



**Accordo Attuativo Aziendale per la Specialistica Ambulatoriale
ai sensi dell'AIR Campania
di cui alla DGRC n. 541 del 02/12/2020 pubblicata sul BURC n. 238 del 07/12/2020**

sottoscritto il 16/11/2023

TAVOLO TECNICO:

Dott. Massimo D'Andrea - ASL Salerno

Dott.ssa Sara Marino - ASL Salerno

Dott. Rocco Basile - ASL Salerno

Dott. Antonio Viviani - ASL Salerno

Dott. Ernesto Musto - ASL Salerno

Dott. Giovanni Angione - ASL Salerno

Dott.ssa Daniela Postiglione - SUMAI

Dott. Ferdinando Ferrara - SUMAI

Dott. Domenico Porpora - SUMAI

Dott. Marcello Di Franco - FESPA

Dott. Giuseppe De Matteis - CISL Medici

Dott. Vincenzo Santomauro - UIL FPL

Contesto operativo

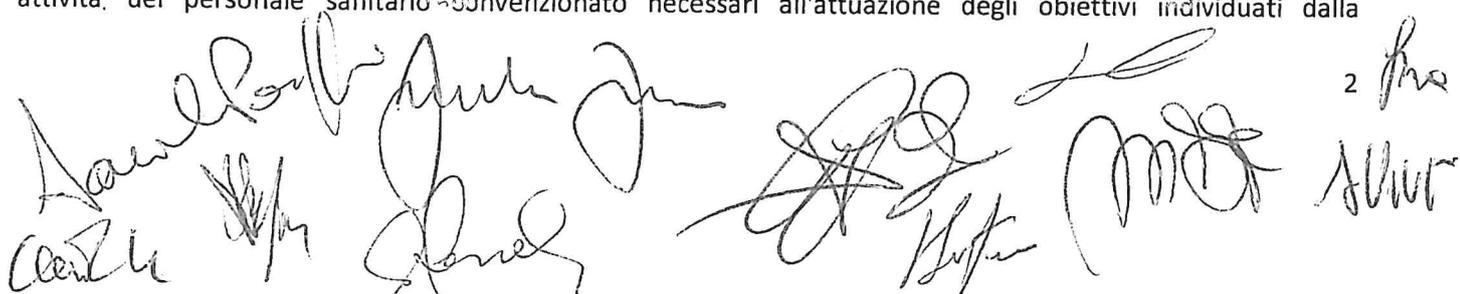
L'articolo 3 del vigente ACN, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 20 maggio 2021, ha previsto tre livelli di negoziazione (nazionale, regionale e aziendale) che "devono risultare coerenti col quadro istituzionale vigente, rispettando i principi di complementarità e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione".

La Giunta Regionale della Campania con delibera n. 541 ha approvato in data 02/12/2020 l'Accordo Integrativo Regionale (AIR) riconoscendo il ruolo degli Specialisti ambulatoriali, dei Medici Veterinari e delle altre professionalità sanitarie ambulatoriali come parte attiva e qualificante del Servizio Sanitario Regionale, integrandosi nell'Assistenza Primaria attraverso il coordinamento con le altre categorie che operano sul territorio, come previsto dal comma 1 lettera a) e b) dell'art. 3 quinquies dei D.lgs. 229/99 e s.m.i., per l'espletamento, secondo modalità di accesso uniformi, di tutti gli interventi specialisti, diagnostico-terapeutici, preventivi e riabilitativi, tenendo conto dei propri atti di programmazione regionale (DCA n. 83 del 31/10/2019 Piano Regionale della Rete di Assistenza sanitaria territoriale 2019-2021) e dell'Atto di programmazione dell'ASL Salerno.

In particolare si intende integralmente richiamare quanto previsto dall'AIR:

- 1) promuovere l'utilizzo dei farmaci in linea con la legislazione vigente e secondo le linee-guida della buona pratica clinica (*good clinical practices*), favorendo l'appropriatezza e quanto emanato dalla Regione in merito alla razionalizzazione della Spesa Farmaceutica. Altresì la Regione prevede, in linea con l'attuazione di specifici percorsi assistenziali, la prescrizione farmaceutica, da parte degli Specialisti Ambulatoriali, tramite Piano Terapeutico Informatizzato e ricetta SSN dematerializzata, anche di farmaci biologici/biosimilari;
- 2) individuare ed eliminare le cause di ricorso *inappropriato* alla diagnostica strumentale e di laboratorio, anche attraverso il blocco di iniziative tendenti a stimolare bisogni fittizi negli utenti;
- 3) promuovere la riorganizzazione dell'assistenza specialistica in funzione dell'adesione obbligatoria ai PDTA definiti a livello regionale/aziendale con priorità per i pazienti cronici e con multicronicità;
- 4) promuovere l'integrazione dello Specialista ambulatoriale nel sistema di presa in carico del paziente con bisogni socio-sanitari di cui al Capo IV del DPCM LEA 12/01/2017 che prevede l'accesso diretto del paziente alle cure;
- 5) promuovere la riduzione del tasso di ospedalizzazione anche attraverso la partecipazione degli Specialisti ai programmi aziendali in materia di pre-ospedalizzazione e di dimissioni protette;
- 6) valutare il fabbisogno in termini di risorse umane e strumentali per l'attuazione delle linee guida/PDTA che guardi allo studio della patologia, piuttosto che alla singola branca, come previsto dal modello day-service e volto ad incentivare il trasferimento delle attività di primo intervento, dal presidio ospedaliero alle strutture territoriali (AFT e UCCP), con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;
- 7) prevedere lo sviluppo della sperimentazione e della ricerca clinico-epidemiologica all'interno delle attività specialistiche;
- 8) implementare il sistema di rete che colleghi l'ambulatorio specialistico con la rete aziendale e con gli studi dei Medici di famiglia/Pediatri di Libera Scelta anche attraverso l'utilizzo della rete di supporto informatico regionale Sinfonia.

Il livello di negoziazione aziendale, definito Accordo Attuativo Aziendale (AAA), specifica i progetti e le attività, del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla



programmazione regionale. A tal fine l'Azienda, nell'ambito dei propri poteri, per l'erogazione delle prestazioni specialistiche, si avvale degli Specialisti ambulatoriali, dei Veterinari e dei Professionisti sanitari ambulatoriali di cui al presente Accordo, utilizzando interamente le ore di attività formalmente deliberate in sede aziendale, garantendo, comunque, la partecipazione della componente specialistica ambulatoriale, della veterinaria e delle altre componenti professionali sanitarie ambulatoriali alla copertura delle espansioni di attività dell'area complessiva dell'assistenza specialistica, in relazione alle future esigenze, secondo regole e modalità della programmazione sanitaria regionale, con la partecipazione della rappresentanza aziendale degli Specialisti ambulatoriali, dei Veterinari e delle altre professionalità sanitarie ambulatoriali di cui al presente Accordo.

