambulatoriale). La Regione nel medesimo contesto ha inoltre fornito indicazioni precise per la corretta gestione delle liste di attesa.
- L'ACN individua come strumento funzionale per la realizzazione degli obiettivi di salute la partecipazione obbligatoria degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti alle AFT e alle UCCP, in quanto strumenti attuativi della programmazione sanitaria per la realizzazione di progetti e di programmi finalizzati. In questo ambito i SAI et al. collaborano all'attività dell'AFT e UCCP, assicurando l'erogazione dei livelli di assistenza a tutti i cittadini, partecipando alla realizzazione della continuità dell'assistenza, ivi compresi i PDTA, i percorsi integrati: ospedale-

territorio, territorio-territorio e le dimissioni protette, sviluppando la medicina d'iniziativa, promuovendo l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, partecipando alla diffusione dell'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, nonché partecipando alla promozione di modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, educazione terapeutica ed alimentare, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza.

- Come per il precedente Accordo regionale del 2018 (di seguito AIR, cfr. DGR n. 344/2018), al fine di valutare i diversi singoli aspetti funzionali allo scenario sopra delineato, si assume l'orientamento di privilegiare l'analisi degli istituti contrattuali e normativi comportanti la necessità di approfondimento e di interpretazione correlata agli obiettivi e alle finalità che si intendono perseguire, rispetto agli istituti riferiti invece a norme di per sé esaustive.

SI CONDIVIDE QUANTO SEGUE

Programmazione Regionale

Scelte strategiche

- a) potenziare e consolidare l'offerta specialistica ambulatoriale territoriale e di comunità, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza;
- b) valorizzare le competenze e attivare sinergie virtuose tra Ospedale e Territorio;
- c) investire sull'appropriatezza clinica ed organizzativa, con particolare riguardo all'appropriatezza prescrittiva e all'utilizzo di risorse socio-sanitarie, attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile di tutti gli attori e dei cittadini, anche allo scopo di perseguire la riduzione delle liste d'attesa;
- d) promuovere la partecipazione attiva dei SAI alla governance aziendale, anche attraverso l'attribuzione di funzioni organizzative/gestionali;
- e) diffondere gli strumenti di clinical governance (Evidence Based Practice, Percorsi assistenziali, Clinical Audit, Clinical Risk Management, Health Technology Assessment), mirati prioritariamente alla qualità delle prestazioni e alla sicurezza dei pazienti;
- f) promuovere la semplificazione delle procedure amministrative legate ai processi assistenziali;
- g) definire, applicare e garantire prioritariamente standard quali-quantitativi omogenei sul territorio regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale, riducendo le differenze tra i diversi contesti e superando le disuguaglianze nell'offerta;
- h) valorizzare le esperienze locali e promuovere le best practices;
- i) promuovere l'empowerment degli individui e delle comunità per migliorare un appropriato utilizzo dei servizi socio-sanitari.

Obiettivi strategici

- a) ottimizzare la presa in carico della cronicità favorendo la multiprofessionalità e multidisciplinarietà attraverso le AFT della Specialistica ambulatoriale interna;
- b) valorizzare il Comitato Regionale e il Comitato Zonale;
- c) realizzare prioritariamente la presa in carico integrata con la rete medici RUAP/PLS dei pazienti 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, potenziando consulenze e consulti ambulatoriali e domiciliari;

- d) potenziare e valorizzare le cure specialistiche a livello domiciliare, residenziale e presso le strutture di cure intermedie, anche con il supporto degli strumenti di telemedicina e teleassistenza, al fine di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio, la continuità dell'assistenza fra Ospedale e Territorio e viceversa ed evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, favorendone un rientro tutelato e coordinato al domicilio;
- e) sviluppare l'innovazione tecnologica, la dotazione strumentale degli ambulatori territoriali 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) inserire i SAI et al. nei programmi di screening individuati a livello nazionale, regionale e aziendale ai fini del miglioramento della qualità della vita e dello stato generale di salute della popolazione;
- h) garantire la sicurezza alimentare e la sanità animale;
- i) prevedere nell'ambito della formazione obbligatoria degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e delle altre professionalità sanitarie ambulatoriali percorsi di aggiornamento professionale trasversali con gli altri professionisti, oltre che percorsi finalizzati alla acquisizione di competenze clinico-organizzative e gestionali anche mediante pacchetti formativi prodotti dalle società scientifiche accreditate.

Obiettivi di appropriatezza

Rappresentano obiettivi specifici:

- 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 anche l'assistenza specialistica territoriale;
- b) garantire l'appropriatezza delle richieste di prestazione specialistica secondo le disposizioni nazionali e regionali nell'ottica dell'abbattimento delle liste di attesa;
- c) utilizzare la telemedicina con il teleconsulto specialistico, televisita e telerefertazione prevedendo spazi di consulenza/colloqui tra SAI et al., medici RUAP e PLS per la valutazione di casi, per concordare il percorso di presa in carico e garantirne la prosecuzione;
- d) contribuire a favorire l'appropriatezza delle richieste dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al Pronto Soccorso;
- e) 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 ed a maggior rischio di inappropriatezza, assegnati annualmente alle Aziende Sanitarie;
- f) incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto;

- g) perseguire l'appropriatezza nelle prescrizioni di protesi e ausili;
- h) assicurare i flussi informativi-informatici (FSE, ricetta dematerializzata, ecc.) ai fini del conseguimento degli obiettivi di sistema assegnati alle Aziende Sanitarie.

Negli obiettivi di salute sono stati individuati strumenti a tale scopo.

Telemedicina

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo e un importante supporto ai servizi di assistenza primaria per monitoraggio, cura, riabilitazione e prevenzione secondaria nei confronti di persone fragili o affette da patologie croniche. Al fine di dare maggiore impulso, con DGR n. 568 del 6 maggio 2020 è stata riconosciuta l'importanza dell'ampliamento e dello sviluppo dell'uso della telemedicina, intesa quale modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite tecnologie innovative, in particolare servizi di telemedicina specialistica. Inoltre, con il recente Accordo della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020) è stato approvato il documento dal titolo *"Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina"*. Tale documento descrive la telemedicina come: *"un approccio innovativo alla pratica sanitaria consentendo l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione"*. Esso classifica, tra le altre, le prestazioni di telemedicina secondo vari criteri, tra cui le condizioni per l'erogazione. Il suddetto documento specifica che, riguardo alla attività ambulatoriale, le interazioni a distanza possono avvenire sotto forma di televisita; teleconsulto; teleconsulenza medico-sanitaria; teleassistenza; telerefertazione.

Le modalità organizzative, che vedano un attivo coinvolgimento dei SAI et al., saranno stabilite a livello di AAA, avvalendosi anche dei servizi già avviati dalla Regione Emilia-Romagna, nel rispetto delle normative vigenti.

