

Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale con i medici specialisti ambulatoriali, i veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici e psicologi) convenzionati.

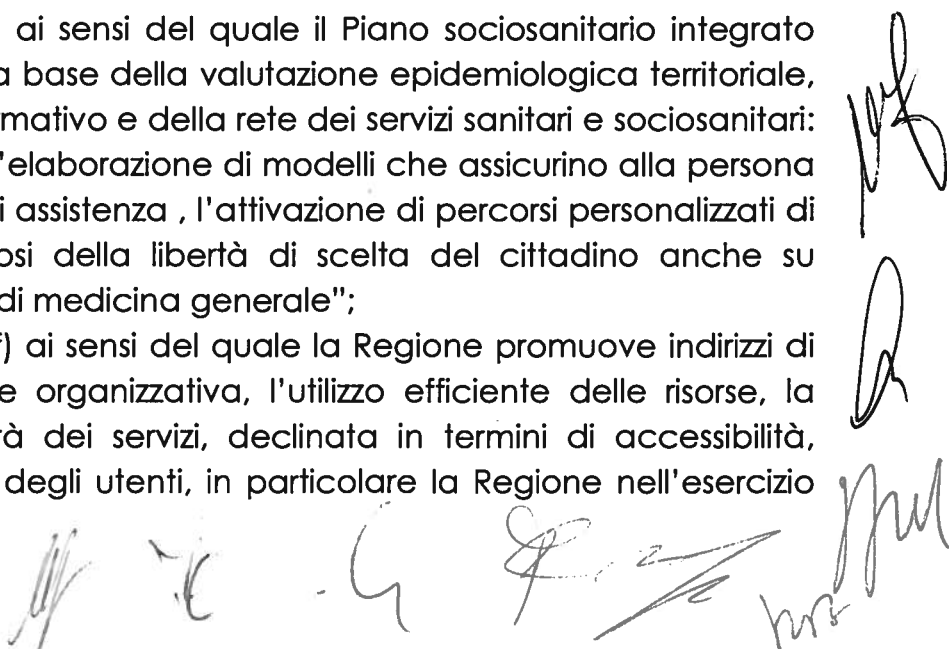
Premesso che

La legge 8 novembre 2012, n. 189 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante: "disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" stabilisce che: "Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale";

Il Patto per la Salute 2014-2016 sancito con l'atto d'intesa della Conferenza Stato-Regioni il 10 luglio 2014 stabilisce che le Regioni istituiscano le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata integrata con personale dipendente del SSN per l'erogazione delle cure primarie;

La legge regionale n. 23 del 11 agosto 2015, recante: "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità)" individua una nuova modalità di presa in carico del paziente cronico:

- Art. 4, comma 1, lett. f) ai sensi del quale il Piano socio-sanitario integrato lombardo definisce, sulla base della valutazione epidemiologica territoriale, dei dati del sistema informativo e della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari: "le linee di indirizzo per l'elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, rispettosi della libertà di scelta del cittadino anche su indicazione del medico di medicina generale";
- Art. 5 comma 7 lettera f) ai sensi del quale la Regione promuove indirizzi di appropriatezza clinica e organizzativa, l'utilizzo efficiente delle risorse, la valutazione della qualità dei servizi, declinata in termini di accessibilità, efficacia e gradimento degli utenti, in particolare la Regione nell'esercizio

The bottom of the page contains several handwritten signatures and initials in black ink. On the right side, there are three distinct signatures, with the top one being the most prominent. At the bottom center and left, there are several sets of initials and smaller signatures, some appearing to be initials like 'M', 'C', 'G', and others that are less legible.

della predetta funzione di indirizzo "mette in atto le opportune strategie per promuovere l'appropriatezza delle cure, promuovendo la presa in carico responsabile e continuativa, anche al fine di prevenire comportamenti illegittimi";

- Art. 7, comma 2 che individua le ASST quali aziende che concorrono all'erogazione dei LEA e garantiscono la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'art. 10;
- Art. 7, comma 14, ai sensi del quale: "Le ASST gestiscono i POT e i PreSST direttamente, ovvero anche mediante la stipulazione di accordi tra le stesse e altri soggetti erogatori accreditati, validati dalla competente ASST. Tali presidi possono essere preferibilmente organizzati in collegamento funzionale con le unità complesse di cure primarie, garantendo il coordinamento con l'attività degli specialisti ambulatoriali [...]."