[Handwritten signatures and scribbles]

ART. 1 - OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI STRATEGICHE

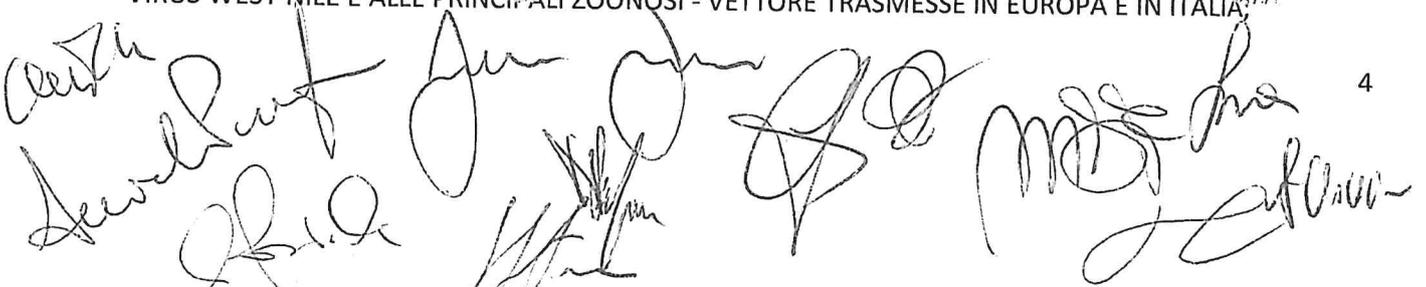
1. Obiettivi prioritari

Gli obiettivi che si configurano come prioritari nell'ambito della Medicina Specialistica sono quelli previsti dalle norme contrattuali e dalle attività sotto indicate:

- art. 4 co. 1 lett. a), b), c), d), ed e) dell'ACN 2020 e smi ovvero:
 - lett. a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITA' (PNC)*
 - Malattie renali croniche e insufficienza renale;
 - Malattie reumatiche croniche: artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva;
 - Malattie intestinali croniche: rettocolite ulcerosa e malattia di Crohn;
 - Malattie cardiovascolari croniche: insufficienza cardiaca (scompenso cardiaco);
 - Malattie neurodegenerative: malattia di Parkinson e parkinsonismi;
 - Malattie respiratorie croniche: BPCO e insufficienza respiratoria cronica;
 - Insufficienza respiratoria in età evolutiva;
 - Asma in età evolutiva;
 - Malattie endocrine in età evolutiva;
 - Malattie renali croniche in età evolutiva.
 - lett. b) *PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (PNPV);*
 - lett. c) *ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO;*
 - lett. d) *GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA E APPROPRIATEZZA;*
 - lett. e) *PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA RESISTENZA ANTIMICROBICA (PNCAR);*
- art. 6 co. 1 ultimo punto dell' AIR 2020 ovvero:
 - *L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACOLOGICA SECONDO LE DIRETTIVE NAZIONALI E REGIONALI ANCHE IN TEMA DI CONTENIMENTO DELLA SPESA;*
- presente Accordo:
 - REFERTAZIONE SUL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE).

Gli obiettivi che si configurano come prioritari nell'ambito specifico della Veterinaria sono quelli di seguito previsti:

- Regolamento EU 625/2017, proprie del Dipartimento di Prevenzione, con particolare riguardo a:
 - PIANO ERADICAZIONE DELLE ZONOSI (BRC-TBC) IN REGIONE CAMPANIA: RIDUZIONE DEI TEMPI DI ERADICAZIONE DELLA TUBERCOLOSI BOVINA NEGLI ALLEVAMENTI BUFALINI E /O BOVINI SEDE DI FOCOLAIO E/O SOSPETTI DI INFEZIONE TUBERCOLARE;
 - BIOSICUREZZA NEGLI ALLEVAMENTI BUFALINI E BOVINI ED OVI/CAPRINI;
 - POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI VERIFICA E CONTROLLO NELL'AMBITO DELLE ATTIVITÀ VETERINARIE;
 - IGIENE URBANA VETERINARIA E ATTIVITÀ ASSISTITE CON GLI ANIMALI (AAA);
 - ATTIVITÀ DI SORVEGLIANZA ATTIVA E PASSIVA RIENTRANTI NEL PIANO STRAORDINARIO DELLA PSA (PESTE SUINA AFRICANA);
 - ONE HEALTH RELATIVO ALLA SORVEGLIANZA E ALLA RISPOSTA AGLI ARBOVIRUS, ALL'INFEZIONE DA VIRUS WEST NILE E ALLE PRINCIPALI ZONOSI - VETTORE TRASMESSE IN EUROPA E IN ITALIA;



- ATTIVITÀ DI GENOTIPIZZAZIONE.

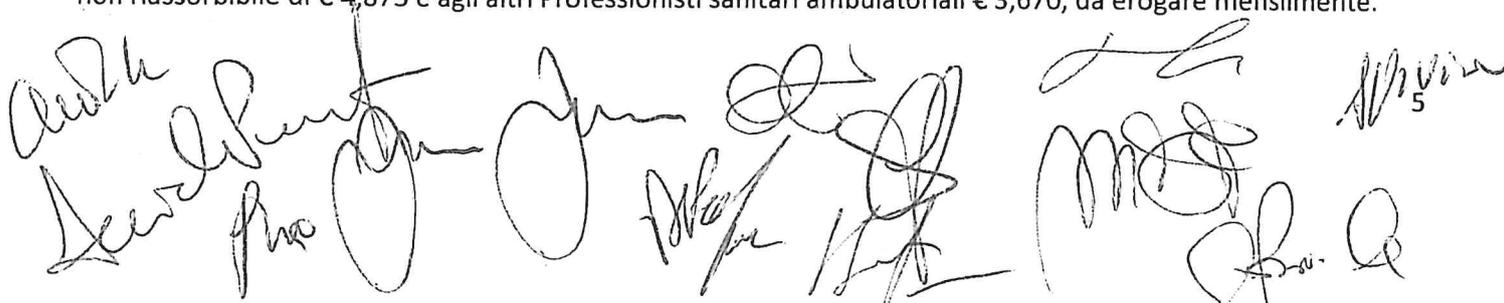
2. Azioni strategiche

Per il perseguimento degli obiettivi prioritari sopra indicati, le azioni che si configurano strategiche nell'ambito della Medicina Specialistica sono:

- a) l'integrazione nel "Sistema", intesa come accettazione del raccordo organizzativo, nell'ambito dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali e nella definizione del programma delle attività territoriali, tramite il Responsabile di branca;
- b) la flessibilità per la sede di lavoro, per l'orario e per la modalità di effettuazione delle attività, nel rispetto dell'autonomia professionale e delle norme contrattuali;
- c) la disponibilità alla consulenza per i colleghi delle U.O. ospedaliere dei P.O. in cui la specialità non sia presente;
- d) la disponibilità alla consulenza (anche sotto forma di consulto) presso le strutture residenziali, il domicilio dei pazienti o lo studio del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta;
- e) la disponibilità al consulto interdisciplinare su pazienti multiproblematici al fine di abbreviare l'iter diagnostico per una risposta sanitaria e sociale appropriata;
- f) la disponibilità per la consulenza specialistica al Medico di Assistenza Primaria e/o al Pediatra di Libera Scelta su casi presentati dagli stessi anche con mezzi telematici;
- g) la riorganizzazione strutturale e funzionale, anche in strumentazioni, dei poliambulatori e degli ambulatori distrettuali al fine di un miglioramento qualitativo e quantitativo delle ore dell'offerta di prestazioni specialistiche (in ambito distrettuale);
- h) la disponibilità ad operare nelle AFT e UCCP, con modalità da concordare con il Direttore Responsabile del Distretto Sanitario di afferenza;
- i) la disponibilità a fornire assistenza organizzata in forma diretta da uno o più Specialisti, vicino alla residenza e alla sede lavorativa dei cittadini con modalità concordate con il responsabile dell'articolazione aziendale di afferenza;
- j) il conseguimento di un'effettiva integrazione della Specialistica Ambulatoriale Interna con i servizi e gli operatori del Distretto;
- k) la partecipazione degli Specialisti ambulatoriali interni e Professionisti sanitari ambulatoriali ai PDTA deliberati ed attivati a livello aziendale;
- l) l'abbattimento delle liste di attesa anche attraverso le modalità previste dal presente accordo e comunque in linea con le normative che nel tempo dovessero succedersi;
- m) la partecipazione ai turni h 24 degli Specialisti ambulatoriali interni e dei Professionisti sanitari ambulatoriali delle U.O. ospedaliere, al fine di garantire una corretta integrazione, deve avvenire pariteticamente con le altre figure mediche ed in caso di necessità.