Tutte le attività dovranno avvenire nel rispetto della normativa sulla *privacy* e, come previsto dalle Indicazioni nazionali sopracitate (Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020): *"Questa attività si considera come parte integrante dell'attività lavorativa dei medici specialisti e delle altre professioni sanitarie e come quella effettuata in presenza non prevede remunerazione a prestazione, e non ha una tariffa a livello di nomenclatore tariffario della specialistica e non prevede compartecipazione alla spesa da parte del cittadino e nemmeno una prescrizione Ssn. Questa attività può essere registrata mediante gli applicativi aziendali in uso per tenere traccia di quanto erogato ad un paziente e monitorare l'attività del personale coinvolto, ma non viene ad oggi rilevata nei flussi istituzionali"*.

Televisita

La televisita è uno strumento finalizzato all'interazione a distanza dello specialista con il paziente che può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure, se garantisce tutti i requisiti della visita erogata in presenza, e, pertanto, rappresenta una prestazione specialistica ai sensi della normativa vigente.

L'attivazione del servizio di televisita richiede l'adesione preventiva del paziente o del tutore, al fine di confermare tra l'altro la disponibilità di un contatto telematico per la interazione documentale/informativa con lo specialista e accedere ad un sistema di comunicazione remota secondo le specifiche tecniche e le normative vigenti in materia di *privacy* e sicurezza.

Le televisita può essere attivata dallo specialista, in sostituzione della visita già prevista (controllo o altro tipo di visita del PDTA), nella fase di *recall* dei pazienti prenotati sulle agende dedicate qualora reputati eleggibili. Il collegamento deve avvenire in tempo reale e consentire di vedere il paziente e

interagire con esso, eventualmente, qualora necessario, anche avvalendosi del supporto del *caregiver* nella gestione della comunicazione.

Come previsto dalle Indicazioni nazionali sopracitate (Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020) *“la televisita deve essere sempre refertata”* e quando *“afferisce al setting della specialistica ambulatoriale deve essere rendicontata nel flusso ex art. 50, con relativo codice di visita di controllo, deve prevedere la prescrizione su ricettario Ssn e compartecipazione alla spesa se dovuta”*.

Teleconsulto specialistico

Un ulteriore strumento finalizzato alla integrazione ed alla continuità dell'assistenza è rappresentato dal teleconsulto specialistico che si esplica attraverso l'individuazione di fasce orarie per le richieste previamente programmate in cui i SAI et al., i RUAP e i PLS si rendono reciprocamente rintracciabili telefonicamente, in orario di servizio, costituendo spazi di consulenza/colloquio per la presentazione di casi o per conseguire accordi sul percorso di presa in carico; per gli specialisti, previo periodo di monitoraggio, si potrà valutare l'eventuale individuazione di fasce orarie 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.

Le finalità di tale servizio sono ascrivibili all'ottimizzazione della rintracciabilità dei SAI et al., dei RUAP e dei PLS, al fine di favorire il dialogo e la promozione della appropriatezza prescrittiva.

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 et al. che gli specialisti dipendenti.

È altresì opportuno che tale servizio possa svilupparsi anche con modalità innovative “multicanale”, tenendo conto delle opportunità oggi offerte dalle moderne tecnologie. Pertanto, detto servizio, oltre essere gestito tramite Call Center, potrà svilupparsi anche attraverso l'utilizzo di strumenti telematici per l'invio di dati refertabili e/o analizzabili, sfruttando piattaforme esistenti e di larga diffusione o mediante App dedicate, le quali permettano di trasferire dati e immagini, se utili al fine del teleconsulto.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT e le Unità Complesse di Cure Primarie (Articoli 6 e seguenti ACN)

Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e i professionisti sanitari operano obbligatoriamente all'interno delle forme organizzative previste dal vigente ACN (AFT e UCCP) e aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) della Regione Emilia-Romagna, nonché al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.

Le AFT e le UCCP utilizzano le dotazioni strutturali e strumentali necessarie, fornite dalla Azienda USL, per lo svolgimento delle attività specialistiche e professionali.

Ferma restando la necessità di istituire le AFT in tutte le Aziende USL, se ne prevede l'inserimento negli atti aziendali.

Integrazioni agli articoli dell'ACN

Caratteristiche generali delle AFT (Articolo 7)

L'AFT è una forma organizzativa a carattere monoprofessionale e multidisciplinare, che rientra nell'ambito dell'organizzazione distrettuale o sovradistrettuale.

Ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'ACN, la AFT contribuisce a garantire l'assistenza attraverso la collaborazione con le AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta e con le UCCP/Case di Comunità del Distretto/Azienda USL. Nelle AFT e UCCP della specialistica sono integrati anche i veterinari per le attività correlate alla prevenzione.

L'AFT, attraverso una migliore possibilità di accesso a livello distrettuale, una semplificazione delle procedure di accettazione in maniera integrata, organizzata e coordinata, è in grado di garantire tutti i servizi specialistici territoriali di elezione, secondo percorsi clinici omogenei integrati con i corrispondenti servizi specialistici ospedalieri. Rappresenta, quindi, il "gruppo clinico specialistico di riferimento" strutturato per dare "la risposta" nei diversi setting assistenziali territoriali ai casi clinici di competenza specialistica che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Le AFT, nello svolgimento dei compiti previsti dall'art. 7, comma 4, dell'ACN, rappresentano il principale punto di riferimento specialistico distrettuale o sovradistrettuale, nell'ambito dei percorsi di cura attivati, per il controllo della cronicità, attraverso l'integrazione fra competenze ospedaliere e territoriali, sotto l'aspetto clinico e operativo.

L'attività delle AFT è finalizzata al superamento della frammentazione dell'assistenza e del "pendolarismo assistenziale".

La AFT eroga visite e prestazioni specialistiche di diagnostica, di laboratorio, consulti o interventi specialistici interdisciplinari, anche di tipo psicologico, nell'ambito dei PDTA, eroga inoltre le prestazioni specialistiche domiciliari e residenziali previste nei LEA, su richiesta del MMG, del PLS o di altro specialista.

Inoltre, attraverso la AFT si attua la presa in carico, in stretta collaborazione con i MMG e i PLS, di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche con l'obiettivo di ridurre il ricorso ai "ricoveri impropri e l'inappropriato utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza".

Nell'ambito dei percorsi di cura attivati per il controllo della cronicità, ogni AFT contribuisce a garantire l'assistenza del paziente, in forma integrata con le AFT della medicina generale e le AFT della pediatria di libera scelta, fino alla "dimissione virtuale" programmando e prenotando visite specialistiche, prescrizioni di esami di laboratorio o strumentali, sia di primo accesso che di follow-up (accesso 0/zero), consulti con i vari specialisti che ne fanno parte (percorso interno) ovvero in caso di necessità inviando il paziente a prestazioni di day service o direttamente al ricovero ospedaliero (percorso esterno).