L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi chimici e psicologi) ambulatoriali, ai sensi dell'art. 8 de D.Lgs. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, approvato in data 17 dicembre 2015 stabilisce che:

- art. 4 comma 2: "le Regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore del Presente Accordo, definiscono gli atti di programmazione volti a istituire le nuove forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie)";
- art. 4 comma 3: l'attuazione di quanto previsto al comma 2 deve avvenire a seguito dei nuovi accordi integrativi regionali da perfezionarsi entro dodici mesi decorrenti dalla definizione degli atti di programmazione;
- art. 5, comma 1: "Le AFT [...] sono forme organizzative mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello -tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione, tenuto conto della consistenza dell'offerta specialistica esistente nelle varie specialità e della potenziale domanda";
- art. 5, comma 2: "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 del Distretto";
- art. 7, comma 1: "La UCCP rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multi-professionale, ai bisogni di salute

h

te

nr



complessi”;

Con D.G.R. 20 giugno 2016 n. X/5314 è stato approvato l'Atto di programmazione regionale volto ad istituire le nuove forme organizzative degli specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie in rapporto di convenzione con il SSR ai sensi dell'art. 4, comma 2 dell'ACN sopra citato con il quale sono stati definiti i criteri di individuazione delle AFT in un quadro programmatico generale volto alla costruzione di un modello organizzativo integrato, in grado di evitare frammentazioni e di garantire la presa in carico e la continuità dell'assistenza in coerenza con la l.r. n. 23/2015;

Con D.G.R. 30 gennaio 2017 n. X/6167 è stato approvato l'Accordo integrativo regionale per gli specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie valido per il 2017 nel quale si è dato avvio al percorso di individuazione delle AFT degli specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie convenzionate da parte delle ASST attraverso l'invio entro il 31 marzo 2017 di proposte definite attraverso confronto con la ATS e le rappresentanze sindacali aziendali;

Considerato che nel frattempo, con D.G.R. n. X/6164 del 30/01/2017, sono stati approvati gli indirizzi per il governo della domanda con l'avvio del percorso di costruzione del nuovo modello organizzativo per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili in attuazione dell'art. 9 della l.r. n. 23/2015 e che tutte le ASST hanno inviato le loro proposte di individuazione delle AFT tenendo conto anche degli indirizzi della sopra citata D.G.R. n. X/6167 del 30 gennaio 2017 e alle stesse è stato restituito riscontro positivo a seguito di esame in Comitato regionale;

Tenuto altresì conto che con D.G.R. n. X/6551 del 4/05/2017 sono stati approvati i criteri per il riordino della rete di offerta e le modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della l.r. n. 23/2015;

Viste le novità introdotte nel modello organizzativo territoriale attraverso i provvedimenti sopra richiamati, nonché le disposizioni del nuovo Accordo collettivo nazionale, con la presente Preintesa si definisce la regolamentazione degli istituti che l'Accordo collettivo nazionale vigente demanda all'Accordo integrativo regionale e si ritengono pertanto superati i precedenti Accordi integrativi regionali

Tutto ciò premesso

Le parti concordano quanto segue

ART. 1 – istituzione AFT

1. In ogni ASST vengono istituite, entro il 31/1/2018 e attivate a far data dal **01/02/2018** le AFT della specialistica ambulatoriale e delle altre professionalità