Relativamente alle attività di cui ai punti c), d), f) ed i), andranno stabilite agende di prenotazione con fasce orarie ad esse esclusivamente dedicate in orario di servizio ovvero potranno essere previste agende in ALPISA fuori orario di servizio.

Per l'adesione obbligatoria al perseguimento di tali obiettivi dove, ai sensi dell'ACN vigente, è prevista l'attiva partecipazione degli Specialisti ambulatoriali interni, dei Veterinari e dei Professionisti sanitari ambulatoriali, l'Azienda attribuisce ai sensi dell'AIR vigente, agli Specialisti ambulatoriali interni e ai Veterinari la quota oraria non riassorbibile di € 4,875 e agli altri Professionisti sanitari ambulatoriali € 3,670, da erogare mensilmente.



Art. 2 - PROGRAMMI E PROGETTI AZIENDALI

Al fine di uniformare le caratteristiche dei progetti, si ritiene di individuare alcuni schemi tipo.

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

1. Riduzione Liste di Attesa

Obiettivo: favorire una più ampia accessibilità ai servizi per la fruizione di prestazioni specialistiche, con particolare riguardo alla riduzione dei tempi di attesa.

È noto che tra gli obiettivi nazionali e regionali preminente risulta essere la riduzione delle liste di attesa. La Regione Campania, così come previsto dal DGRC n. 620 del 29/12/2020, ha inteso avviare il piano operativo per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali non effettuate a causa della pandemia con fondi dedicati. Terminata tale attività di recupero bisognerà avviare le procedure previste dal DCA n. 52/19. Per alcune branche specialistiche (ortopedia, cardiologia, oculistica ecc.) i tempi di attesa risultano essere eccessivi per cui è necessario individuare soluzioni organizzative che consentano un efficace utilizzo delle risorse disponibili.

In tale contesto, la definizione dei tempi medi di esecuzione delle prestazioni specialistiche rappresenta uno strumento con cui perseguire la riduzione dei tempi d'attesa. Pertanto, a richiesta dell'Azienda, i Responsabili di branca dovranno formulare proposta di tempari non vincolante per l'Azienda.

Bisogna, inoltre, tenere conto che nonostante le liste di attesa, gli Specialisti non raggiungono le prestazioni attese a fine turno poiché molti pazienti non si presentano per eseguire le prestazioni prenotate, senza peraltro comunicare la rinuncia, ricorrendo spesso a strutture provvisoriamente accreditate, ospedaliere o private.

Si ritiene quindi di individuare una serie di possibilità di intervento:

- 1.1 forme di remunerazione legate al risultato;
- 1.2 ricorso all'istituto dell'intra-moenia;
- 1.3 pubblicazione di ore;
- 1.4 semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- 1.5 definizione di protocolli di *follow up*;
- 1.6 prolungamento orario;
- 1.7 prestazioni di particolare interesse.

1.1 Remunerazioni legate al risultato.

1.1.1 a) Riduzione liste di attesa - *Overbooking*

Per gli Specialisti aderenti al progetto si adottano i seguenti criteri di prenotazione, secondo gli elencati punti:

- o le visite in *overbooking* devono essere preferibilmente prime visite per le classi di priorità U e B, in prima applicazione saranno autorizzate solo le prime visite;
- o può essere prenotata 1 visita in *overbooking* ogni 2 ore di attività dello Specialista ambulatoriale, tenendo conto delle eventuali esigenze organizzative dell'ambulatorio, sentito lo Specialista;
- o le visite in *overbooking* sono ammesse in pagamento solo se tutti i pazienti prenotati in regime ordinario si sono presentati e sono stati visitati; diversamente il numero di visite in *overbooking* retribuite si riduce di pari numero alle visite prenotate in regime ordinario e non effettuate per la mancata presentazione dei pazienti.

A titolo esemplificativo, laddove in 4 ore di attività 16 visite siano prenotate in regime ordinario e 2 in *overbooking*:



- se vengono effettuate tutte le 16 visite prenotate in regime ordinario, saranno retribuite le 2 visite prenotate in *overbooking* ed effettuate;
 - se vengono effettuate solo 15 delle 16 visite prenotate in regime ordinario, sarà retribuita 1 sola delle 2 visite prenotate in *overbooking* ed effettuate;
 - se vengono effettuate solo 14 delle 16 visite prenotate in regime ordinario, non saranno retribuite le 2 visite prenotate in *overbooking* ed effettuate;
- ola visita in *overbooking* viene retribuita l'equivalente di un'ora di compenso orario e può prevedere fino a 3 prestazioni oltre le quali, per ciascuna prestazione successiva alla terza, è attribuita una retribuzione pari a 20 minuti del compenso orario.

Il numero di pazienti da inserire in *overbooking* potrà essere rimodulato, sentito il Comitato Zonale, non più di una volta ogni sei mesi, in base alle esigenze specifiche del contesto operativo in cui lo Specialista ambulatoriale svolge l'attività professionale.

1.1.1 b) Riduzione liste di attesa - Agende aggiuntive

Si adottano i seguenti criteri, secondo gli elencati punti:

- i termini e le modalità delle sedute aggiuntive sono definite dal Comitato Zonale;
- a richiesta dell'Azienda, sentito lo Specialista ambulatoriale, sarà possibile aprire agende aggiuntive;
- le agende aggiuntive saranno remunerate in prolungamento orario, di cui all'art. 29 co. 5;

1.1.2 Sperimentazione ed attivazione secondo quanto previsto nel "Nomenclatore delle prestazioni territoriali degli Specialisti ambulatoriali" e successiva raccolta dati informatizzata con relativi reports di attività.

1.1.3 Presa in carico del cittadino - *Day-service/PACC*.

Premesso che lo Specialista, insieme alle altre professionalità, è parte integrante del nuovo modello organizzativo "*Day-service/PACC*", definito con DGRC n. 546/07 e ribadito con il Decreto 17/2014 e s.m.i, si ritiene fondamentale il loro impegno, nell'ambito del più generale concetto di appropriatezza, nell'attivare la presa in carico del cittadino con problemi di salute individuando percorsi diagnostico-terapeutici che dovranno privilegiare l'utilizzo delle strutture aziendali fino al completamento dell'iter con invio finale dell'utente al proprio medico curante, sia nel singolo poliambulatorio che nelle AFT.

1.2 Intramoenia - ALPISA

Gli Specialisti ambulatoriali, che trattengono un rapporto anche parziale con l'Azienda, possono partecipare, in presenza della disponibilità di strutture, attrezzature e personale, ad attività di intramoenia secondo il regolamento che sarà predisposto.

1.3 Pubblicazione di ore

Se nonostante l'utilizzo degli strumenti sopra indicati in uno o più distretti, in una determinata branca, permangano tempi di attesa più lunghi della media aziendale o sia necessario acquisire ulteriori competenze e professionalità, l'Azienda, sentito il Coordinatore del territorio, attiverà le specifiche norme previste dal vigente ACN e dall'AIR per la pubblicazione di ore.

1.4 Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali secondo quanto previsto dalle

norme vigenti.

1.5 Definizione di protocolli di *follow up* da parte dei Responsabili di branca.

1.6 Prolungamento orario

Qualora sia necessario superare occasionalmente l'orario di servizio, anche a richiesta dello Specialista ambulatoriale o del Professionista ed al fine di ricondurre le liste d'attesa a parametri nazionali, l'Azienda può autorizzare il prolungamento, indicandone le modalità organizzative e previo assenso dell'interessato.