Nel caso di "percorso interno", una quota parte dell'orario settimanale dello specialista, concordata tra referente di AFT e Direttore di Distretto e/o Struttura, è destinata alla attività specifica organizzata dall'AFT (anche di secondo livello, qualora le caratteristiche della struttura erogante lo consentano) nelle varie discipline ritenute necessarie. Tale modalità è finalizzata a garantire, attraverso un percorso agevolato, l'iter diagnostico-terapeutico più efficace in relazione alla complessità del quadro clinico.

Nel caso di "percorso esterno", tramite l'attivazione di percorsi definiti e concordati con il setting ospedaliero, è possibile programmare il ricovero o l'intervento specialistico di II livello ovvero tutte le attività necessarie di diagnostica di alta tecnologia.

Le AFT specialistiche, assieme alle altre AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta, rappresentano il punto territoriale di riferimento certo per il cittadino attraverso il quale ottenere l'erogazione delle prestazioni a bassa e medio-bassa intensità assistenziale, così come l'ospedale assicura le attività a medio-alta ed alta intensità assistenziale e l'urgenza/emergenza.

L'art. 7, co. 6 dell'ACN prevede che le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della AFT siano parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto e che tra gli obiettivi vada incluso anche il grado di integrazione degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari di cui all'art. 6, co. 3 dell'ACN e dei professionisti delle AFT con il personale operante nelle forme aggregative dell'assistenza primaria. La medesima clausola prevede inoltre che la valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti in sede regionale e aziendale, costituisca la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei componenti della stessa AFT. Si concorda che l'indicatore principale di integrazione sia rappresentato dal numero di incontri di lavoro multidisciplinari e/o multiprofessionali atti ad affrontare gli aspetti organizzativi e/o clinici che coinvolgono più branche (es. PDTA melanoma con presa in carico del paziente a partire dal sospetto diagnostico alla tempestiva asportazione, stadiazione, follow-up), realizzati nel corso dell'anno e che hanno visto la partecipazione degli specialisti delle diverse branche e del personale delle forme aggregative dell'assistenza primaria, nonché i professionisti e gli specialisti dipendenti ospedalieri e territoriali.

Posto che l'art. 7, co. 7 dell'ACN prevede che le Regioni possano integrare compiti, funzioni e obiettivi delle AFT, in attuazione di quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico, si concorda che gli obiettivi assegnati alle AFT dovranno essere correlati agli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale alle Direzioni Generali, con particolare riferimento ai PDTA che coinvolgono più specialità con l'obiettivo di assicurare un efficiente e coordinato processo di "presa in carico" tra professionisti medici afferenti a specialità diverse.

In particolare, si concorda che gli indicatori **per gli specialisti ambulatoriali** siano:

Indicatore	Peso	Target
Numero di incontri di lavoro multidisciplinari e/o multiprofessionali per ogni AFT	25%	>= 3 anno
Partecipazione volontaria allo smaltimento delle pre-liste oppure al recupero di pazienti per assenza, a vario titolo, dello specialista (in caso di mancata attivazione l'obiettivo si considera raggiunto)	25%	Si
Prescrizione di visite di controllo con accesso zero rispetto al totale delle prescrizioni di visite di controllo della AFT	25%	90%
Prescrizione di altre prestazioni con accesso zero rispetto al totale delle prescrizioni di altre prestazioni della AFT	25%	70%

In particolare, si concorda che gli indicatori **per le altre professionalità** siano:

Indicatore	Peso	Target
Numero di incontri di lavoro multidisciplinari e/o multiprofessionali per ogni AFT	50%	>= 3 anno
Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi delle UU.OO. di afferenza	50%	Target aziendali

In particolare, si concorda che gli indicatori **per i veterinari** siano:

Indicatore	Peso	Target
Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi delle UU.OO. di afferenza	100%	Target aziendali

Le parti si riservano di rivedere annualmente, nell'ambito del Comitato regionale, gli obiettivi individuati per ciascun indicatore.

Si concorda inoltre che le risorse previste dall'ACN agli articoli 43, lettera B, comma 7 (0,86 € per ora di attività), 44, lettera B, comma 6 (0,59 € per ora di attività), 49, comma 7 (1,08 € per ora di attività), integrate con quanto previsto dall'articolo 43, lettera B, comma 8, e dall'articolo 44, lettera B, comma 7 vengano destinate alla remunerazione degli obiettivi di AFT. Fermo restando che la partecipazione da parte del singolo specialista ad almeno l'80% delle attività di audit e agli incontri multidisciplinari costituisce il prerequisito individuale per l'accesso al riparto delle risorse, le risorse di cui sopra sono ripartite agli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti facenti parte dell'AFT sulla base delle ore di attività.

Le risorse che, per effetto del parziale o mancato raggiungimento dei target da parte delle AFT si rendono disponibili, rimangono nella disponibilità del presente ambito contrattuale e sono erogabili negli anni successivi sulla base del raggiungimento degli obiettivi e/o dello svolgimento delle attività concordati a livello aziendale, tenuto conto anche delle indicazioni del Comitato regionale.

Il processo di valutazione congiunta dei risultati ottenuti avviene a livello aziendale, con il coinvolgimento attivo dei referenti di AFT e dei responsabili di branca.

Referente di AFT

Ad integrazione dei compiti previsti all'articolo 8, commi 3, 4, 5 e 6 e dall'articolo 39, comma 5 dell'ACN, così come già previsto nell'AIR 12 marzo 2018, il Referente di AFT:

- collabora con i responsabili di Branca per le attività proprie dello stesso (governo delle liste attesa, governo PDTA, formazione, governo clinico, governo complessivo dell'erogazione dei LEA, valutazione del fabbisogno);
- concorre al coordinamento e organizzazione dell'attività ambulatoriale esterna (domicilio, dimissione protetta, strutture residenziali e semiresidenziali, Case della Comunità, istituti penitenziari, ospedali di comunità, altre strutture ambulatoriali aziendali, AFT di RUAP/PLS);
- concorre a garantire il corretto svolgimento dell'attività specialistica nelle strutture residenziali e semiresidenziali, nelle strutture di ricovero non dedicate ai malati in fase acuta (Hospice, Ospedali di Comunità, CRA) e negli Istituti Penitenziari;
- concorre, insieme al referente aziendale, alla realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie prevalenti, attraverso l'integrazione professionale e le forme organizzative della medicina territoriale (AFT di RUAP/PLS, Case della Comunità);
- concorre alla gestione dell'attività degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti la cui numerosità, a livello aziendale, non consenta l'individuazione di un responsabile di branca;
- la valutazione degli obiettivi dei referenti (articolo 8, comma 7, dell'ACN) deve avvenire anche sulla base della corretta gestione delle agende e corretta applicazione della presa in carico/autogestione;

- partecipa di diritto all'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali, ove presente, ed è il riferimento per il board della CdC hub.

L'attuazione della funzione di referente di AFT non dovrà in ogni caso pregiudicare l'attività ambulatoriale ordinaria, dovendo essere svolta fuori orario.

