

ACCORDO REGIONALE PUGLIA

IN ATTUAZIONE DELL'ACN RESO ESECUTIVO IN DATA 23 MARZO 2005, MEDIANTE INTESA NELLA CONFERENZA STATO - REGIONI, PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI E ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE PERIODO 2001/2005.

PARTE SECONDA**DISPOSIZIONI GENERALI**Livelli di contrattazione

Con il presente Accordo si individuano gli obiettivi e gli strumenti per la Specialistica Ambulatoriale Interna e le altre Professionalità Sanitarie in conformità agli indirizzi della programmazione socio-sanitaria regionale, demandando agli accordi aziendali la definizione delle azioni più appropriate sulla scorta delle esigenze dell'utenza locale.

Durata dell'Accordo Regionale

Il presente Accordo Regionale ha durata quadriennale e comunque fino all'entrata in vigore del successivo Accordo Regionale. Allo scopo di monitorare e vigilare sull'uniforme applicazione del presente Accordo, il Comitato Regionale verrà convocato almeno una volta ogni sessanta giorni.

Il presente accordo entra in vigore dalla data del relativo provvedimento di recepimento da parte della Giunta regionale.

Finanziamento del presente accordo

Per il finanziamento del presente accordo, per gli specialisti ambulatoriali interni, si rimanda a quanto rilevato nella scheda allegata (ALL.1), tenendo conto delle ore di specialistica ambulatoriale attivate, ricoperte dagli specialisti ambulatoriali titolari a tempo indeterminato, determinato e sostituti/supplenti alla data del 30.04.2006, ovvero sulla base del monte ore storico, sulla scorta dei dati aggiornati. Inoltre si precisa che gli importi vanno integrati della quota di ponderazione di cui all'art.42, lett.B, comma 1 dell'ACN del 23.3.05. Sarà compito del Comitato Regionale aggiornare e monitorare entro sei mesi il monte ore regionale per la specialistica ambulatoriale.

Per le altre professionalità sanitarie il fondo è costituito ai sensi dell' art.43, lett.B, comma 1 del medesimo Accordo.

Al fine di quantificare il fondo di ponderazione, si allega (ALL.2), quale parte integrante, il prospetto delle ore attivate di ciascuna Azienda, così, come da rilevazione Svmservice nel corso dell' anno 2005.

Atteso che l'assistenza specialistica tiene conto:

- della urbanizzazione di nuove aree con il conseguente insediamento di nuclei familiari neo costituiti o migrati da altre zone;

- delle variazioni socio-demografiche della popolazione che incidono in modo diverso e spesso non prevedibile nei diversi Distretti sanitari;
- delle patologie multi- organo di rilevanza sociale;
- della mutevole incidenza in ambito territoriale delle fasce più deboli;

qualora si dovesse rendere necessaria l'applicazione dell' istituto di mobilità di alcuni turni da un'Azienda all'altra, si dovrà rideterminare il finanziamento di ciascuna ASL.

E' fatto obbligo alle ASL di fornire mensilmente i dati riguardanti i medici ed i professionisti cessati e l'ammontare delle quote di anzianità, di cui agli art. 42 e 43 lettera A comma 2, resesi disponibili, che andranno a costituire il fondo aziendale.

RESPONSABILE DI BRANCA

Riferimenti normativi e premesse

Il presente accordo evidenzia i criteri di individuazione del responsabile di branca, nonché i compiti assegnati al medesimo, come di seguito riportato:

1. In ogni A.S.L., per ciascuna Branca Specialistica o in ambito multidisciplinare, si procede ad individuare un Responsabile, con funzioni di referente tecnico per le attività specialistiche territoriali della branca stessa o diverse discipline specialistiche.
2. Il Responsabile di Branca viene individuato fra gli specialisti ambulatoriali, titolari di incarico, previo assenso dell'interessato.
3. Nello svolgimento delle funzioni connesse al ruolo di referente, il Responsabile di Branca o multidisciplinare ha compiti organizzativi, di monitoraggio, compresi gli aspetti erogativi delle prestazioni.
4. E' fatta, comunque, salva l'autonomia professionale del singolo professionista.
5. Lo specialista convenzionato che è membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, assume l'incarico di responsabile interdisciplinare ed ha un rapporto costante con i vari Responsabili di Branca, al fine di assicurare all'Ufficio stesso una corretta informazione sull'andamento delle specialità a livello territoriale e sulle relative problematiche assistenziali.
6. In ragione della sua posizione di componente dell'ufficio di coordinamento, partecipa, a pieno titolo ai progetti che ogni singola Azienda elabora per materie specifiche.
7. Per le stesse funzioni, è fatto salvo al D.G. di ogni Azienda, di individuare un ulteriore referente fra i dipendenti, nel caso in cui in alcune realtà siano presenti anche specialisti territoriali dipendenti

Funzioni e compiti del responsabile di Branca o multidisciplinare

Le funzioni di competenza del Responsabile di Branca o multidisciplinare, sono di seguito indicate:

- garantire il supporto tecnico professionale alle iniziative distrettuali ed aziendali che comportino il coinvolgimento della specialistica ambulatoriale;
- fare osservazioni e proposte riguardo alle dotazioni strumentali necessarie per le attività specialistiche ed al loro rinnovo ed aggiornamento tecnologico;
- partecipare all'organizzazione dei progetti obiettivo di branca, alle attività delle banche dati dell'ASL e alle verifiche di qualità;
- fare proposte e contribuire all'organizzazione dei Corsi di formazione ed aggiornamento obbligatori;
- partecipare agli obiettivi aziendali relativi alla riduzione delle liste di attesa con particolare riferimento a quelle branche considerate maggiormente critiche.

Individuazione del Responsabile di Branca o multidisciplinare

Con l'entrata in vigore del presente accordo, vengono nominati i nuovi responsabili di Branca o multidisciplinare. Sono fatti salvi gli incarichi conferiti prima dell'entrata in vigore del presente Accordo Regionale.

Pertanto, entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BURP della deliberazione di Giunta Regionale che recepisce, approvando, il presente Accordo Integrativo Regionale, l'Azienda procederà alla pubblicazione di un avviso attraverso il quale reperire le disponibilità del singolo specialista, interessato alla funzione di responsabile di branca o multidisciplinare e relativi sostituti, e l'individuazione avverrà in base ad una graduatoria formulata secondo i seguenti titoli:

1. maggiore anzianità di incarico nell'Azienda ASL, con un numero di accessi settimanali non inferiore a 3; max punti 3
2. maggior numero di ore di incarico nella branca interessata, nella stessa azienda; max punti 3
3. Curriculum di ogni partecipante al bando; max punti 2.

Il Direttore Generale assume il provvedimento di nomina del Responsabile di Branca o multidisciplinare e dei sostituti.

Le funzioni, i compiti e i compensi spettanti al Responsabile di Branca decorrono dal giorno successivo alla data del provvedimento di nomina.

L'incarico in questione ha durata quadriennale, rinnovabile previa nuova selezione alla scadenza del quadriennio, oltre alla verifica annuale rispetto agli obiettivi prefissati nell'affidamento dell'incarico.

Lo specialista può dare le dimissioni dall'incarico in qualsiasi momento, con preavviso di trenta giorni mediante lettera indirizzata al Direttore Generale, in tal caso le funzioni vengono assicurate dal sostituto fino alla scadenza del quadriennio.

Per l'attività espletata dallo specialista, di norma fuori dall'orario di servizio, quale Responsabile di Branca o di equipe plurispecialistica verrà corrisposta una indennità, nella misura del 10% del compenso lordo mensile.

Prestazioni aggiuntive

Entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, il Comitato Regionale, individuerà le prestazioni aggiuntive per ogni singola branca che a livello Aziendale verranno erogate per il completamento diagnostico e terapeutico, al fine di offrire al cittadino/utente un percorso completo per ogni singola patologia.

Il compenso economico aggiuntivo verrà determinato sulla base del 70% previsto dal nomenclatore tariffario per ogni singola prestazione.