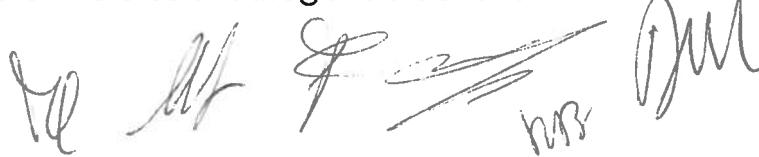
sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, secondo le progettualità presentate alla competente struttura regionale entro il 31 marzo 2017, previo confronto con le OO.SS di categoria, e in attuazione dell'atto di programmazione regionale approvato con D.G.R. n. X/5314 del 20/06/2016 e dell'AIR sottoscritto in data 21/12/2016 e approvato con D.G.R. n. X/6167 del 30/01/2017.

ART. 2 – compiti essenziali delle AFT

1. Le parti concordano nel ritenere compito essenziale della AFT l'integrazione della stessa nel sistema di presa in carico del paziente cronico definito dalle DD.GG.RR. n. X/6164 del 30.1.2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 23/2015" e n. X/6551 del 04/05/2017 "Riordino della rete di offerta e modalita' di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 23/2015".
2. Tale sistema infatti prevede ed integra i compiti essenziali delle AFT previsti dall'art. 5, comma 4 del vigente Accordo Collettivo Nazionale di categoria ai sensi del quale l'AFT deve fra l'altro:
 - a) assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) a tutti i cittadini;
 - b) partecipare alla realizzazione nel territorio della continuità dell'assistenza, ivi compresi i percorsi assistenziali, i percorsi integrati ospedale-territorio e le dimissioni protette, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
 - c) contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della evidence based medicine, nell'ottica più ampia della clinical governance;
 - d) partecipare alla diffusione dell'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di peer review;
 - e) partecipare alla promozione di modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, educazione terapeutica ed alimentare, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.
3. Viene demandato alla contrattazione integrativa aziendale il compito di dare attuazione a quanto disposto ai commi precedenti.

Art. 3 – programmi e progetti finalizzati

1. Al fine di dare completa attuazione a quanto disposto dagli art. 1 e 2 della presente Preintesa, Regione Lombardia e le OO.SS di categoria stabiliscono che



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large 'h' on the left and several scribbles on the right.

i medici specialisti ambulatoriali e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, parteciperanno singolarmente considerati e per il tramite dell'AFT alla organizzazione del sistema di presa in carico prevista da ciascuna ASST in attuazione delle richiamate DD.GG.RR. n. X/6164 del 30.1.2017 e n. X/6551 del 04.05.2017, in particolare prevedendo che, per il 2018 e fino a diversa nuova indicazione, i programmi e progetti finalizzati previsti dall'art. 39 dovranno prevedere un obiettivo certo, misurabile, raggiungibile da valutare sulla base di massimo 3 indicatori, ciascuno di essi di peso non superiore al 50%, che verta prevalentemente sulla realizzazione della presa in carico del paziente cronico e in via sussidiaria sulla erogazione dei livelli essenziali di assistenza per la popolazione non cronica. Resta inteso che in caso di impossibilità oggettiva, per non pertinenza della branca specialistica, di partecipazione alla presa in carico del paziente cronico, allo specialista o professionista debba essere assegnato un progetto che abbia come riferimento l'erogazione dei livelli di assistenza per la popolazione non cronica.