Lo svolgimento delle attività derivanti dall'incarico di referente di AFT è remunerato con un compenso annuo di € 10.000, al netto dei contributi previdenziali a carico dell'Azienda USL, rapportato ai mesi di attività svolta.

L'incarico di referente di AFT non è compatibile con lo svolgimento dell'incarico di responsabile di branca.

La verifica sull'attività svolta è effettuata dal Direttore Generale, o suo delegato, sulla base di criteri oggettivi, preventivamente individuati localmente, di concerto con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, e comporterà la decadenza dalla funzione qualora, nell'arco di un biennio, sia stato evidenziato il mancato raggiungimento degli obiettivi definiti.

UCCP (Articolo 9)

Fermo restando quanto indicato nell'atto di programmazione per le nuove forme organizzative (DGR n. 632/2025 e DGR n. 682/2025), fanno parte delle UCCP, intese quali forme organizzative complesse che operano in forma integrata, anche gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti.

Le UCCP rappresentano una opportunità per offrire percorsi semplificati di accesso all'assistenza specialistica facilitati dalla presenza in un medesimo luogo di figure professionali appartenenti sia alla dipendenza che alla medicina convenzionata e da un forte collegamento organizzativo e professionale.

Nelle UCCP può essere prevista la presenza di ambulatori chirurgici e ambulatori dedicati per patologia.

Il coordinatore di UCCP (Articolo 10)

Si rimanda all'articolo 10 dell'ACN per le funzioni del coordinatore di UCCP, nonché per le modalità di individuazione.

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

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

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

- a) organizzazione dei percorsi assistenziali, coordinamento organizzativo e dell'attività clinica;

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

Delegazione trattante (Articolo 14, co. 3 e 5)

La Delegazione trattante deve essere costituita sia a livello regionale che aziendale.

Le parti convengono che gli incontri della Delegazione trattante regionale si tengono in presenza presso la sede dell'Assessorato per le Politiche per la Salute, in Bologna, e gli incontri della Delegazione trattante aziendale presso le sedi individuate a livello locale da ciascuna Azienda sanitaria, salvo situazioni eccezionali e/o emergenziali per le quali sarà valutata l'opportunità dell'attivazione di un videocollegamento per la partecipazione da remoto. Agli incontri partecipano i componenti titolari o, in caso di assenza, i relativi sostituti come da provvedimento regionale ovvero aziendale di costituzione della Delegazione trattante vigente. In caso di impossibilità a partecipare da parte del componente titolare la presenza sarà assicurata dal sostituto. È responsabilità del componente titolare dare alla Regione o alla AUSL tempestiva comunicazione, per iscritto, della impossibilità a partecipare, assicurando la presenza del sostituto.

La Delegazione trattante regionale è costituita secondo i seguenti criteri:

- a) rappresentatività in base alla consistenza associativa, a livello regionale, determinata dal numero delle deleghe come da rilevazione SISAC al primo gennaio dell'anno precedente;
- b) 8 rappresentanti sindacali (almeno un rappresentante sindacale delle Sigle firmatarie dell'ACN 2024) e 10 rappresentanti di parte pubblica, componenti del Tavolo trattante;
- c) a seconda della specificità degli argomenti i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi, nelle materie all'ordine del giorno di esperti che a nessun titolo risultano quali componenti di diritto della delegazione trattante. L'opportunità dell'intervento dell'esperto è preliminarmente valutata dal coordinatore del tavolo trattante;

Alle riunioni della Delegazione trattante non è prevista la presenza di uditori.

La Delegazione trattante aziendale è costituita secondo i seguenti criteri:

- a) rappresentatività in base alla consistenza associativa (numero delle deleghe come da rilevazione SISAC al primo gennaio dell'anno precedente);
- b) numero di componenti da definire a livello aziendale;

I rappresentanti sindacali devono essere formalmente accreditati quali componenti delle Delegazioni trattanti.

Si ricorda, ai sensi dell'articolo 14, comma 4, la necessità di verificare la corretta costituzione delle delegazioni trattanti aziendali prima della apertura delle trattative per gli AAA.

La composizione delle Delegazioni trattanti di parte sindacale è eventualmente aggiornata annualmente, sulla base della rilevazione delle deleghe sindacali da parte di SISAC al primo gennaio dell'anno precedente.

Comitato regionale e comitato zonale (Articoli 17 e 18)

Per la partecipazione al Comitato regionale si rinvia a quanto previsto dall'art. 17 dell'ACN 2024.

Le parti convengono che gli incontri del Comitato regionale, almeno 2 all'anno come previsto dall'articolo 17, si tengono esclusivamente in presenza presso la sede dell'Assessorato per la Salute della Regione Emilia-Romagna, salvo situazioni eccezionali e/o emergenziali per le quali sarà valutata l'opportunità dell'attivazione di un videocollegamento per la partecipazione da remoto. Gli incontri dei Comitati zonali si tengono esclusivamente in presenza presso le sedi individuate dalle AUSL. In caso di impossibilità a partecipare da parte del componente titolare la presenza sarà assicurata dal sostituto. È responsabilità del componente titolare dare tempestiva comunicazione scritta alla Regione o alla AUSL della impossibilità a partecipare, assicurando la presenza del sostituto.

Non competono al Comitato regionale la trattativa e la definizione degli Accordi Integrativi Regionali.

Compiti e funzioni dello specialista ambulatoriale (Articolo 24)

Integrazione fra le varie professionalità e ambiti di cura

La programmazione sanitaria regionale ha favorito lo sviluppo dell'assistenza territoriale non ospedaliera volta a garantire la domiciliarità quale luogo più appropriato per la cura di pazienti con patologie croniche. In coerenza con tale indicazione, le Aziende USL hanno promosso il potenziamento e la valorizzazione dell'assistenza domiciliare soprattutto nella forma a più alta valenza di intensità assistenziale, la realizzazione di strutture sanitarie intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità) e socio-sanitarie (CRA).

In tale contesto, l'assistenza domiciliare si avvale della componente specialistica ambulatoriale integrata in un progetto complessivo multidisciplinare, teso ad assicurare risposte rapide ed efficaci a casa del paziente, anche coinvolgendo la figura del caregiver e promuovendo l'educazione terapeutica a domicilio.