Formazione

La formazione obbligatoria ha una triplice articolazione: nazionale, regionale e aziendale.

La formazione aziendale (e/o interaziendale) viene gestita dai competenti Uffici di Formazione Aziendale su percorsi formativi concordati con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale dei medici Specialisti Ambulatoriali Interni e delle altre Professionalità Sanitarie.

Allo specialista ambulatoriale interno, in mancanza di corsi aziendali e/o regionali, e' concesso, per il conseguimento dei crediti formativi obbligatori, un permesso annuale retribuito pari a quello del dirigente medico in proporzione alle ore di effettivo incarico così come previsto nella precedente circolare regionale sull'aggiornamento n. 24/21198/2 del 07.07.2004.

La formazione continua deve rispondere prioritariamente agli obiettivi previsti dagli indirizzi del piano sanitario regionale nazionale ed aziendale, rapportando le ore annuali di aggiornamento concesso allo specialista in convenzione a quelle del dipendente in proporzione alle ore di effettivo incarico.

Lo Specialista Ambulatoriale Interno è comunque tenuto alla partecipazione dei corsi obbligatori previsti a livello regionale o aziendale, anche oltre il credito massimo eventualmente conseguito con percorsi autogestiti.

Nell'ambito degli accordi per la formazione aziendale, l'azienda potrà valutare l'opportunità di distaccare lo specialista convenzionato presso strutture ospedaliere ovvero universitarie per specifici tirocini di perfezionamento delle tecniche diagnostiche e terapeutiche diversamente non acquisibili.

ASPETTI STRATEGICI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI

Progetti finalizzati e Accordi aziendali

Per lo svolgimento di programmi e progetti finalizzati aziendali concernenti l'attività specialistica distrettuale, le disposizioni dell'art. 31 dell'ACN 23/03/2005 sono integrate con quanto stabilito dal presente Accordo Regionale.

La definizione e la redazione dell'Accordo con gli Specialisti Ambulatoriali Interni rientra fra i compiti dell'Azienda USL; ciò comporta che, entro 60 gg. dalla data di adozione del provvedimento di recepimento del presente Accordo, le Aziende debbano avviare le procedure per la definizione degli accordi aziendali.

Si indicano, qui di seguito, alcune aree di intervento, secondo modalità da definire in sede aziendale:

- * individuazione di percorsi preferenziali clinico-assistenziali per pazienti multiproblematici, assicurando nello stesso accesso al poliambulatorio la consulenza plurispecialistica. Tale modalità è finalizzata a ridurre le liste di attesa e a diminuire il disagio del paziente derivante da più accessi;
- * individuazione di modalità organizzative finalizzate alla consulenza telefonica da parte dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni ai Medici di Assistenza Primaria e ai Pediatri di Libera Scelta ed altre Professionalità, con il coinvolgimento del personale tecnico e/o sanitario;
- * partecipazione dello Specialista Ambulatoriale Interno sia alla Unità Valutativa Multidimensionale sia all'Assistenza Domiciliare Integrata;

- * consulenza specialistica presso le RSA, Country hospital, Ospedali territoriali, istituti penitenziari ed altre strutture;
- * coinvolgimento obbligatorio dello Specialista Ambulatoriale Interno negli screening individuati dai programmi nazionali, regionali e aziendali ai fini del miglioramento della qualità della vita e dello stato generale di salute della popolazione;
- * partecipazione alla definizione e realizzazione di progetti finalizzati ad evadere le richieste di prestazioni a carattere di urgenza differibile con modalità da concordare a livello aziendale;
- * partecipazione alla sperimentazione, definita in sede regionale d'intesa con le OO.SS. maggiormente rappresentate, di strutture operative complesse organizzate dagli stessi professionisti e fondate sul lavoro di gruppo, composte da Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni ed altre Professionalità Sanitarie, in un quadro di unità programmatica e gestionale del territorio di ogni Azienda, in coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 29/07 / 04, anche al fine di ridurre le liste d'attesa e perseguire l'appropriatezza diagnostica e terapeutica.
- * sperimentazione di strutture specialistiche mobili, organizzate secondo quanto previsto dagli accordi aziendali, al fine di diminuire il disagio degli utenti delle fasce più deboli per la lontananza dell'ambulatorio pubblico di riferimento dal luogo di residenza;
- * coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali interni nei progetti-obiettivo aziendali che prevedono la partecipazione del personale medico convenzionato e dipendente ai sensi del comma 5 dell'art. 31 dell'ACN.