2. L'ASST, entro il 15 febbraio di ogni anno, concorda con le OO.SS. di categoria i progetti individuali da assegnare agli specialisti e professionisti e con le stesse OO.SS di categoria e unitamente al referente di AFT l'obiettivo da assegnare all'AFT per l'anno in corso. L'obiettivo di AFT dovrà essere coerente con gli obiettivi individuali e concorrere all'erogazione del 100% del compenso spettante al singolo specialista o professionista per almeno il 20%. Di conseguenza l'azienda dovrà suddividere il fondo dell'annualità relativo ai progetti obiettivo in due parti, l'80% da destinare alla retribuzione degli obiettivi individuali e il 20% per gli obiettivi di AFT.
3. L'ASST avvia il progetto e lo invia alla DG Welfare entro il 28 febbraio di ogni anno per conoscenza.
4. Lo specialista o professionista dovrà comunicare formalmente entro 15 giorni dalla ricezione del progetto obiettivo da parte della ASST esclusivamente l'intenzione di non partecipare al progetto proposto. In caso di mancata adesione alla progettualità l'azienda non procederà all'erogazione dell'acconto relativo.
5. L'ASST dovrà restituire almeno semestralmente allo specialista o professionista lo stato di avanzamento nel raggiungimento del proprio obiettivo e al referente di AFT lo stato di avanzamento nel raggiungimento dell'obiettivo di AFT.
6. Il pagamento del progetto obiettivo dovrà avvenire proporzionalmente al grado di raggiungimento dell'obiettivo individuale e di AFT, così come certificato dal Nucleo di valutazione aziendale. Il saldo del progetto obiettivo dovrà avvenire di norma entro il mese di marzo di ogni anno successivo a quello di esecuzione del progetto stesso. Nell'ambito degli accordi attuativi aziendali verranno stabilite le date di riconoscimento di detta premialità.
7. La quota legata all'obiettivo di AFT dovrà essere distribuita esclusivamente agli specialisti e professionisti che hanno contribuito al raggiungimento di tale



obiettivo. Nel caso in cui l'obiettivo di AFT non sia stato raggiunto, la quota parte del fondo dovrà essere impegnata l'anno successivo ad integrazione della remunerazione dell'obiettivo di AFT.

8. Qualora l'AFT sia sovra aziendale, gli obiettivi individuali e di AFT sono concordati dalle OO.SS di categoria e dal referente di AFT unitamente alle OO.SS. di categoria con l'ASST che ha il maggior numero di specialisti e professionisti in carico, in caso di numero uguale di specialisti o professionisti il compito sarà assunto dall'ASST con il maggior numero di ore di incarico.
9. In sede di prima applicazione, visto il termine ultimo per l'attivazione delle AFT al 31/01/2018, l'ASST deve concordare i progetti individuali e i progetti di AFT, con le OO.SS. di categoria entro il 15 marzo, inviarli alla DG Welfare entro il 31 marzo 2018.
10. Qualora le AFT non risultassero attivate alla data del 31 marzo 2018, il progetto-obiettivo di cui all'art.39 del vigente ACN, verrà comunque realizzato secondo i principi previsti dal comma 1 del presente articolo, non troveranno invece applicazione i principi previsti al comma 2 e seguenti del presente articolo relativamente alla ripartizione della remunerazione tra obiettivo individuale e obiettivo di AFT.

Art. 4 – referente di AFT

1. Premesso che le procedure di individuazione e nomina del referente di AFT e del suo sostituto, sono stabilite dall'art. 6 comma 2 del vigente ACN, le parti concordano che compito principale del referente, sia coordinare i medici specialisti/professionisti facenti parte della AFT e favorire l'integrazione tra questi, i medici ed altro personale dell'Azienda nel sistema di presa in carico del paziente cronico e nel sistema di erogazione dei LEA, raccordandosi con i responsabili di branca. A tal fine dovrà assicurare:
 1. l'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali finalizzati alla presa in carico del paziente cronico con gli altri servizi aziendali;
 2. l'efficacia e l'efficienza dei servizi di erogazione dei LEA alla popolazione non cronica;
 3. la coerenza tra i programmi della AFT e gli obiettivi della struttura organizzativa aziendale di riferimento.
2. Salvo diverse determinazioni o disposizioni legislative al referente di AFT sarà corrisposto un emolumento annuale omnicomprensivo di massimo 6.000 € parametrato sulla numerosità dei componenti della AFT, sul livello di complessità e numerosità dei compiti attribuiti al referente e sul reale impegno orario aggiuntivo rispetto all'incarico ordinario. Per il pagamento dell'emolumento del referente di AFT, le ASST, nelle more del rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale, dovranno reperire le risorse secondo quanto stabilito dall'art. 6,



comma 1 del vigente Accordo Collettivo Nazionale.