1.7 Prestazioni di particolare interesse

Si rimanda a quanto previsto dall'art. 3 del presente Accordo.

2. Rispetto dei Livelli di Spesa Programmata

Obiettivo: appropriatezza delle prescrizioni e riduzione della spesa.

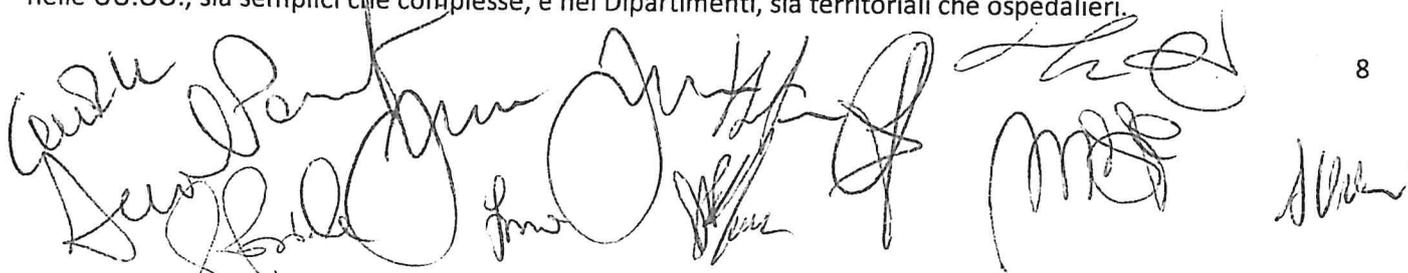
2.7 In questi ultimi anni il costo dell'assistenza farmaceutica nella Regione Campania ha subito un trend al ribasso per la maggiore appropriatezza delle prescrizioni da parte dei soggetti deputati, in particolar modo dei Medici di Medicina Generale. Ciò nonostante il governo della spesa farmaceutica rimane uno dei fattori irrinunciabili per la riqualificazione delle spese aziendali ottimizzando le risorse e garantendo i livelli essenziali di assistenza. L'Azienda, quindi, alla luce delle numerose delibere regionali, si sta organizzando per estendere l'erogazione diretta dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti che effettuano prestazioni, presso i presidi a gestione diretta (poliambulatori ed ospedali), limitandolo in particolare al primo ciclo di terapia ai pazienti in visita specialistica ambulatoriale.

Per i motivi su richiamati si articola un progetto che preveda:

- coinvolgimento di tutti i soggetti prescrittori in tutte le aree ed unità operative, al fine di favorire la formulazione di percorsi prescrittivi interni per patologie in ambito di appropriatezza (linee guida);
- adozione di un modulario unico per la prescrizione dei farmaci (MUP), così come previsto dal Decreto legislativo 33/2012 e smi.;
- illustrazione del percorso erogativo all'utente da parte dello Specialista;
- impegno a ricorrere al canale interno in tutti i casi possibili;
- utilizzo del ricettario del SSN e/o della ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata, nel rispetto della normativa vigente.

2.8 Come per la farmaceutica è possibile ipotizzare progetti finalizzati al contenimento della spesa per la riabilitazione e per la protesica. Tali progetti, essendo orientati verso alcune branche, debbono prevedere una preventiva valutazione del numero di Specialisti prescrittori presenti sul territorio regionale ed uniforme distribuzione delle ore impiegate nella funzione di ottimizzazione e controllo della spesa sanitaria oltre che l'attivazione dei percorsi terapeutici (per la appropriatezza delle prestazioni riabilitative ex art. 26 e 44 L. 833/78 nonché per la prescrizione di ausili e protesi) finalizzati al controllo ed al monitoraggio della spesa sanitaria, secondo quanto stabilito dalle linee guida della Regione Campania, DGRC n. 482/04 e smi, attraverso l'attivazione delle Unità di Valutazione del Bisogno Riabilitativo (UVBR), al fine di giungere ad una corretta individuazione del percorso del paziente (evitare i ricoveri incongrui in intensiva al costo del 40% superiore rispetto all'estensiva) e ad una contemporanea riduzione del carico delle commissioni finalizzate alla valutazione dell'handicap come previsto dalla Legge 104/92.

2.9 Fanno parte dell'appropriatezza tutte le progettualità regionali ed aziendali che interessano gli Specialisti, i Veterinari e i Professionisti sanitari ambulatoriali che operano in equipe con personale dipendente nelle UU.OO., sia semplici che complesse, e nei Dipartimenti, sia territoriali che ospedalieri.



In questo progetto sono comprese anche tutte le attività di prevenzione svolte singolarmente oltre che la partecipazione alle fasi organizzative e di supporto necessarie per il raggiungimento del risultato. Tali attività saranno individuate e concordate con le OO.SS. rappresentative e riguarderanno sia gli Specialisti ambulatoriali, che i Veterinari e le altre professionalità sanitarie ambulatoriali.

3. Progetto Area Materno Infantile e di Prevenzione

Obiettivo: promozione di interventi di educazione sanitaria per la prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale, per la maternità responsabile e la riduzione del ricorso alle IVG soprattutto nelle adolescenti; interventi di sostegno alle donne nel periodo della menopausa; prevenzione dell'obesità e individuazione precoce dei disturbi del comportamento alimentare; prevenzione dei disturbi visivi dalla nascita; aumento dell'offerta ed interventi di promozione e dei corsi di preparazione al parto e per la riduzione dei tagli cesarei.

Sotto-progetto attività odontoiatrica: nell'ambito dei progetti di prevenzione viene svolto prevalentemente nella Scuola Primaria, diretto agli alunni e agli insegnanti, e si occupa di fornire informazioni utili per migliorare gli stili di vita inerenti a una corretta alimentazione, una buona igiene orale (tecniche di spazzolamento ecc.) e l'utilizzo del fluoro.

Questa attività di prevenzione potrebbe essere potenziata con lo screening dentale al fine di:

- preservare il Primo Molare Permanente, il più colpito dalla malattia cariosa, anche mediante la sigillatura dei solchi;
- intercettare le Malocclusioni (Morso Inverso Mono o Bilaterale, Morso Aperto e Deglutizioni Atipiche) che, se corrette precocemente risolvono problematiche altrimenti condizionanti la vita dei piccoli pazienti con costi individuali e sociali importanti.

4. Progetto Area della Senescenza e della Disabilità

- Presso RSA e Centri Diurni

Obiettivo: presenza degli Specialisti nelle RSA (geriatra, fisiatra, neurologo, internista, cardiologo o altro Specialista richiesto dal medico di famiglia secondo i piani di intervento) per garantire la continuità assistenziale e contrastare il ricorso al ricovero ospedaliero.

- Nell'ambito dell'assistenza domiciliare

Obiettivo: potenziamento dell'attività specialistica in collaborazione con i Centri di Assistenza Domiciliare sia nella fase di valutazione che in quella di predisposizione e realizzazione dei piani di intervento individuali anche rivolta ai malati in fase terminale.

Concorrere a programmi di dimissioni protette con condivisione della presa in carico dei pazienti.

