

# **AZIENDA ULSS N. 8 BERICA**

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

REGIONE DEL VENETO



## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

N. 2196 DEL 29/12/2022

### **O G G E T T O**

APPROVAZIONE ACCORDO ATTUATIVO AZIENDALE PER GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) SOTTOSCRITTO IL 22/12/2022.

Proponente: UOS CONVENZIONI E PRIVATI ACCREDITATI

Anno Proposta: 2022

Numero Proposta: 2313/22

Il Dirigente Responsabile dell'U.O.S. Convenzioni e Privati Accreditati riferisce:

“L'Accordo Collettivo Nazionale per gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) del 31/03/2020 definisce tre livelli di contrattazione: nazionale (ACN), regionale (AIR) e aziendale (AAA).

L'Accordo Integrativo Regionale, approvato con DGR n. 1386 del 12/10/2021, individua gli obiettivi generali da conseguire nella specialistica ambulatoriale interna, demandando alla contrattazione aziendale la normativa di dettaglio in relazione alle esigenze locali.

Con deliberazione n. 325 del 28/02/2022 del Direttore Generale e con le note n. 95711 del 19/09/2022 e n. 126036 del 07/12/2022, è stato costituito il Tavolo Tecnico per la stipulazione dell'Accordo Attuativo Aziendale per gli specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi).

Il predetto Accordo Attuativo Aziendale è stato sottoscritto, dalla delegazione trattante di parte aziendale e di parte sindacale, in data 22/12/2022.

L'Accordo Attuativo Aziendale ha validità triennale, dal 01/01/2023 al 31/12/2025, e continuerà a produrre i suoi effetti fino alla stipula di un nuovo Accordo Attuativo Aziendale.

L'Accordo Attuativo Aziendale produce effetto con la relativa deliberazione aziendale di approvazione. La stipulazione dell'Accordo Attuativo Aziendale non produce costi aggiuntivi rispetto a quanto già previsto nel Bilancio Sanitario 2023 e nei bilanci successivi.”

Il medesimo Dirigente Responsabile ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

Acquisito il parere di congruità, in relazione agli obiettivi assegnati, da parte del Direttore dell'U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale.

I Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

Sulla base di quanto sopra

## IL DIRETTORE GENERALE

### DELIBERA

1. di approvare l'Accordo Attuativo Aziendale per gli specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) stipulato dalla delegazione trattante di parte aziendale e di parte sindacale, sottoscritto il 22/12/2022, con validità triennale dal 01/01/2023 al 31/12/2025, in attuazione del relativo Accordo Collettivo Nazionale del 31/03/2020 e dell'Accordo Integrativo Regionale approvato con DGR n. 1386 del 12/10/2021, secondo il testo allegato che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di precisare che l'Accordo Attuativo Aziendale non produce costi aggiuntivi rispetto a quanto già previsto nel Bilancio Sanitario 2023 e nei bilanci successivi;
3. di prescrivere che il presente atto venga pubblicato all'Albo on-line dell'Azienda.

\*\*\*\*\*

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo  
(dr. Fabrizio Garbin)

Il Direttore Sanitario  
(dr. Salvatore Barra)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari  
(dr. Achille Di Falco)

IL DIRETTORE GENERALE  
(Maria Giuseppina Bonavina)

---

Copia del presente atto viene inviato al Collegio Sindacale al momento della pubblicazione.

IL DIRETTORE  
UOC AFFARI GENERALI

---



**Accordo Attuativo Aziendale  
tra l'Azienda ULSS n. 8 Berica e gli Specialisti Ambulatoriali Interni  
e altre Professionalità (biologi, chimici, psicologi)**

*in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre  
professionalità (biologi, chimici, psicologi) del 31/03/2020 e s.m.i. e  
del relativo Accordo Integrativo Regionale approvato con DGR n. 1386 del 12/10/2021*



## Quadro di riferimento

Con la programmazione regionale vigente, approvata con Legge Regionale n. 48/2018, la Regione Veneto pone al centro dei suoi obiettivi la tutela della salute del singolo e della collettività da conseguire attraverso la valorizzazione della persona nella sua globalità ed in rapporto ai suoi contesti di vita, con la finalità di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo uniforme su tutto il territorio regionale, di definire nuovi modelli assistenziali di presa in carico della cronicità, di ridurre le diseguaglianze di salute per gli individui più disagiati della comunità, assegnando particolare valore alla qualità della presa in carico con l'appropriatezza del setting assistenziale e dei tempi di erogazione in relazione alla tipologia del bisogno e con il costante monitoraggio delle performance.