3. Fermo restando quanto disposto dall'art. 6 comma 2 del vigente Accordo Collettivo Nazionale, le funzioni di referente di AFT sono da espletarsi al di fuori dell'orario di servizio. In ogni caso il referente di AFT deve organizzare il proprio operato, in tale veste, in modo da garantire il regolare svolgimento delle ore di incarico assegnate agli specialisti e professionisti della AFT che coordina.
4. Ogni specialista/professionista ambulatoriale può essere referente di una sola AFT.

Art. 5 – regolamento di AFT

La ASST dovrà adottare apposito regolamento per disciplinare il funzionamento interno della AFT e i compiti del suo referente, in attuazione degli artt. 5 e 6 dell'ACN, entro la data di attivazione della AFT.

Art. 6 – responsabile di branca

1. Il responsabile di branca è individuato ai sensi dell'art. 27 comma 7. Ogni ASST definisce preventivamente - sentite le organizzazioni sindacali- nell'ambito del proprio assetto organizzativo, a cadenza annuale, i servizi specialistici di branca o multidisciplinari, per i quali dovrà essere individuato il responsabile di branca. In ogni azienda è prevista indicativamente la presenza di tre responsabili di branca, di area chirurgica, area medica e dei servizi clinici (allegato al Decreto Interministeriale n. 68 del 4.02.2015) purché nell'area operino almeno 5 sanitari convenzionati ai sensi dell'ACN 17 dicembre 2015. Laddove l'azienda abbia, nel corso degli anni, provveduto all'individuazione di ulteriori responsabili di branca specialistica, si conferma tale assetto organizzativo purché risultino addetti per la branca per la quale è stato individuato lo specialista almeno 5 sanitari convenzionati ai sensi dell'ACN 17.12.2015.
2. Il responsabile di branca è scelto dal Direttore Generale tra una rosa di almeno 3 candidati proposti dagli specialisti titolari di incarico che afferiscono ai servizi di branca o multidisciplinari, definiti a livello aziendale ed è nominato con provvedimento del Direttore Generale. Qualora l'Azienda non attivi la procedura aziendale di individuazione dei 3 candidati, secondo modalità concordate con le organizzazioni sindacali, entro il 15 febbraio di ciascun anno, e non attribuisca l'incarico, il Direttore Generale è tenuto a recepire le proposte sindacali di designazione.
3. L'incarico di responsabile di branca ha durata annuale; cessa alla sua scadenza ed è rinnovabile, ferme restando le procedure di cui al precedente capoverso.
4. Lo specialista può dare le dimissioni dall'incarico di responsabile di branca in qualsiasi momento per giustificati motivi, con un preavviso di 20 giorni, mediante Pec.



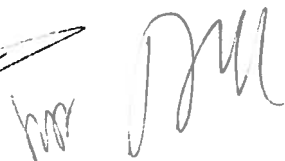
5. Il responsabile di branca svolge le funzioni di referente del servizio specialistico di branca o di area e ha il compito di coordinare gli specialisti ambulatoriali appartenenti alla medesima branca o area, per assicurare le specifiche attività nell'ambito dei programmi aziendali, raccordandosi con il referente di AFT.
6. Il responsabile di branca attua, relativamente al servizio specialistico di branca o di area, gli indirizzi programmatici e organizzativi stabiliti dalla Direzione aziendale, anche attraverso indicazioni che possono pervenire dai Direttori di struttura della medesima specialità indicati dall'Azienda e formula alla Direzione aziendale proposte per la migliore organizzazione della branca o area, l'innovazione tecnologica e il miglioramento dell'accesso dei cittadini ai servizi.
7. Per lo svolgimento dei compiti e delle funzioni del responsabile di branca, è previsto un compenso onnicomprensivo pari a 450€ mensili.
8. Le funzioni del responsabile di branca, da espletarsi fuori dell'orario di servizio, danno luogo ad un debito orario aggiuntivo rispetto a quello risultante dal provvedimento di conferimento di incarico, quantificato in un minimo di 8 ore mensili adeguatamente giustificate.