La collaborazione degli specialisti ambulatoriali e, per quanto di loro pertinenza, dei veterinari e professionisti, è inserita nella programmazione delle attività finalizzate alla continuità assistenziale e viene realizzata:

- garantendo l'assistenza specialistica ambulatoriale nelle Case della Comunità, sia come risposta ad un bisogno episodico, occasionale (per esempio, inquadramento diagnostico, indicazione di trattamento), sia nell'ambito di percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica, dotando, ove necessario e possibile, tali ambulatori di strumenti di telemedicina e diagnostica di base, finalizzati anche al miglioramento della presa in carico (D.G.R. n. 1056 del 27 luglio 2015, Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 e D.G.R. n. 2221 del 12 dicembre 2022);
- garantendo la partecipazione all'attività delle equipe multiprofessionali per la presa in carico della cronicità secondo i principi della medicina di iniziativa;
- mediante il supporto e l'utilizzo di dotazioni tecnologiche in grado migliorare il lavoro prescrittivo e refertativo;
- attraverso la partecipazione a sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi nell'ambito delle AFT RUAP/PLS, anche mediante l'utilizzo della strumentazione diagnostica di cui al D.M. 29 luglio 2022;

- nell'ambito dell'assistenza domiciliare, nelle strutture residenziali, negli Hospice territoriali, negli Ospedali di Comunità e negli Istituti penitenziari;
- attraverso percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali condivisi, in particolare relativi alle patologie croniche.

Tutti gli specialisti ambulatoriali sono pertanto tenuti ad assicurare le consulenze per le strutture sopra indicate entro il debito orario, nel caso che il piano di lavoro lo consenta, o fuori dall'orario di servizio (ai sensi dell'articolo 32, comma 5, dell'ACN). I tempi massimi di erogazione delle prestazioni previste dal presente articolo vengono definiti a livello aziendale in coerenza con la normativa nazionale di riferimento.

Obiettivi di salute

È prioritario garantire, con spazi dedicati e concordati con l'Azienda, la definizione e la condivisione di Percorsi Integrati di Cura per:

- 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;
- pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, o pazienti fragili con elevati bisogni assistenziali, che richiedono una presa in carico da parte di un team multidisciplinare;
- pazienti cronici stabilizzati che necessitano di monitoraggio del loro stato di salute attraverso un approccio di medicina di iniziativa.

Al fine di garantire una appropriata continuità dell'assistenza, tali percorsi dovranno comprendere anche l'intervento di presa in carico dello specialista al manifestarsi delle riacutizzazioni nei pazienti stabilizzati.

Saranno, pertanto, concordati, condivisi, aggiornati all'occorrenza ed applicati i PDTA per patologie croniche prevalenti (per esempio, broncopneumologiche, cardiologiche, neurologiche, oncologiche).

Governo dell'offerta

Gli specialisti ambulatoriali, i professionisti e, per quanto di loro pertinenza, anche i veterinari, collaborano ai percorsi di semplificazione dell'accesso e alla costruzione di percorsi ambulatoriali complessi. I principi che ispirano la riorganizzazione sono la trasparenza dei criteri e delle modalità di accesso ai servizi, l'appropriatezza della risposta in relazione al bisogno di salute, l'equità di accesso alle prestazioni. In particolare, la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale, con i percorsi di semplificazione e di day service, ha la finalità di ricondurre l'intero percorso diagnostico agli accessi necessari, secondo modalità programmate, riducendo, per il cittadino, l'onere dei numerosi e frammentati passaggi per la prescrizione e la prenotazione delle prestazioni, che possono pregiudicare la stessa continuità dell'assistenza.

La prenotazione dei controlli – ravvicinati o a distanza, secondo indicazioni cliniche – da parte del professionista o della struttura ospedaliera/territoriale che ha in carico il cittadino è tassativa. Tale modalità di prenotazione è garantita dalla informatizzazione delle attività ambulatoriali per la gestione della prescrizione, con lo scopo di garantire al paziente la presa in carico e la continuità

dell'assistenza, oltre che assicurare il ritorno della refertazione elettronica al medico di ruolo unico di assistenza primaria ed al pediatra di libera scelta.

Per i pazienti più complessi si ribadisce l'importanza dello sviluppo dei percorsi di day service ambulatoriale, anche ai fini di trasferire in regime ambulatoriale le prestazioni che non necessitano di ricovero ospedaliero, e dei percorsi clinico-assistenziali integrati, da sviluppare a livello aziendale in base alle potenzialità e alle opportunità locali.

Gli specialisti garantiscono flessibilità organizzativa, ossia modulazione della tipologia di prestazioni e delle classi di priorità di accesso sull'agenda, ivi compresa la priorità U, nel rispetto dei tempi condivisi ed in presenza di criteri clinici/organizzativi di sicurezza, sulla base delle necessità aziendali.

Assistenza Farmaceutica

Si conviene di integrare la Commissione regionale per il farmaco con un rappresentante degli specialisti ambulatoriali, in occasione del prossimo rinnovo della composizione della predetta Commissione.

Per evitare duplicazioni di visite, e nello specifico interesse del cittadino, si concorda, oltre ad una piena applicazione dell'articolo 24, comma 8, lettera i) dell'ACN 2024, di autorizzare gli specialisti ambulatoriali alla prescrizione dei piani terapeutici a seconda dell'indicazioni della Direzione Sanitaria aziendale e in accordo con le indicazioni regionali riguardanti il governo della farmaceutica.

Attività di ricerca

Gli specialisti ambulatoriali e i professionisti si rendono disponibili a svolgere attività di ricerca clinica-epidemiologica e sperimentazione, con particolare riguardo alla farmaco vigilanza ed al monitoraggio post-marketing dei farmaci e dei dispositivi di recente introduzione, degli studi osservazionali su larga scala e degli studi sull'organizzazione sanitaria.

I veterinari si rendono disponibili a svolgere attività di ricerca clinica-epidemiologica e sperimentazione, con particolare riguardo alla farmaco vigilanza ed al monitoraggio post-marketing dei farmaci di recente introduzione.

Le modalità eventuali di riconoscimento di tali attività sono declinate negli accordi aziendali.

Compiti e funzioni del veterinario (Articolo 25)

Nel rispetto del modello organizzativo definito dalle stesse, le Aziende USL assicurano che il medico veterinario, ai sensi del presente Accordo ed inserito nel Sistema Sanitario della Regione Emilia-Romagna, concorra, congiuntamente ai dipendenti e agli altri operatori sanitari, allo svolgimento delle attività istituzionali ed al raggiungimento degli obiettivi di salute specificatamente individuate dal Piano Sanitario Regionale, in particolare, in osservanza ai Regolamenti UE nn. 2016/429 e 2017/625 ss.mm.ii e relativi regolamenti delegati e di esecuzione. in materia di controlli ed altre attività nel campo della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Vengono richiesti pertanto gli stessi requisiti professionali dei dipendenti in modo che le Aziende sanitarie possano avvalersi di personale con competenze omogenee. Le Aziende sanitarie offrono le medesime opportunità formative e di aggiornamento ai medici veterinari convenzionati.

Per l'esercizio della propria attività ispettiva e di controllo ufficiale al fine di dare attuazione a normative che prevedono obblighi e restrizioni per il cittadino/imprenditore, il medico veterinario convenzionato, al pari del dipendente, ricopre la funzione di Pubblico Ufficiale coi poteri ed i doveri previsti dal Codice penale.