Ai sensi dell'art. 42 comma 3, per il presente aspetto è riconosciuta una quota oraria concordata a livello aziendale con le OO.SS. maggiormente rappresentate.

Tipologie di progetti

Al fine di uniformare la presentazione dei progetti si demanda al Comitato Regionale la predisposizione di uno schema-tipo.

Le Aziende indicano, con le OO. SS. maggiormente rappresentative, all'atto della presentazione dei progetti, gli indicatori per la loro valutazione, misurabili e pertinenti, nonché gli standard collegati.

La partecipazione ai progetti è subordinata all'adesione agli stessi da parte delle professionalità interessate.

A detti progetti può partecipare anche il personale transitato alla dipendenza, ex convenzionato, che continua ad operare nel territorio. A tale personale si applicano i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro vigenti per la dirigenza medica e veterinaria e per la SPTA.

1. PERCORSI ASSISTENZIALI FACILITATI

Obiettivo contributo alla formazione di percorsi che dalla prenotazione alla erogazione della prestazione ovvero alle ulteriori prestazioni richieste dallo specialista ovvero alle prestazioni successive, riducano al minimo indispensabile gli accessi alla struttura.

Detti progetti dovranno riguardare in particolar modo le patologie croniche di maggior impatto sociale (scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie osteoarticolari, etc.)

Partecipanti medici specialisti, personale infermieristico dedicato e del DSS dipendente o convenzionato.

Indicatore numero di utenti che usufruisce dei percorsi facilitati sul totale degli utenti delle singole strutture ambulatoriali

Standard da individuarsi a cura del Comitato Regionale

Compenso è proporzionato alla realizzazione del progetto.

2. INTERDISCIPLINARIETÀ DIAGNOSTICA

Obiettivo è finalizzata alla diagnosi completa nel minor tempo possibile con un minimo di accessi alla struttura sanitaria ed alla continuità terapeutica con l'eventuale partecipazione e collaborazione del Medici di famiglia.

Nell'ambito di detta attività va ricompresa anche l'assistenza specialistica finalizzata a concorrere a programmi di preospedalizzazione e dimissioni protette.

Partecipanti medici specialisti, personale dedicato e del DSS, dipendente o convenzionato.

Indicatore numero di utenti che usufruisce di interventi interdisciplinari sul totale degli utenti delle singole strutture ambulatoriali

Standard da individuarsi a cura del Comitato Regionale.

Compenso è proporzionato al raggiungimento dell'obiettivo

3. AREA MATERNO INFANTILE

Obiettivo promozione di interventi di educazione sanitaria per 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; screening per la scoliosi ideopatica nell'adolescente e per la valutazione posturologica dei paramorfismi; aumento dell'offerta ed interventi di promozione dei corsi di preparazione al parto

Partecipanti medici specialisti e personale dei consultori familiari e del DSS dipendente o convenzionato.

Indicatore numero di utenti che usufruisce dei singoli programmi d'intervento

Standard da individuarsi a cura del Comitato Regionale

Compenso è proporzionato alla realizzazione del progetto.

4. AREA DELLA SENESCENZA E DELLA DISABILITÀ

A) RSA

Obiettivo presenza degli specialisti nelle RSA (fisiatra, ortopedico, 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

Partecipanti medici specialisti e personale del DSS dipendente o convenzionato.

Indicatore numero di ore settimanali dedicate alle prestazioni specialistiche all'interno della struttura

Standard da individuarsi a cura del Comitato Regionale

Compenso è proporzionato alla realizzazione del progetto.