ART. 7 – Istituzione UCCP

Stante la non ancora avvenuta approvazione degli Accordi Collettivi Nazionali in attuazione della Legge 8 novembre 2012, n. 189 per le categorie Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia, posto che la l.r. n. 23/2015 individua i POT e i PreSST quali articolazioni del settore rete territoriale che costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità e concorrono a garantire la continuità delle cure, la cui connotazione è stata dettagliata con la successiva D.G.R. n. X/6551 del 4.05.2017, le parti concordano di individuare, fino alla approvazione degli Accordi Collettivi Nazionali di categoria per MMG e PDF che recepiscano i dettati della legge 189/2012, nei PreSST e nei POT, forme sperimentali di organizzazione complessa operanti in forma integrata e che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dalla Azienda sanitaria.

Art. 8 - Formazione Continua (ECM)

1. La formazione continua (ECM) di cui all'art. 38 dell'ACN è obbligatoria per lo specialista, il veterinario e il professionista ambulatoriale, per la piena integrazione nel sistema sanitario lombardo coordinata con gli altri operatori, per la crescita culturale e professionale individuale, per acquisire, mantenere e accrescere le competenze necessarie a garantire i livelli essenziali, la presa in carico dei pazienti cronici secondo gli indirizzi regionali ed aziendali; essa costituisce requisito indispensabile per la qualificazione professionale per garantire l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e la qualità della medicina specialistica ambulatoriale.



2. La regolamentazione della formazione continua (ECM) è disciplinata dalle norme nazionali e regionali vigenti.
3. Lo specialista, il veterinario e il professionista ambulatoriale devono partecipare alle attività formative organizzate e finanziate dalle aziende con specifico budget che sono definite in un piano formativo coerente con gli obiettivi di interesse regionale ed aziendale e sono tenuti a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi.
4. Il Comitato Regionale ex art. 15 dell'ACN 17 dicembre 2015 formula indirizzi sui temi della formazione di interesse regionale che integrano quelli di cui al precedente capoverso.
5. Le attività formative regionali o aziendali impegnano lo specialista, il veterinario e il professionista ambulatoriale fino a coprire il 70% del debito formativo annuale (indicativamente per un massimo di 40 ore annue suddivise in cinque o più giornate). La partecipazione ai corsi regionali o aziendali per tutte le tipologie formative previste dalla normativa ECM determina il riconoscimento di un permesso retribuito per le corrispondenti ore di frequenza.
6. Fino ad un massimo del 30% del credito obbligatorio, lo specialista, il veterinario e il professionista ambulatoriale hanno facoltà di partecipare ad attività formative non comprese nella programmazione regionale od aziendale, purché accreditate nel sistema ECM e inerenti la specialità svolta in Azienda. Tale partecipazione determina il riconoscimento di un permesso retribuito, limitatamente alla durata dell'evento formativo, nel limite massimo di 32 ore annue, anche per l'utilizzo della FAD con superamento verifica di apprendimento.
7. Successivamente all'approvazione le aziende comunicano al competente Comitato Zonale il PSF annuale per il personale convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale del 17 dicembre 2015, qualora la programmazione aziendale e regionale delle attività formative sia insufficiente a coprire il 70% del debito formativo annuale gli specialisti, i veterinari e i professionisti ambulatoriali partecipano, senza oneri a proprio carico limitatamente alla quota di iscrizione al corso e con il riconoscimento di un relativo permesso retribuito, agli eventi organizzati dalle altre aziende della Regione o dalle Società scientifiche di categoria accreditate nel sistema ECM e avranno facoltà di acquisire gli ulteriori crediti formativi in modo autonomo, allo scopo di ottenere l'intero monte crediti previsto, godendo del relativo permesso retribuito, anche per l'utilizzo della FAD con superamento verifica di apprendimento, e secondo le modalità di richiesta previste dall'art. 38, comma 8.
8. Le attività didattiche non comportano riduzione del massimale orario individuale e si svolgono preferibilmente in orario di servizio, fermo restando quanto previsto all'art. 38, comma 9. Le ASST favoriscono la presenza di specialisti/professionisti