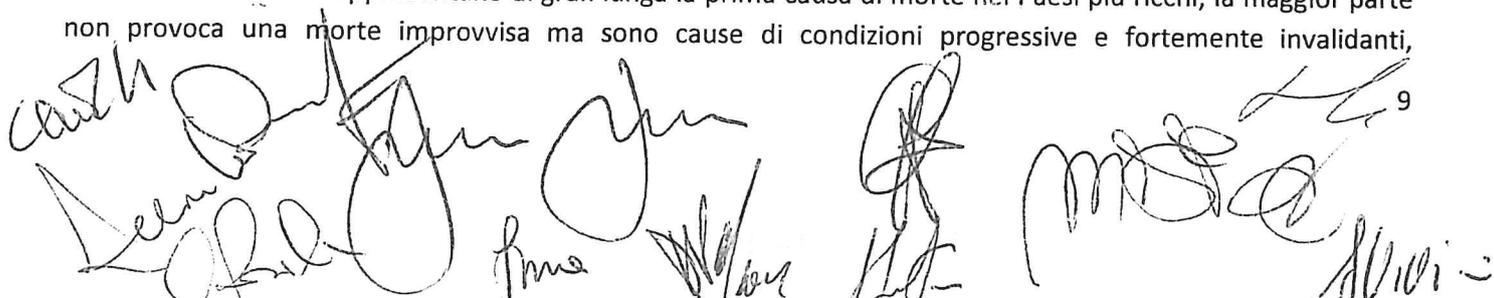
- Nell'assistenza riabilitativa e protesica agli adulti ed ai minori

Obiettivo: partecipazione alle attività di valutazione dei progetti riabilitativi presentati dalle strutture di riabilitazione estensiva e di mantenimento rivolti ai disabili nonché di valutazione, prescrizione e collaudo di presidi ed ausili protesici in ambulatorio e a domicilio;

5. Realizzazione di presidi integrati per le cure primarie con l'applicazione del "Chronic Care Model" - proposta per la realizzazione di una rete integrata di "cure primarie" e per la riqualificazione dell'assistenza specialistica distrettuale.

Obiettivo: trattamento delle malattie croniche, nell'accezione più vasta del tema (comprendente delle malattie degli organi di senso), secondo modelli di efficacia attraverso un approccio multidisciplinare e multiprofessionale.

Le malattie croniche rappresentano di gran lunga la prima causa di morte nei Paesi più ricchi; la maggior parte non provoca una morte improvvisa ma sono cause di condizioni progressive e fortemente invalidanti,



A collection of handwritten signatures and initials in black ink, located at the bottom of the page. The signatures are stylized and vary in length and complexity. Some appear to be names, while others are initials or abbreviations. The text 'cash' is written in the top left corner of this section. There is a small number '9' written near the top right of the signatures.

soprattutto se queste non sono adeguatamente trattate.

La constatazione che l'80% delle risorse della sanità (assistenza medica e infermieristica, farmaci, utilizzazione delle strutture ospedaliere, etc.) siano destinate al trattamento delle malattie croniche non sorprende nessuno. I numeri dei pazienti affetti da malattie croniche sono imponenti; in Italia stime molto prudenti parlano di 5 milioni di ipertesi, 5 milioni tra broncopatici cronici e asmatici, 2 milioni di diabetici.

Desti invece sorpresa l'osservazione – comune a tutti i sistemi sanitari – dei bassi livelli di qualità dei servizi erogati, soprattutto a livello di cure primarie. I motivi di ciò sono da ricondurre al modello di cura adottato per questi pazienti: un modello tradizionale basato su un approccio attendista, non pianificato, dove il rapporto medico-paziente si realizza nel momento della comparsa dei sintomi, dove il programma assistenziale (laddove esiste) risiede nella memoria del medico e nei suoi archivi, generalmente assai poco organizzati.

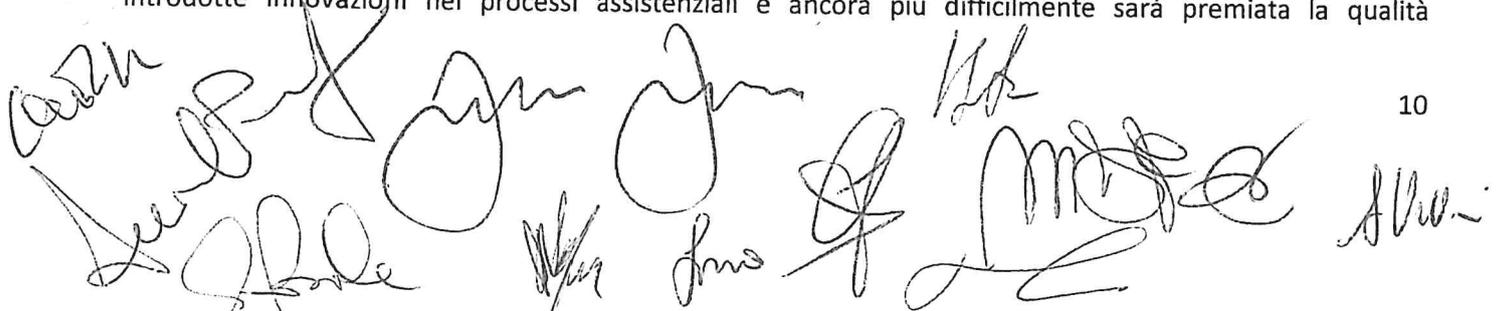
Il miglioramento della qualità dell'assistenza per i pazienti affetti da malattie croniche, in particolare coloro a maggiore rischio di disabilità e di morte prematura, si consegue attraverso un approccio proattivo (in grado cioè di prevedere e anticipare eventuali complicazioni e aggravamenti della malattia), il coinvolgimento dei pazienti, delle famiglie e della comunità, la forte integrazione tra cure primarie e secondarie, l'utilizzazione di percorsi assistenziali e di linee guida *evidence based*, la motivazione dei Professionisti anche attraverso adeguati incentivi.

Intervenire pro-attivamente nelle malattie croniche significa attuare alcune fondamentali strategie:

- la stratificazione del rischio (*risk stratification*), ovvero l'identificazione di pazienti con differenti livelli di rischio, basata sul precedente uso dell'assistenza sanitaria (es: ricoveri ospedalieri), sulla comorbilità e sulla presenza di markers di gravità di malattia;
- la selezione dei pazienti ad alto rischio che avviene con l'utilizzo di software elettronici, porta a identificare un gruppo di soggetti per i quali vengono attivate forme personalizzate di gestione attiva del caso (*case management*);
- il *case manager* generalmente un Medico Specialista, che lavora a fianco del medico di famiglia e dell'infermiere specializzato (*care manager*); i suoi compiti sono quelli di coordinare gli interventi, monitorare i *markers* di gravità della malattia, migliorarne l'educazione del paziente e promuovere l'auto-cura, dare consigli sui farmaci e vigilare sulla *compliance*;
- per i pazienti affetti da malattie croniche con livelli minori di rischio si attuano forme di *disease management* che prevedono l'istituzione di registri elettronici di malattia che consentono il regolare monitoraggio dell'assistenza per ciascun paziente;
- l'uso di protocolli clinici e linee guida, regolari attività di *clinical review* tra diversi professionisti basate su informazioni molto accurate, produzione e diffusione di materiale educativo per i pazienti e promozione del *self management* e organizzazione di sessioni educative per gruppi omogenei di pazienti.