B) ASSISTENZA DOMICILIARE

Obiettivo potenziamento dell'attività specialistica in collaborazione con le UU.OO. di Assistenza Domiciliare e distrettuali 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 .

Partecipanti medici specialisti, personale infermieristico dedicato e del D.S.S dipendente o convenzionato.

Indicatore numero di ore settimanali dedicate alle prestazioni specialistiche per pazienti in assistenza domiciliare.

Standard da individuarsi a cura del Comitato Regionale

C) ASSISTENZA RIABILITATIVA E PROTESICA

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 eseguiti a domicilio;

Partecipanti medici specialisti e personale del D.S.S dipendente o convenzionato.

Indicatore numero progetti esaminati e numero delle pratiche di richiesta di ausili e presidi riguardanti pazienti non in grado di usufruire di prestazioni ambulatoriali esaminate

Standard da individuarsi a cura del Comitato Regionale.

D) SCREENING PRECOCE DI DEMENZA SENILE E B.P.C.O.

Obiettivo la somministrazione di veloci test diagnostici (mini mental state examination, geriatric depression scale, test di coordinazione motoria e di critica ed ideazione) consentono la diagnosi precoce della demenza senile e della m. di alzheimer e quindi l'invio del paziente presso i centri u.v.a – spirometria e valutazione della determinazione del fabbisogno di ossigeno domiciliare nel b.p.c.o.

Partecipanti geriatra, pneumologo ed altri specialisti dipendenti o convenzionati.

Standard da individuarsi a cura del Comitato Regionale

E) T.A.O

Obiettivo: gestione ambulatoriale della terapia anticoagulante orale.

Partecipanti: Medici specialisti e personale del laboratorio interessato dipendenti o convenzionati.

Compenso: è proporzionato al numero dei casi trattati.

F) PROGRAMMA PREVENZIONE IN MEDICINA AMBULATORIALE

Le Malattie Cardiovascolari costituiscono la prima causa di mortalità in Italia (44% della mortalità totale), L'infarto del miocardio colpisce in Italia circa 140.000 persone ogni anno L'aneurisma della aorta addominale è presente nel 6% della popolazione ultrasessantenne. L' Ictus Cerebrale è numericamente la terza causa di morte in Italia. Le Malattie della Tiroide sono molto diffuse:un nodulo è presente in più del 10% dei soggetti, e di questi il 3% circa sono Tumori Maligni

IL PROTOCOLLO DEL PROGRAMMA prevede il riconoscimento precoce di patologie silenziose a livello ambulatoriale. Si avvale della collaborazione dei Medici di famiglia che

selezionano i soggetti asintomatici , con età compresa tra i 40 e i 70 anni, senza storia clinica di ictus o cardiopatia ischemica e con la presenza di 4 o più dei seguenti indicatori:

- * **Fumo di sigaretta** (o ex fumatori con più di 10 anni di fumo).
- * **Ipercolesterolemia** (Col Tot > 220 mg% e/o Col LDL > 130)
- * **Obesità** (indice BMI > 30 kg/ mq)
- * **Familiarità per cardiopatia ischemica** prima di 55 anni
- * **Ipertensione arteriosa** che necessita di cure secondo le linee guida.
- * **Diabete mellito** o intoll. glicidica IFG o int. glucidica da carico (IGT)

I pazienti saranno sottoposti da parte del cardiologo, endocrinologo, diabetologo, internista o radiologo da soli o in collaborazione con altri specialisti ove necessario ai seguenti esami:

- * Raccolta dei dati anamnestici e visita specialistica.
- * Elettrocardiogramma e visita cardiologica.
- * Ecodoppler duplex scanner dei vasi carotidei con particolare attenzione alle misurazione dello spessore medio intimale carotideo.
- * Ecodoppler della aorta addominale
- * Ecografia della tiroide e visita endocrinologica.

FINALITA' PRIMARIA: individuare precocemente in soggetti asintomatici la presenza di arteriopatia carotidea, aneurisma della aorta addominale e cardiopatia ischemica.

FINALITA' SECONDARIE: individuazione di tireopatie silenti. Possibilità di eseguire controlli di tipo longitudinale a distanza.