ambulatoriali tra i relatori/tutor degli eventi formativi e nell'ambito del Comitato Scientifico in relazione alla numerosità degli specialisti/professionisti in Azienda.

9. Atteso il forte aspetto strategico della formazione anche in considerazione delle indicazioni progettuali di qualificazione dei professionisti, così come si evincono dal presente accordo, la Regione si impegna ad attuare percorsi formativi multidisciplinari, trasversali, al fine di favorire l'integrazione tra professionisti e di sviluppare le competenze per le funzioni di coordinamento, in particolare per il referente AFT, attraverso l'Accademia di formazione per il sistema sociosanitario lombardo.


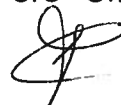
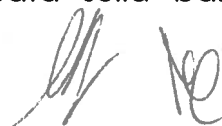
Art. 9 – Comitato zonale e delegazione trattante

1. Entro il 31 gennaio 2018 il Comitato zonale dovrà essere adeguato alle disposizioni di cui all'art. 16 dell'ACN, pertanto l'Azienda individuata quale sede principale dovrà adottare gli atti conseguenti relativamente all'attuazione del medesimo articolo.
2. Poiché non compete al Comitato zonale la trattativa e la definizione degli Accordi attuativi aziendali, ogni ASST dovrà individuare la propria delegazione trattante a ciò deputata.
3. Ai fini della corretta individuazione dei componenti di parte sindacale del Comitato zonale e della delegazione trattante si rimanda alle indicazioni contenute nella nota prot. N. 507/2017 del 24 luglio 2017 reperibile nella sezione FAQ del sito istituzionale di SISAC.

Art. 10 – Fondo di ponderazione qualitativa delle quote orarie

1. L'art. 41 e l'art. 42 lettera B del vigente ACN confermano i criteri di determinazione del fondo preesistenti pertanto, fermo restando la corresponsione delle quote di acconto previste dai medesimi articoli, le aziende riconosceranno una quota oraria di ponderazione di €1,925 a ciascun medico specialista o professionista titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato o determinato.
2. Si ribadisce l'integrazione del fondo di cui al presente articolo con le quote previste dall'art. 8, tabelle B e D dell'ACN 8 luglio 2010 (0.46 € per i medici specialisti e 0.37€ per i professionisti) relative alle quote per AIR a favore di specialisti e professionisti a tempo indeterminato, (50% in acconto e 50% a saldo).
3. La remunerazione delle prestazioni variabili degli specialisti potrà avvenire nei limiti della capienza del fondo e nel rispetto dell'autonomia aziendale. La quantificazione del fondo è per l'azienda tetto vincolato ed è da considerarsi non riassorbibile, pertanto eventuali somme residue non erogate saranno utilizzate l'anno successivo.
4. A seguito della valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi la remunerazione è computata sulla base delle ore effettivamente svolte

4



comprehensive degli istituti contrattuali della tabella sotto riportata:

Tipologia di assenza	Computabilità
Permesso annuale retribuito	Sì
Distacco sindacale	Sì
Infortunio (*)	Sì (fino a 30 giorni)
Malattia	Sì (fino a 30 giorni)
Sospensione disciplinare	No
Assenze non retribuite ex. Art. 33 ACN	No
Formazione aziendale (70% del totale) di cui all'art. 38, comma 5, ACN	Sì
Formazione autogestita (30% del totale) di cui all'art. 38, comma 8, ACN	Sì

(*) i 30 giorni di assenza sono cumulativi e si computano anche se non consecutivi


- Viene demandato al Comitato Regionale il compito di monitorare l'incremento del fondo di cui agli artt. 41 e 42 lettera B del vigente ACN con le quote di anzianità resesi nel tempo disponibili, compatibilmente con le disposizioni norm-ative vigenti.