Trattare adeguatamente le malattie croniche si può e si deve fare; il modello proposto dalla più recente letteratura e sponsorizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità - the **Chronic Care Model** - si è dimostrato efficace nel migliorare gli *outcome* clinici, i processi di cura e la qualità della vita dei pazienti con malattie croniche. Questo modello si basa su sei fondamentali elementi:

- a. **le risorse della comunità.** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti, associazioni di pazienti;
- b. **le organizzazioni sanitarie.** Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avverrà difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità



dell'assistenza;

- c. **il supporto dell'auto-cura.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. Il paziente vive con la sua malattia per molti anni; la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi;
- d. **l'organizzazione del team.** L'attività associata di medici di famiglia, Specialisti ambulatoriali ed infermieri è la chiave di volta per l'innovazione organizzativa, anche nel campo dell'assistenza ai pazienti cronici. La struttura del team assistenziale (AFT, UCCP, etc.) deve prevedere una chiara divisione del lavoro tra Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti Ambulatoriali e Infermieri: i Medici Specialisti come *case manager* trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati; gli infermieri (*care manager*) sono formati per supportare l'autocura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni assistenziali e assicurare, insieme al Medico di Medicina Generale la programmazione e lo svolgimento dei *follow-up* dei pazienti. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team;
- e. **il supporto alle decisioni.** L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono ai team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Le linee-guida dovranno essere rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team;
- f. **i sistemi informativi.** I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni:
1. sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee guida;
 2. feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche (ad es. i livelli di emoglobina A1 e di lipidi);
 3. registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population-based".

L'adozione di un nuovo modello di cura richiede una profonda riorganizzazione del sistema delle cure primarie e necessita in particolare di una forte infrastruttura organizzativa in grado di:

- coordinare l'attività dei team assistenziali;
- negoziare con i medici convenzionati obiettivi e incentivi;
- predisporre e organizzare adeguati sistemi informativi;
- valutare i bisogni della comunità, concorrere a definire le priorità d'intervento;
- stabilire i necessari collegamenti con le cure secondarie e predisporre i conseguenti percorsi assistenziali;
- valutare l'efficacia degli interventi.

La rete distrettuale è la naturale sede per recepire e applicare i nuovi modelli di gestione delle malattie croniche come il "Chronic Care Model".

Il Distretto può organizzare e gestire al meglio le componenti del sistema e garantire l'approccio "pluri-partecipativo" indispensabile per affrontare in modo efficace il trattamento delle malattie croniche.

Pertanto, per far fronte alla necessità sempre più emergente di orientare l'assistenza per la cura dei pazienti cronici, è indispensabile organizzare le cure primarie utilizzando le AFT della MMG, della PLS e della Specialistica Ambulatoriale ed i "nuovi presidi integrati" previsti, dai nuovi ACN delle Medicina Specialistica Ambulatoriale del 20 maggio 2021, dagli attuali ed i prossimi AA.CC.NN. della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta dai DCA 60 e 83/19, anche in funzione delle evoluzioni normative in materia. L'azienda



si riserva, in funzione dell'applicazione del PNRR (Azione 6), di rendere il progetto coerente con le normative nazionali e regionali.

I presidi integrati per le cure primarie dovranno prevedere un numero di ore di specialistica ambulatoriale sufficiente alle esigenze delle patologie croniche esistenti sul territorio di riferimento e diventare un riferimento del Cittadino per l'erogazione delle prestazioni specialistiche e PDTA a bassa intensità assistenziale come l'ospedale è ormai da lungo tempo il riferimento certo per gli eventi acuti.

6. Progetto per le Attività di Prevenzione e Controllo dei Servizi Sanitari

Obiettivo: miglioramento/ottimizzazione dei servizi.

Area sanità pubblica: UOPC/SEP/SISP

Sorveglianza e prevenzione H 24 delle malattie infettive con l'obiettivo di ridurre frequenza, complicanze e letalità nell'ASL;

Elaborazione dei dati statistici epidemiologici stratificati;

Valutazioni comparative nelle popolazioni vaccinate e non;

Sorveglianza e prevenzione di virus, micosi e parassitosi cutanee;

Monitoraggio delle condizioni igienico-sanitarie nelle Scuole ed esecuzione mirata degli interventi di profilassi;

Esecuzione degli interventi di disinfestazione programmata: deblattizzazione, demuscazione, deanzarizzazione;

Prevenzione della legionellosi nelle strutture sanitarie, sportive e nei luoghi di lavoro;

Prevenzione e repressione dell'inquinamento ambientale; interventi di sorveglianza sulle attività artigianali/industriali.

Area sanità veterinaria

Controllo delle malattie infettive zoonosiche. Repressione frodi della vendita degli alimenti al di fuori del circuito legale.

Direzioni di Distretti/Dipartimenti

Controllo delle Strutture Accreditate e ottimizzazione dei costi;

Monitoraggio della spesa farmaceutica e verifica dell'iper-prescrizione.

UOASB

Organizzazione dei servizi a livello anagrafe assistiti, rilascio di TEAM, rilascio di esenzioni per patologie/reddito, funzionamento del CUP, dei Poliambulatori e degli Studi di Medicina Generale e di Pediatria di libera scelta.

SERD

Organizzazione dei servizi di assistenza e prevenzione delle recidive del fenomeno delle dipendenze patologiche.

UO Fasce Deboli

Organizzazione dei servizi assistenziali per i pazienti diversamente abili.

SIAN

Interventi H 24 di monitoraggio e di controllo sulla preparazione, somministrazione e vendita degli alimenti. Prevenzione delle tossinfezioni.

12
A. Viorio

Vigilanza sulle frodi, alterazioni, adulterazioni, contraffazioni, sofisticazioni alimentari.

Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri

Collaborazione con il servizio di prevenzione e protezione per la identificazione dei possibili rischi relativi all'ambiente di lavoro e con il medico competente per la individuazione dei soggetti esposti.

Definizione dei criteri e dei provvedimenti necessari alle allocazioni delle risorse per le unità operative ivi compreso il personale. Vigilanza su cucine e mensa. Organizzazione accettazione sanitaria del pronto soccorso e sale operatorie. Gestione programma di prevenzione e controllo delle infezioni nosocomiali. Definizione tipologie ambulatori, orari attività, volumi prestazioni.

Gestione e supervisione servizi generali di igiene ambientale (microclima, legionella, gas anestetici).

UOMI

Collaborazione con il servizio di prevenzione e protezione per la identificazione dei possibili rischi relativi all'ambiente di lavoro e con il medico competente per la individuazione dei soggetti esposti.

Definizione dei criteri e dei provvedimenti necessari alle allocazioni delle risorse per le unità operative ivi compreso il personale. Gestione ed organizzazione campagne vaccinali.

Programmazione prevenzione scolastica. Risoluzione problematiche degli utenti.

Percorsi di accompagnamento al parto.

Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del virus dell'Epatite C

Come definito dal decreto del Ministero della Salute del 14 maggio 2021 "Esecuzione dello screening nazionale per l'eliminazione del virus dell'HCV", pubblicato sulla G.U. n. 162 dell' 8 luglio 2021, con il quale si dispone lo screening dell'infezione attiva dell'HCV, per rilevare le infezioni da virus dell'epatite C non ancora diagnosticate, ed avviare i pazienti al trattamento onde evitare le complicanze di una malattia epatica avanzata e delle manifestazioni extraepatiche, nonché interrompere la circolazione del virus impendendo nuove infezioni.

7. Progetto per la sicurezza della sanità animale e alimentare nelle scuole

Obiettivo: controllo e verifica dei capi animali per evitare la trasmissione di tossi-infezioni a tutta la popolazione regionale nonché trasmettere alla popolazione scolastica l'importanza della corretta conservazione degli alimenti, al fine di riconoscere e contenere le principali tossinfezioni alimentari, il tutto attraverso l'attivazione e promozione di programmi di informazione alla cittadinanza e alla platea scolastica sulla corretta relazione/convivenza uomo-animale e uomo-ambiente (rischi di contaminazione dovuti ad attività antropiche).

Divulgazione della prevenzione del randagismo, del servizio anagrafe canina e campagne di informazione sull'adozione e sterilizzazione dei randagi.