In qualità di pubblico ufficiale, sulla base di quanto disposto dall'articolo 13, commi 1, 2 e 3, della L. n. 689/1981, in presenza di fattispecie di reato, è chiamato, nell'ambito delle attribuzioni e competenze assegnate dall'Amministrazione di appartenenza, a svolgere funzioni di ufficiale o agente di Polizia Giudiziaria.

Compiti e funzioni del professionista (Articolo 26)

I Biologi, i Chimici e gli Psicologi ambulatoriali costituiscono una componente professionale indispensabile per la compiuta realizzazione dei servizi volti alla prevenzione, alla diagnostica di laboratorio, alla diagnosi, al monitoraggio delle cure, nel rispetto delle relative competenze professionali.

Il professionista incaricato ai sensi del presente Accordo:

- a) concorre con l'Azienda al buon funzionamento dei presidi e al perseguimento dei fini istituzionali;
- b) esegue le prestazioni professionali proprie delle categorie così come regolamentate dalle relative leggi di ordinamento e dall'articolo 1 del D.P.R. 19 novembre 1998, n. 458;
- c) promuove e partecipa alle equipe multiprofessionali per la definizione dei PDTA e per l'utilizzo appropriato della diagnostica di laboratorio;
- d) partecipa ai programmi e ai progetti finalizzati, alle sperimentazioni cliniche e alle attività di telemedicina;
- e) attiva procedimenti ed iniziative tese a favorire la qualità dei servizi, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali condivisi, in particolare relativi al monitoraggio delle patologie croniche e oncologiche.

L'attività dei professionisti è pienamente integrata nelle attività svolte nella struttura complessa di appartenenza e con una forte integrazione con il personale laureato dipendente; pertanto, essi partecipano al perseguimento degli obiettivi dell'UO di afferenza, condividendone altresì l'eventuale raggiungimento e il relativo riconoscimento economico corrisposto in relazione dell'articolo 44, lettera B, comma 6, dell'ACN.

Resta in capo alle Aziende sanitarie la declinazione puntuale degli obiettivi e la relativa valutazione, in relazione alle singole specificità locali e nel rispetto del presente Accordo integrativo regionale.

Organizzazione del lavoro (Articolo 29)

Per promuovere l'integrazione professionale ed organizzativa dei SAI et al. è necessario definire congiuntamente alcuni punti qualificanti relativi all'organizzazione del lavoro.

Sviluppo organizzativo – Referente aziendale

In linea con quanto previsto dai precedenti AA.II.RR., si conferma che le Aziende USL individuano un Referente Aziendale scelto ai sensi dell'art. 8, co. 3 ACN 2024 tra i referenti di AFT.

Il Referente Aziendale individuato:

- partecipa al Collegio di Direzione;
- coordina i referenti di AFT e si raccorda con i responsabili di Branca;
- si raccorda con il RUA aziendale per le problematiche inerenti la specialistica ambulatoriale;
- propone programmi finalizzati all'abbattimento dei tempi di attesa, per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali mediante un miglior utilizzo delle risorse assistenziali

disponibili ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva anche secondo quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 (nuovi LEA).

Eventuali compiti ulteriori saranno declinati in sede aziendale.

È demandata alla contrattazione aziendale la definizione di un eventuale compenso aggiuntivo per il Referente Aziendale; le risorse per tale compenso derivano da quanto previsto dall'art. 43, lett. B, co. 7 e dall'art. 44, lett. B, co. 6 ACN 2024.

Sviluppo organizzativo – Responsabile di Branch

Per le branch specialistiche cui afferisce una pluralità di specialisti ambulatoriali (di norma non inferiori ad 8), anche di branch omogenee o complementari è individuato, in relazione alla programmazione aziendale, un responsabile di branch. Il responsabile di Branch viene individuato preferibilmente tra gli specialisti ambulatoriali titolari di un congruo numero di ore.

Ai sensi dell'art. 29, co. 9 ACN vigente, le Aziende USL valutano l'opportunità di istituire il responsabile di branch dei medici veterinari, dei biologi, dei chimici e degli psicologi, tenuto conto della consistenza numerica a livello aziendale dei convenzionati di riferimento.

Ai fini della individuazione del Responsabile di Branch, ogni Azienda USL raccoglie, presso tutti gli specialisti ambulatoriali della medesima branch e delle branch omogenee o complementari, veterinari, dei biologi, dei chimici e degli psicologi, la disponibilità a svolgere l'incarico.

L'incarico di responsabile viene assegnato da parte del Direttore Generale, sentito il Referente aziendale, tenuto conto del percorso professionale e dei seguenti criteri:

- congruo numero di ore di incarico (almeno 15 settimanali);
- svolgimento di attività anche sul territorio (per esempio, hospice, CRA, ADI);
- precedenti esperienze in ruoli di coordinamento;
- adeguato percorso formativo riconosciuto dalla Regione svolto anche durante l'incarico.

Il Responsabile di Branch:

- fa parte di diritto del Comitato di Dipartimento di appartenenza;
- fa parte delle Commissioni Tecniche Aziendali;
- partecipa alla definizione del budget annuale del Dipartimento di appartenenza;
- collabora, al pari degli altri professionisti, alla definizione dei PDTA relativi alle patologie delle branch di pertinenza;
- pianifica, con i Direttori dei Dipartimenti di riferimento, l'attività specialistica ambulatoriale per garantire una erogazione costante e continuativa nell'arco dell'anno, in aderenza alla programmazione e agli indirizzi assunti a livello aziendale, promuovendo attivamente flessibilità organizzativa in relazione all'andamento dei tempi di attesa e adottando le decisioni necessarie per l'impiego ottimale delle risorse, anche in riferimento alla programmazione delle assenze preventivabili;
- nel rispetto della programmazione regionale e nell'ambito di specifiche progettualità aziendali, possono essergli attribuiti compiti relativi all'organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale;

- evidenzia i bisogni formativi e formula proposte di aggiornamento in merito al programma formativo annuale in coerenza con gli indirizzi strategici della direzione aziendale e con le indicazioni elaborate in seno al comitato di dipartimento;
- propone, sentito il referente di cui all'articolo 8, comma 3, dell'ACN, programmi finalizzati all'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, mediante il pieno utilizzo delle risorse assistenziali disponibili, e il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni anche secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017 ("Nuovi LEA") e dalle linee guida aziendali e al miglioramento della appropriatezza nell'accesso al Pronto Soccorso;
- ha l'onere della gestione del piano ferie garantendo la continuità dell'offerta;
- concorre alla realizzazione/raggiungimento degli obiettivi prescrittivi quali/quantitativi stabiliti ogni anno dalla Direzione di Dipartimento con gli opportuni indicatori.

Il ruolo del referente Aziendale, del referente di AFT e del responsabile di Branca dovrà essere richiamato negli atti aziendali.

I compiti precedenti, per quanto applicabili, fanno riferimento anche ai veterinari ed ai professionisti.