ART. 11 – Obbligo di comunicazione tramite PEC

Al fine di rendere maggiormente efficiente e tempestivo il sistema di attribuzione degli incarichi inseriti nelle pubblicazioni trimestrali, è data facoltà alle Aziende di prevedere nel bando per la presentazione delle domande di partecipazione all'assegnazione degli incarichi, che la comunicazione da parte dei candidati avvenga esclusivamente tramite posta elettronica certificata (PEC) nonché per le comunicazioni di individuazione, accettazione o rinuncia, in coerenza con quanto già previsto all'art. 9 comma 5 dell'ACN per le comunicazioni tra Azienda e specialisti/veterinari/professionisti.

Art. 12 – Malattia – Gravidanza – Assenze non retribuite

Le OO.SS. firmatarie si riservano di presentare, in sede di Comitato Regionale, una propria proposta per uniformare a criteri di equità, solidarietà ed attenzione sociale le modalità di gestione delle assenze sia per terapie salvavita ed assimilabili in caso di patologie gravi, sia per comprovata necessità, sia per la partecipazione ad



iniziative umanitarie e di solidarietà sociale.

Art. 13 – Durata dell'Accordo

1. Il presente Accordo ha durata fino alla adozione del nuovo Accordo Collettivo Nazionale, salvo richieste di integrazione o variazione avanzate da una delle parti contraenti.
2. Il Comitato Regionale si riunisce di norma ogni due mesi (febbraio, aprile, giugno, settembre e novembre) o su richiesta motivata di una delle parti e monitorerà periodicamente lo stato di attuazione del presente Accordo al fine di rilevare le eventuali criticità.
3. Con il presente Accordo si intendono decaduti gli Accordi integrativi regionali precedenti.

Letto, siglato e sottoscritto

Milano il 06/12/2017

Per la parte pubblica:

Giovanni Daverio

Roberta Brenna

Fulvio Odinolfi

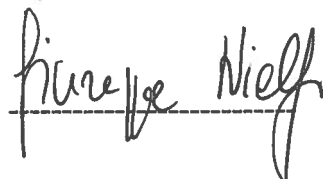
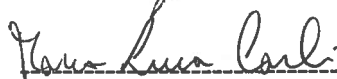
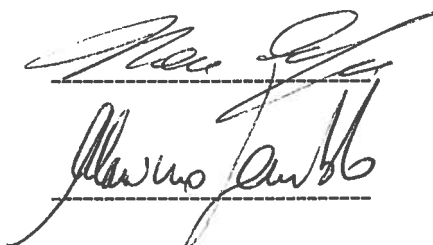
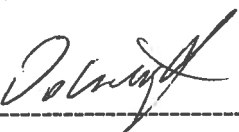
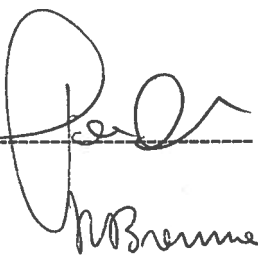
Marco Onofri

Massimo Lombardo

Marco Luca Caroli

Per le OO.SS.

SUMAI (Giuseppe Nielfi)



CISL MEDICI (Danilo Mazzacane)

UIL FPL FEDERAZIONE MEDICI (Paolo Campi)

X FESPA (Domenico Bruno Buggè)

Danilo Mazzacane

Paolo Campi

DB