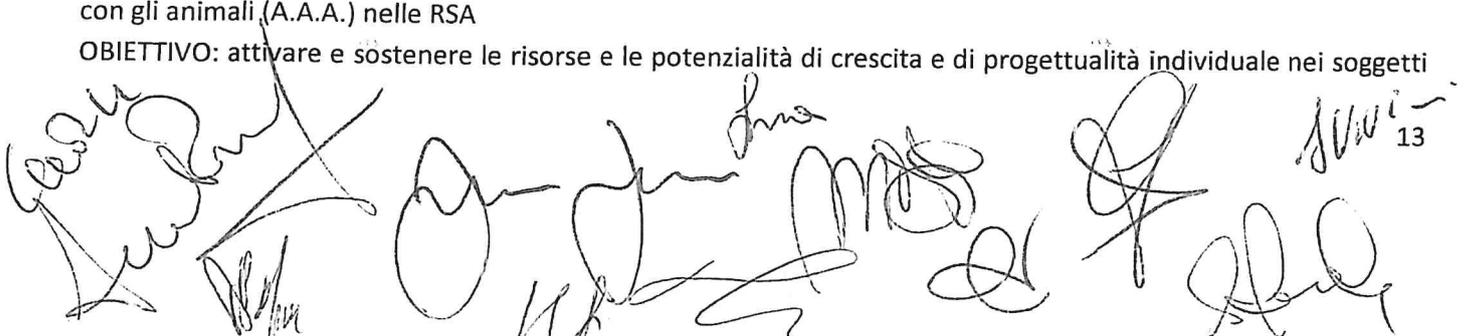
Attivazione e promozione di programmi di informazione alla cittadinanza e alla platea scolastica sulla sicurezza alimentare.

PROGETTO per interventi Assistiti con gli Animali negli Istituti scolastici-Educazione Assistita con gli Animali (E.A.A)

OBIETTIVO: attivare e sostenere le risorse e le potenzialità di crescita e di progettualità individuale nei soggetti fragili.

PROGETTO per gli interventi Assistiti con gli Animali (I.A.A.) nelle case di cura per gli anziani - Attività Assistita con gli animali (A.A.A.) nelle RSA

OBIETTIVO: attivare e sostenere le risorse e le potenzialità di crescita e di progettualità individuale nei soggetti



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller ones on the right, some with the number 13.

fragili (*pet therapy*).

8. Progetto per l'intervento precoce sulle patologie psichiatriche e area minori

Obiettivo: promozione della salute mentale nell'intero ciclo di vita; attività di prevenzione dei disturbi mentali anche attraverso l'individuazione precoce di situazioni di rischio e di disagio e l'attivazione di idonei interventi; riduzione dei ricoveri in strutture pubbliche e accreditate.

9. Progetto area minori prevenzione e presa in carico

Presa in carico della Autorità Giudiziaria

Obiettivo: acquisizione dei dispositivi di legge da parte dei servizi sociali.

Interventi connessi alla presa in carico dei minori con provvedimenti della A.G.; valutazione del monitoraggio delle competenze genitoriali; supporto e sostegno al minore e al sistema familiare; lavoro di rete con le istituzioni di riferimento per l'esecuzione dei provvedimenti.

Prevenzione *new addiction* per l'età evolutiva

Obiettivo: sensibilizzare l'utenza verso un corretto uso delle nuove tecnologie; interventi di screening nelle scuole; prevenzione, ritiro sociale, individuazione precoce dei sintomi e trattamento psicopatologie connesse.

Prevenzione bullismo

Obiettivo: campagna di informazione e sensibilizzazione sui fattori di rischio psicopatologico per le vittime di bullismo; promozione di interventi di supporto clinico, sostegno ai ragazzi vittime di bullismo, apertura sportelli d'ascolto nelle scuole e interventi psico-educativi.

10. Progetto di sicurezza sul lavoro

Obiettivo: integrare le prestazioni specialistiche della ASL, fornendo la consulenza degli Specialisti in Medicina del Lavoro.

Ogni anno un numero significativo di patologie sfugge alla tutela assicurativa dell'INAIL ed è inquadrata come patologia extraprofessionale, gravando tra l'altro erroneamente su capitoli di spesa dell'INPS e dei SSN. Tale misconoscimento, oltre che a tradursi in una riduzione di servizi e prestazioni per il lavoratore, inficia il dato statistico - epidemiologico delle malattie professionali, interferendo di fatto con le strategie nazionali e regionali in materia di prevenzione dai rischi lavorativi.

Attualmente gli specialisti in Medicina del Lavoro sono impegnati sostanzialmente in tre tipi di strutture, il Servizio di Sorveglianza Sanitaria ed il Servizio di Prevenzione e Protezione, sono attivi esclusivamente sul versante interno, per la protezione della salute dei dipendenti della ASL. Il terzo è quello della vigilanza, presso il Servizio di Igiene e Medicina del Lavoro del Dipartimento di Prevenzione, con obblighi di prevenzione/repressione in materia di sicurezza su lavoro. Presso lo stesso Dipartimento esiste poi un ambulatorio sperimentale di Medicina del Lavoro con finalità cliniche, aperto al pubblico.

È necessario dunque integrare le prestazioni specialistiche dell'ASL, fornendo la consulenza degli specialisti in Medicina del Lavoro. Lo specialista in Medicina del Lavoro potrà a richiesta del MMG o di Specialisti ambulatoriali di altre branche, visitare i pazienti che presentano un'anamnesi lavorativa dubbia o suggestive di malattia professionale ed esprimere a richiesta un parere clinico circa la compatibilità della patologia accertata con l'esposizione ai rischi professionali, fornendo eventuali orientamenti utili anche a fini assicurativi e medico-legali.

11. Progetto attività domiciliari

Nell'ambito dello sviluppo del sistema di erogazione dei servizi sociosanitari, per la programmazione regionale

riveste particolare importanza il sistema di cure domiciliari che è stato individuato quale area strategica di interventi nella riorganizzazione della filiera di servizi territoriali.

Le Attività Domiciliari garantiscono all'utente l'assistenza di cui necessita presso il proprio domicilio onde evitare il ricovero ospedaliero. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza, sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero o comunque determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.

Le patologie che contemplano l'ipotesi di attivazione dell'intervento di Attività Domiciliari si riferiscono a: malati terminali, malattie genetiche altamente invalidanti, malattie neoplastiche, malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi, incidenti vascolari acuti, gravi fratture in anziani, malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro) e tutte le patologie croniche che necessitano di assistenza continua.

Le Attività Domiciliari rappresentano la forma di assistenza domiciliare che richiede diverse competenze professionali sanitarie e sociali al fine di rispondere a esigenze complesse di persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza parziale o totale e che necessitano di una assistenza continuativa di tipo sociosanitario.

In mancanza di automezzi e autisti aziendali e dovendo comunque garantire una attività di cruciale rilevanza strategica, è necessario l'istituzione di un apposito fondo aziendale finalizzato a favorire l'utilizzo dell'automezzo da parte dello Specialista e del Professionista avente per obiettivo oltre il mantenimento dei LEA anche la riduzione della lista d'attesa per quanto riguarda esclusivamente l'attività domiciliare, parametrando il riparto del fondo al numero di visite domiciliari effettuate.

12. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

La Missione 6 del PNRR si occupa di **Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

I progetti da integrare e sviluppare nei prossimi mesi, con l'aiuto delle U.O. Centrali e di supporto, saranno tre:

a) Case della Comunità

Il progetto consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà la casa delle cure primarie e lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. Essa sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici specialistici, infermieri di comunità e altri professionisti della salute. È finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, con il fine di garantire la presa in carico della comunità di riferimento.

b) Assistenza domiciliare

L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 % della popolazione di età superiore ai 65 anni. L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. La presa in carico del paziente

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a date stamp '15'.

si realizza attraverso la definizione di un piano/progetto assistenziale individuale che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura dell'assistito, definisce i livelli di assistenza specifici, nonché i tempi e le modalità di erogazione per favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata.