L'attuazione della funzione di responsabile di Branca non dovrà in ogni caso pregiudicare l'attività ambulatoriale ordinaria, dovendo essere svolta fuori orario.

Al responsabile di Branca, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 29, comma 8, dell'ACN viene riconosciuto un compenso annuo di € 10.000, al netto degli oneri previdenziali, rapportato ai mesi di attività svolta. Il compenso viene corrisposto:

- quota fissa (60%) per i compiti previsti dal presente accordo
- quota variabile (40%) proporzionalmente al grado di raggiungimento degli obiettivi.

La verifica sull'attività svolta è effettuata dal Direttore Generale o suo delegato, sentito il referente Aziendale, sulla base di criteri oggettivi, preventivamente individuati localmente, di concerto con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, e comporterà la decadenza dalla funzione qualora, nell'arco di un biennio, sia stato evidenziato il mancato raggiungimento degli obiettivi definiti.

Accesso al servizio mensa

Il diritto alla fruizione del pasto è riconosciuto agli specialisti ambulatoriali interni, ai veterinari e ai professionisti dell'Azienda con le stesse modalità ed al verificarsi delle condizioni previste per il personale dipendente.

Assenze per malattia e gravidanza (Articolo 34)

Le parti evidenziano come l'art. 34, co. 4 dell'ACN 2024 preveda un periodo massimo di 14 settimane complessive interamente retribuite al SAI et al. che si assenti dal servizio per gravidanza o puerperio, affido e adozione senza indicare la collocazione temporale di tale periodo nell'ambito dell'assenza dal servizio. Se ne deduce che si lascia alla scelta della professionista interessata l'individuazione temporale delle 14 settimane di assenza interamente retribuite.

Le parti convengono che, in presenza di incarichi in più Aziende, quanto previsto dal comma 7 dell'articolo 34 ("Per l'incarico a 38 ore settimanali il permesso è pari a 18 ore mensili fruibili

esclusivamente presso l'Azienda nella quale è maturato il diritto.") sia da intendere che le ore di permesso debbano essere fruite in ciascuna di queste in proporzione all'orario di incarico.

Formazione continua (Articolo 40)

Il piano annuale di formazione per i SAI et al. viene concordato perseguendo anche l'obiettivo della integrazione del percorso formativo con tutti i professionisti, dipendenti e convenzionati, che operano nell'ambito aziendale.

Si conviene di mantenere quanto già previsto nel precedente accordo regionale relativamente al limite massimo di 50 ore annue di formazione.

Modalità di svolgimento

Ciascun SAI et al. dispone di un monte ore formativo annuale così suddiviso:

- 50% (pari a 25 ore/anno) di aggiornamento professionale finalizzato alla partecipazione obbligatoria a corsi organizzati su tematiche di interesse regionale/aziendale – le tematiche saranno concordate con i responsabili di branca, ove individuati
- 50% (pari a 25 ore/anno) su tematiche di interesse specifico per lo specialista ambulatoriale, veterinario e professionista, ma comunque inerenti all'attività professionale svolta negli ambulatori aziendali e ricomprese nei LEA.

Nel caso in cui la formazione aziendale non venga programmata nei modi e nei tempi sopra specificati, lo specialista ambulatoriale, veterinario e professionista avrà la facoltà di acquisire i crediti formativi in modo autonomo, allo scopo di ottenere l'intero monte-crediti previsto, godendo del relativo permesso retribuito, nei limiti del monte ore formativo individuale.

La partecipazione alle iniziative formative determina il riconoscimento di un permesso retribuito nel rispetto dei seguenti limiti:

- 32 ore annue per incarichi fino a 15 ore settimanali;
- 50 ore annue per incarichi fino a 38 ore settimanali.

Il limite massimo annuo comprende anche le ore di formazione a distanza (FAD) debitamente autorizzato.

La durata del corso riconosciuta al singolo professionista verrà conteggiata considerando quanto certificato nell'attestato di frequenza o indicato in fase di accreditamento, ferma restando la possibilità di riconoscere, come orario di servizio e nel limite dell'orario previsto per quella giornata, anche le ore necessarie al raggiungimento (e relativo rientro) della sede formativa.

La partecipazione alle iniziative formative, nel limite di cui sopra, viene riconosciuta al professionista indipendentemente dal fatto che questa avvenga durante le ore di incarico.

Per gli specialisti, professionisti e veterinari con incarichi in più Aziende USL il limite orario deriva dalla somma delle ore di incarico settimanali.

Gli specialisti, professionisti e veterinari si impegnano a comunicare tempestivamente all'Azienda USL eventuali cambiamenti delle ore di incarico, nonché a richiedere l'autorizzazione alla partecipazione alle iniziative con almeno 30 giorni di preavviso.

Ai medici specialisti ambulatoriali, ai veterinari ed ai professionisti sono riconosciuti crediti didattici ai sensi dell'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano "La

Formazione Continua Nel Settore «Salute» del 2 febbraio 2017 e nei successivi manuali a cui lo stesso Accordo rimanda, in particolare il Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario.

In particolare gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti possono acquisire crediti oltre che in qualità di partecipanti ad eventi formativi accreditati, anche attraverso ulteriori attività ECM (per esempio, tutoraggio in aula, sul campo e in e-learning, autore di materiale FAD), come ricercatori nelle sperimentazioni cliniche, attraverso la redazione di pubblicazioni scientifiche, lo studio individuale di pubblicazioni scientifiche e, infine, attraverso il tutoraggio nella formazione e nei tirocini formativi professionalizzanti pre e post laurea, previsti dalla legge.

Si conviene che per le attività di docenza e tutoraggio (funzione quest'ultima strutturata per le tipologie di formazione individuate nell'AUSL) sia previsto un trattamento da concordare in sede locale, analogo a quello del dipendente.

Si conviene che la Regione promuova e favorisca iniziative regionali o aziendali volte a consolidare le competenze dei responsabili di branca, referenti di AFT e referenti aziendali; tali iniziative potranno essere svolte in modo integrato con le analoghe figure degli altri settori della medicina convenzionata.