RISULTATI ATTESI: Lo studio prevede di individuare in soggetti asintomatici e quindi "cl clinicamente sani" le seguenti patologie: aneurismi della aorta addominale, patologie ateromasiche delle carotidi, pazienti affetti da cardiopatia ischemica silente, pazienti con tireopatie misconosciute.

In termini economici è possibile stimare che nel corso dei 10 anni successivi all'anno solare occorrente per lo screening di prevenzione in medicina ambulatoriale, il riscontro delle patologie silenti e non altrimenti individuate porterebbe ad un notevole risparmio economico.

CONCLUSIONI

Il programma di screening preventivo ambulatoriale operato sul territorio con la collaborazione del MMG, risulta di facile realizzazione. Tale progetto appare attuabile in modo non invasivo, con minimo impegno di tempo da parte del paziente e con modesta spesa. I benefici attesi, in termini economici e di vite umane salvate, risultano enormi rispetto all'impegno economico e professionale impiegati per il progetto stesso.

G) SVILUPPO FORME ASSOCIATIVE

Qualora qualora vengano avviate sperimentazioni di associazionismo complesso all'interno della Medicina Convenzionata, gli Specialisti Ambulatoriali Interni parteciperanno alle attività di competenza rispetto alle quali si procederà all'integrazione della presente intesa.

8. RIDUZIONE DELLE 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.

Partecipanti specialisti ambulatoriali interni, personale infermieristico e amministrativo.

Si individuano i seguenti punti:

1. L'Azienda adotta, secondo le esigenze delle strutture stesse, criteri di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali che, tenuto conto della media di appuntamenti inevasi e delle esigenze relative alle urgenze, prevedano, per ciascun specialista, una quota di appuntamenti in soprannumero rispetto ai volumi di attività contrattualmente concordati per la relativa disciplina.
2. Lo specialista si impegna ad eseguire tutte le prestazioni prenotate, per singola giornata di attività, comprese quelle eccedenti il numero contrattualmente programmato, nella misura concordata con l'Azienda.

Nel caso in cui il numero delle prestazioni eseguite, ad eccezione dei controlli dei referti adottati dal paziente che si intendono completamento della visita di riferimento, nella singola giornata, eccedano quelle contrattualmente dovute, di cui al combinato disposto dell'art. 30 comma 9 e art. 31 comma 4, al singolo professionista verrà corrisposto un compenso aggiuntivo nella misura di:

- per la visita specialistica ambulatoriale il 70% della tariffa vigente al lordo degli oneri previdenziali e fiscali a carico delle AA.SS.LL.;
- per le prestazioni strumentali si rimanda ad un successivo accordo regionale in considerazione delle criticità emerse nel corso del monitoraggio delle liste di attesa da concordare entro 30 gg.

Nel rispetto della programmazione aziendale, che non può prevedere un overbooking inferiore al 25%, allo specialista che partecipa al progetto spetta un'indennità forfetaria di €. 4,00 per ogni ora di incarico.

3. Al fine di mantenere il livello qualitativo delle prestazioni fornite, qualora l'eccedenza delle stesse superi il 30% delle prestazioni contrattualmente previste, le stesse potranno essere eseguite oltre l'orario di servizio.
4. Mensilmente, il Responsabile del distretto trasmette all'Ufficio personale convenzionato, parte integrante del progetto con compiti e indennità di risultato definiti dagli accordi aziendali, le prestazioni aggiuntive effettuate dal singolo professionista per la relativa liquidazione, dopo averne accertato la regolarità. Trimestralmente, in sede Aziendale, verrà effettuato un monitoraggio dei risultati conseguiti nelle diverse strutture ove il progetto è stato avviato, al fine di individuare, in caso di scostamenti rispetto all'atteso, idonei correttivi. La liquidazione avverrà con cadenza trimestrale.
5. Per sopperire ad improvvise ed imprevedibili assenze dei medici specialisti dipendenti operanti nei poliambulatori distrettuali e consultori è consentito alla ASL di garantire la sostituzione con medico specialista inserito nella graduatoria zonale indicato dallo specialista dipendente sostituito. Il compenso per tale attività è quello di cui all'art.42 dell'ACN 23.03.2005.