L'investimento mira a:

- identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione;
- realizzare un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- attivare dieci Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

c) Sviluppo delle cure intermedie

Il progetto mira ad attivare l'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, di norma dotato di 20 posti letto (con un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica. Gli Specialisti ambulatoriali, al pari dei MMG, potranno effettuare consulenze all'interno della struttura per contribuire a una maggiore appropriatezza delle cure e determinare una sostanziale riduzione di accessi impropri ad altre prestazioni (come quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero). L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari, consentendo alle famiglie e alle strutture di assistenza di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

13. Organismo Valutazione Aziendale

L'Azienda costituisce un organismo di lavoro centrale che ha compiti di gestione del fondo previsto dal presente Accordo, di individuazione dei progetti finalizzati in linea con gli obiettivi del presente Accordo, oltre che di verifica e controllo dei risultati raggiunti. Tale organismo dovrà prevedere modalità e forme di compenso per gli Specialisti e gli altri Professionisti sanitari ambulatoriali partecipanti alle attività incentivanti. I componenti di tale organismo sono nominati dal Direttore Generale, con provvedimento formale, in numero di sei e pariteticamente distribuiti tra parte aziendale e specialistica.

I tre componenti di parte pubblica, tra cui il presidente, sono individuati dal Direttore Generale.

I tre componenti di parte specialistica sono individuati dalla componente sindacale del Comitato Zonale, tra coloro che operano nell'Azienda, con incarico settimanale complessivo non inferiore alle 38 ore, che preferibilmente abbiano documentato una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e/o private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale, mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere.

Tale organismo si avvale anche della collaborazione dei Coordinatori del territorio o di presidio, limitatamente ai compiti che sono loro affidati.

Il gruppo di lavoro così formato lavora in staff con il Direttore Sanitario, fungendo da garante per le attività delegate.

L'organismo centrale viene integrato, quando vengono trattati i progetti che riguardano le altre professionalità, da uno o più componenti individuati, tra coloro che operano nell'Azienda, per le specifiche professionalità, con provvedimento formale da parte del Direttore Generale.

Compito proprio dell'OVA è la stesura del regolamento di funzionamento in cui verranno definiti gli eventuali



16

compensi, proporzionati al raggiungimento degli obiettivi in funzione dei singoli progetti finalizzati ed il monte ore da dedicare all'attività specifica.

Ulteriore compito dell'OVA è di analizzare e valutare l'andamento delle attività formative proposte dall'Azienda a favore degli Specialisti, Veterinari e dei Professionisti di cui all'art. 4 del presente Accordo.

14. Applicazione

Per la valutazione delle attività, l'Azienda utilizzerà applicativo informatico tale da consentire, per ogni singolo Specialista ambulatoriale interno, Veterinario e Professionista sanitario ambulatoriale, la verifica della propria produttività, anche in relazione alla strumentazione e al personale di supporto disponibile.

Tale applicativo dovrà riportare i codici delle prestazioni inserite dallo stesso Specialista nell'*offering*, ricavati dal nomenclatore tariffario vigente e consentire di estrarre le prestazioni mensili, semestrali e annuali effettuate nonché il loro valore tariffario.

Nelle more dell'implementazione dell'applicativo informatico è demandata alle articolazioni aziendali la verifica della produttività di ogni Specialista di propria competenza anche mediante uno *spreadsheet* (Excel) che dovrà contenere tutte le informazioni sopra indicate.

ART. 3 - PRESTAZIONI DI PARTICOLARE INTERESSE (PPI)

Le PPI sono finalizzate all'integrazione con le attività delle forme organizzative della Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta oltreché al raggiungimento degli obiettivi di cui all'art. 4 dell'ACN. Sono definite previa autorizzazione aziendale.

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

I Responsabili di branca individueranno di concerto con la parte aziendale dell'OVA le prestazioni da effettuarsi.

ART. 4 - MOBILITA' INTRAZIENDALE

Ad integrazione di quanto stabilito dall'art. 30 dell'ACN e dall'art. 2 dell'AIR si definisce, ai sensi dell'art. 30 co. 6 dell'ACN, la seguente procedura di mobilità intraaziendale riservata agli Specialisti ambulatoriali, Veterinari e Professionisti titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'ASL Salerno, che abbiano svolto almeno 18 (diciotto) mesi di servizio nella sede di provenienza, da attuare prima delle procedure di cui all'art. 20:

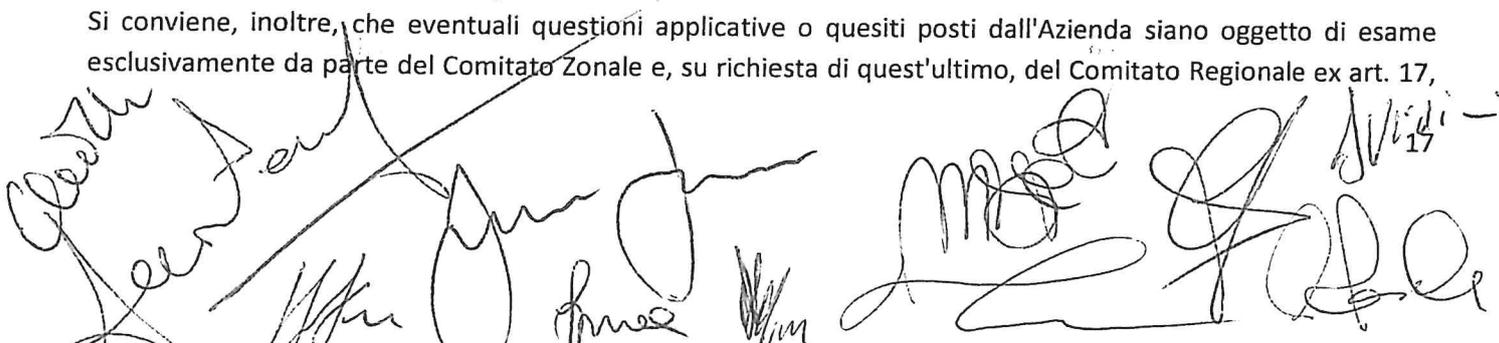
- in occasione della pubblicazione dell'avviso per il completamento orario previsto dall'art. 20 co. 1 dell'ACN, gli Specialisti ambulatoriali, Veterinari e Professionisti di cui sopra, interessati al trasferimento, dovranno presentare specifica domanda reperibile nella pagina dedicata alla Specialistica ambulatoriale, accessibile dalla home page del sito web dell'ASL Salerno;
- ai fini della procedura di cui alla precedente alinea, l'anzianità di servizio riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza;
- in caso di pari posizione è data precedenza all'anzianità di specializzazione e, successivamente, all'anzianità di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica.

NORMA FINALE

Gli effetti giuridici, normativi ed economici del presente Accordo, a far data dal 01/01/2019, conservano la loro validità fino alla data di pubblicazione di un nuovo Accordo Integrativo Regionale.

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

Si conviene, inoltre, che eventuali questioni applicative o quesiti posti dall'Azienda siano oggetto di esame esclusivamente da parte del Comitato Zonale e, su richiesta di quest'ultimo, del Comitato Regionale ex art. 17,



come previsto dal comma 4 dello stesso articolo, che emana pareri a cui l'Azienda dovrà attenersi.

~~Carli
Lombardi~~
Rinaldi
Lombardi
Aliviani
Lombardi
Lombardi
Lombardi