Programmi e progetti finalizzati (Articolo 41)

Prioritariamente, si individuano i seguenti programmi e progetti finalizzati:

- la Regione Emilia-Romagna, con la D.G.R. n. 1056/2015 e successive note della Direzione generale regionale sui protocolli di appropriatezza prescrittiva (Prot. 21/03/2022. 0282714.U) e sulla presa in carico (Prot. 21/03/2022. 0282798.U), nonché con la D.G.R. n. 603/19 e la D.G.R. n. 620/24 sullo smaltimento delle liste di attesa, ha fornito indicazioni per la complessiva riorganizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per il contenimento dei tempi di attesa. Si conviene che le Aziende USL possano adottare provvedimenti di contenimento delle liste di attesa, in accordo con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, con il coinvolgimento dei referenti di AFT, secondo le modalità concordate in sede aziendale, anche attraverso il ricorso, fra gli altri, a *overbooking*, all'attivazione di sedute aggiuntive in simil-ALPI, alla erogazione di prestazioni "urgenze-U", alla costituzione di team di "specialisti *on call*" a supporto dei RUAP, comprese eventuali progettualità in itinere;
- ulteriore rafforzamento dell'attività ambulatoriale complessa, dei percorsi di semplificazione e *day service* ambulatoriale, anche mediante il concorso degli specialisti all'accesso, alla prenotazione e organizzazione delle attività ambulatoriali (es. DSA) per interventi di chirurgia ambulatoriale quali cataratta, tunnel carpale e ulteriori prestazioni previste dall'allegato 4 del DPCM 12 gennaio 2017;
- anche con riferimento all'articolo 4, lettera c), dell'ACN, i SAI et al. si rendono disponibili, nell'ambito della programmazione regionale, a collaborare, con modalità definite dagli accordi integrativi locali, alla attività delle strutture territoriali per la gestione delle urgenze a bassa complessità (per esempio, CAU);
- Costituzione di gruppi di lavoro multiprofessionali (specialisti ambulatoriali e altre professionalità-RUAP-altri specialisti) finalizzati alla predisposizione di raccomandazioni e linee di indirizzo per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva diagnostico-terapeutica;



- Attribuzione di incarichi di responsabilità di progetto o di coordinamento funzionale
- Psicologi d'emergenza. Le situazioni di emergenza e catastrofe hanno un significativo impatto sulla salute mentale delle popolazioni e delle comunità colpite. Gli interventi di prevenzione, preparazione e ripristino a seguito di eventi catastrofici prevedono anche l'intervento della funzione psicologica aziendale, attraverso l'operato di psicologi esperti e formati in psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia. L'organizzazione regionale prevede una catena di comando, che prende avvio dalla Protezione Civile e "Funzione Sanità e Assistenza Sociale" per poi attivare, se necessario, il Board regionale psicologia dell'emergenza e, a livello locale, le EPE - Equipe psicosociali per l'emergenza (DPCM 13 giugno 2006: "Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi" (GU n. 200 del 29-8-2006). In questo contesto di intervento, al personale convenzionato coinvolto sarà riconosciuto il compenso ai sensi art. 44, lett. A dell'ACN e un compenso aggiuntivo ai sensi dell'art. 44, lett. B, co. 1, lett. a) dell'ACN. Inoltre, agli psicologi dell'emergenza è riconosciuto il rimborso delle documentate spese di viaggio e pernottamento nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione, con la precisazione che, qualora non sia disponibile l'automezzo aziendale e il professionista si avvalga del proprio automezzo, è previsto un rimborso pari a un 1/5 del prezzo "ufficiale" di un litro di benzina verde per km. Per gli interventi degli psicologi dell'emergenza nel luogo in cui si sono verificati uno o più eventi catastrofici è garantita la copertura assicurativa totale ai sensi degli artt. 32, co. 9 e 52 dell'ACN.

I progetti e i programmi di cui sopra devono essere strutturati con indicatori e obiettivi facilmente misurabili.

Sorveglianza sanitaria (Articolo 50)

I SAI et al., qualora esposti a rischio radiologico o biologico, in quanto tenuti a prestare la propria attività in zone controllate, sono sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte del medico competente, così come previsto dall'articolo 41 del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, con le stesse modalità e periodicità previste per il corrispondente profilo professionale CCNL presso le Aziende sanitarie.

Fondo per l'accordo attuativo aziendale (AAA)

Per l'adesione alle progettualità aziendali si concorda che le quote previste dall'art. 43, co. 8 (0,44 euro/ora) e dall'art. 44, comma 7 (0,26 euro/ora) vengano incrementate di 0,30 € per ora di attività. Tale riconoscimento è corrisposto nelle modalità previste dai citati articoli.

Le quote del fondo resesi disponibili per il parziale o mancato utilizzo e/o raggiungimento degli obiettivi nell'anno in corso rientrano nelle disponibilità aziendali finalizzate alle progettualità inerenti la specialistica ambulatoriale interna e altre professionalità.

Indennità Penitenziaria E Zone Disagiate

Ai sensi dell'articolo 43, comma 13 dell'ACN, per lo svolgimento delle attività dei SAI et al. presso gli istituti penitenziari è riconosciuto un emolumento orario aggiuntivo pari a 10 € rispetto a quanto previsto dall'ACN al citato articolo 43, Quota oraria e lettera B- Quota variabile, al successivo articolo 44, lettera A- Quota oraria e lettera B - Quota variabile e, infine, all'articolo 49.

La Regione individua, ove presenti strutture sanitarie, sia le sedi, sia le zone disagiatissime o disagiate, in base a quanto stabilito dall'articolo 43 dell'ACN.

Le zone e le sedi individuate per uniformità di indirizzi operativi sono comunicate al Comitato Regionale ex articolo 17 dell'ACN.

Per l'attività svolta presso tali sedi è riconosciuto un emolumento orario aggiuntivo rispetto a quanto definito dall'ACN all'articolo 43, lettera A- Quota oraria e lettera B - Quota variabile, al successivo articolo 44, lettera A-Quota oraria e lettera B-Quota variabile e, infine, all'articolo 49 pari a:

- zone disagiatissime: 7 euro
- zone disagiate: 5 euro.

Tutela Legale

Per le attività che i SAI et al. svolgeranno nelle strutture, come declinate nel presente accordo, e in coerenza con quanto previsto dalla legge 8 marzo 2017 n. 24, si specifica che il “Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie”(DGR n. 2079 del 23 dicembre 2013), a cui aderiscono tutte le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, opera a copertura dei danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, quindi anche in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

La copertura assicurativa per responsabilità per colpa grave resta in capo ai professionisti.

Durata dell'accordo

Il presente accordo acquisirà validità ed efficacia solo dalla data di firma da parte del Direttore della Direzione Generale cura della persona, salute e welfare previa necessaria approvazione con deliberazione di Giunta regionale e rimarrà in vigore sino al 31.12.2027, fatte salve diverse determinazioni derivanti dalla ratifica di accordi collettivi nazionali, nonché disposizioni legislative a livello nazionale che vadano a modificare e/o integrare le disposizioni qui contenute.

NORME FINALI

NORMA FINALE n. 1

La Regione Emilia-Romagna comunica annualmente al Comitato Regionale l'entità e l'utilizzo dei fondi ponderali regionali, ai fini della verifica dello stato di attuazione dell'accordo.

NORMA FINALE n. 2

In relazione alla tipologia dell'ambulatorio e alla casistica clinica le Aziende sanitarie valutano la dotazione strumentale e di personale, al fine di ottimizzare le prestazioni erogate in termini di appropriatezza e sicurezza.

Bologna, _____

Il Direttore della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

SUMAI _____

FEDERAZIONE CISL MEDICI _____

FESPA _____

UIL FPL _____