ACCORDI DI INTERESSE COMUNE

Eventuali accordi di comune interesse introdotti nell'ACR della Medicina Generale e compatibili con l'area di riferimento, saranno recepiti nel presente Accordo regionale, nelle successive riunioni.

ZONE DISAGIATE

Per l'individuazione delle zone disagiate vengono recepiti i criteri adottati nell'Accordo integrativo Regionale della medicina generale, per il riconoscimento economico, lo specialista ambulatoriale, riceverà una maggiorazione oraria pari al 10% o al 15% a seconda se trattasi di zone disagiate o molto disagiate.

TRASFORMAZIONE DEI RAPPORTI DA TEMPO DETERMINATO A TEMPO INDETERMINATO

Alla scadenza del contratto a tempo determinato, il Direttore Generale, nel rispetto delle prescrizioni dell'art. 23 comma 13 (permanenza delle esigenze organizzative e di servizio) può conferire allo stesso specialista ambulatoriale o altre professionalità, ai sensi dell' ACN 23.03.2005, un incarico a tempo indeterminato per pari numero di ore, dandone opportuna comunicazione al Comitato Zonale. Tale attribuzione avverrà nei termini e con i criteri di cui all'art. 4 lettera F dell'A.C.N. vigente

ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE

Ogni disposizione del presente Accordo regionale si applica, indipendentemente dal richiamo formale ed in quanto compatibile, alle altre Professionalità Sanitarie di cui all'ACN in oggetto.

SANITA' PENITENZIARIA

Con l' ACN degli specialisti ambulatoriali interni e delle altre professioni sanitarie non mediche, reso esecutivo in data 23.3.05, gli operatori della sanità penitenziaria, individuati nel DM del 10.4.02, sono stati inclusi nella convenzione stessa.

In considerazione di quanto sopra rappresentato, esaminata la peculiarità dell'attività che fino ad oggi è stata assicurata a favore dei detenuti tossicodipendenti:

LE PARTI CONCORDANO:

L'applicazione dell'ACN del 23.3.05 anche per le figure di cui all'allegato elenco (ALL.3), atteso che l'attività dagli stessi svolta è assimilabile a quella resa dagli operatori individuati nel Decreto succitato il cui transito viene garantito anche ai sensi della L.R. 26/2006, art.6, comma 2.

Con decorrenza 1 gennaio 2006, il rapporto di lavoro degli psicologi e dei medici provenienti dal Ministero della giustizia ed attualmente operanti nelle Aziende sanitarie, sia convertito a tempo indeterminato per il numero di ore attualmente in essere, con esclusione di qualsiasi rivendicazione di competenze economiche per il periodo pregresso;

A tali professionisti verrà riconosciuta l'anzianità di servizio già maturata nel Ministero della Giustizia, purchè senza soluzione di continuità, ai fini della quota oraria di cui agli artt. 42 e 43 lettera A, punto 2.

INFORMAZIONE

Le Aziende USL devono comunicare preventivamente alle OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale i progetti ed i programmi finalizzati previsti dal presente Accordo Regionale e dall'art. 31 dell'ACN.

DISPOSIZIONE CONTRATTUALE DI GARANZIA

1. Qualora le Aziende non aprano il tavolo di trattativa entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, la Regione convoca le parti sindacali regionali e propone entro i 60 giorni successivi una soluzione sostitutiva all'accordo aziendale che sarà comunicata ai Direttori Generali delle ASL inadempienti.
2. Qualora lo specialista riscontrasse gravi e persistenti difficoltà oggettive alla realizzazione degli accordi stipulati o dell'applicazione dell'A.C.N., potrà sottoporli al Comitato Consultivo Regionale che adotterà gli opportuni provvedimenti del caso.

Bari, 10 luglio 2006*

Letto, firmato sottoscritto.

*Il presente accordo contiene le modifiche sottoscritte nella riunione del 10.10.2006.