Rappresentano azioni strategiche:

- la responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie nell'attuazione degli obiettivi assistenziali per il tramite dell'integrazione tra le strutture territoriali ed ospedaliere, in una continuità assistenziale;
- la capillarità di un'assistenza territoriale che consenta, con l'adeguamento, l'ampliamento, l'integrazione e l'aggiornamento dello specialista ambulatoriale interno (SAI) e delle dotazioni strumentali, uguale opportunità nel raggiungimento e nel mantenimento di obiettivi di salute individuali e pari opportunità di accesso e fruizione di interventi.

In questa cornice deve trovare la sua completa applicazione l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) del 31/03/2020 e s.m.i. e il relativo Accordo Integrativo Regionale approvato con DGR n.1386 del 12 ottobre 2021.

L'art.3 dell'Accordo Collettivo Nazionale stabilisce tre livelli di contrattazione:

1. nazionale: Accordo Collettivo Nazionale, ACN;
2. regionale: Accordo Integrativo Regionale, AIR;
3. aziendale: Accordo Attuativo Aziendale, AAA.

### Art. 1 Durata dell'Accordo Attuativo Aziendale

Il presente Accordo Attuativo Aziendale (AAA) entra in vigore dal 01.01.2023, ha validità triennale, produce effetto con apposita deliberazione aziendale di approvazione e scade il 31.12.2025; il medesimo continuerà a produrre i suoi effetti, nel rispetto dell'Accordo Collettivo Nazionale e dall'Accordo Integrativo Regionale, fino alla stipula di un nuovo Accordo Attuativo Aziendale.

Il presente AAA potrà subire integrazioni e/o modifiche in relazione ad eventuali nuove disposizioni normative nazionali e regionali che dovessero intervenire, in accordo con le Organizzazioni Sindacali.

Per quanto non espressamente riportato nel presente AAA si fa rinvio all'ACN e all'AIR.

### Art. 2 Campo di applicazione

L'AIR individua gli obiettivi e gli strumenti per la Specialistica ambulatoriale interna, Veterinaria e le altre Professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) in linea con gli indirizzi della programmazione socio-sanitaria regionale, demandando alla contrattazione aziendale (AAA)



l'attuazione degli obiettivi individuati dalla Regione, definendo le azioni più appropriate sulla scorta delle realtà locali.

Gli obiettivi del Servizio Socio-Sanitario Regionale sono stabiliti dagli art. 4-13 dell'AIR e sono riassunti nei seguenti art. 3-6 dell'AAA.

### **Art. 3 - Obiettivi di Sistema**

Conformemente a quanto previsto nell'ACN, attraverso l'attuazione della costituzione delle AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna, si intende rimodulare i modelli organizzativi territoriali di presa in carico della cronicità favorendo la multiprofessionalità e multidisciplinarietà.

Nello specifico diventano obiettivi strategici:

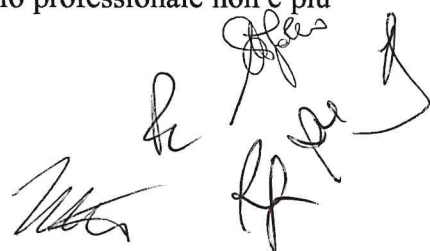
- a. garantire la presa in carico integrata dei pazienti acuti e cronici, evitando alla persona in stato di bisogno inutili spostamenti e contatti frammentati con più strutture/professionisti erogatori, migliorando l'accessibilità ai servizi, semplificando le procedure e, soprattutto, valorizzando la relazione tra professionisti ed assistiti;
- b. potenziare l'assistenza domiciliare integrata al fine di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- c. potenziare le strutture di ricovero intermedie, necessarie per garantire un adeguato passaggio dall'Ospedale al Territorio e dal Territorio all'Ospedale senza soluzione di continuità, evitando alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, favorendone un rientro tutelato e coordinato al domicilio, prevenendo la riacutizzazione e nuovi accessi in ospedale;
- d. rimodulare l'assistenza residenziale per rispondere alle esigenze assistenziali, nella considerazione che le strutture residenziali rappresentano, come domicilio effettivo, il contesto di vita della persona e sono parti integranti del Sistema;
- e. implementare l'innovazione tecnologica, strumentale e la rete informatica quali strumenti a supporto di un trattamento tempestivo reso al paziente, sviluppando forme di telemedicina e teleconsulto, specie a fronte della pandemia da Covid-19;
- f. ampliare la collaborazione nell'ambito dei programmi di prevenzione, anche supportando le campagne vaccinali e sostenendo i programmi di screening individuati dai programmi nazionali, regionali e aziendali ai fini del miglioramento della qualità della vita e dello stato generale di salute della popolazione.

A tale fine nell'ambito della formazione obbligatoria dei SAI, dei Veterinari e dei Professionisti dovranno essere previsti percorsi di aggiornamento professionale trasversali con gli altri professionisti, oltre che percorsi finalizzati allo sviluppo clinico-organizzativo anche mediante pacchetti formativi prodotti dalle maggiori società scientifiche accreditate.

### **Art. 4 - Obiettivi di salute**

L'adozione di un approccio per percorsi assistenziali, delineato anche nel Piano Nazionale della Cronicità, rappresenta la sfida vincente per garantire la continuità dell'assistenza: il PDTA definisce che cosa serve al processo in modo condiviso, quando serve e chi ha la competenza per farlo, valutandone la fattibilità e sostenibilità. I percorsi assistenziali costituiscono strumenti di trasversalità che consentono di definire ruoli, funzioni, responsabilità, ma che implicano spesso una revisione del modello organizzativo in essere ed una consapevolezza delle risorse che si hanno a disposizione.

L'approccio per processi integrati consente di mettere a sistema e rendere routinari i meccanismi di contatto e di connessione tra i diversi nodi della rete di offerta: lo scambio professionale non è più





attivato in modo estemporaneo e sulla base delle relazioni personali tra professionisti o sulla scorta di “sintesi” affidate al paziente, ma per effetto di forme di organizzazione che producono modalità automatiche di connessione. In questo modo si modifica sia il contenuto dei servizi offerti dal SSSR, sia la modalità di fruizione da parte dell’assistito.

E’, pertanto, obiettivo prioritario garantire la continuità delle cure attraverso la progettazione, la condivisione e l’attuazione di percorsi integrati di cura per:

- a. pazienti post-acuti, dimessi dall’ospedale, a rischio elevato di re-ospedalizzazione, che necessitano di competenze clinico-gestionali ed assistenziali in una struttura dedicata o a domicilio potenziando il ruolo dei SAI a supporto dell’attività distrettuale e del medico di medicina generale;
- b. pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, o pazienti fragili con elevati bisogni assistenziali, che richiedono una presa in carico da parte di un team multidisciplinare;
- c. pazienti cronici stabilizzati che necessitano di monitoraggio del loro stato di salute attraverso un approccio di medicina di iniziativa che veda coinvolti anche i SAI.

Ai fini di garantire una appropriata continuità dell’assistenza, tali percorsi dovranno comprendere anche le modalità organizzative da attivare al manifestarsi delle riacutizzazioni nei pazienti stabilizzati.

Andranno, pertanto, concordati, condivisi ed applicati i PDTA per patologie croniche prevalenti (es. broncopneumologiche, cardiologiche, metaboliche, neurologiche, oncologiche, ecc.).

E’ necessario mettere in campo tutte le azioni e le modifiche organizzative atte a coinvolgere i SAI nell’affrontare l’emergenza COVID-19, sia attraverso un coinvolgimento diretto a supporto dell’assistenza sia potenziando le attività di telemedicina.

#### **Art. 5 - Obiettivi di appropriatezza**

Il nuovo assetto organizzativo, basato sull’approccio per processi, consentirà una progressiva responsabilizzazione di tutti gli attori del sistema sul raggiungimento dei risultati, l’inserimento di una visione d’insieme, la decentralizzazione del processo decisionale, il consolidamento del lavoro di equipe e della cooperazione, mantenendo come focus principale la centralità della persona. Rappresentano obiettivi strategici:

- a) contribuire a governare le liste di attesa secondo le disposizioni della DGR n.1164 del 06/08/2019 relativamente al recupero delle liste di attesa a seguito dell’emergenza Covid-19;
- b) garantire l’appropriatezza delle richieste di prestazione specialistica entro i limiti previsti dal SSSR e secondo le disposizioni nazionali e regionali in materia;
- c) contribuire a ridurre le “fughe” per le specialità presenti nelle specifiche Aziende Sanitarie;
- d) dare piena attuazione alla DGR n.568 del 05/05/2020, tenendo conto del recente Accordo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, rep. Atti n.215/CSR del 17/12/2020 sul documento recante “Indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni in telemedicina”, promuovendo anche il teleconsulto specialistico, costituendo spazi di consulenza/colloquio tra SAI e Professionisti, MMG e PLS per la presentazione di casi o per conseguire accordi sul percorso di presa in carico;
- e) contribuire a garantire l’appropriatezza delle richieste di ricoveri ospedalieri e di accessi al Pronto Soccorso;
- f) contribuire a garantire un utilizzo appropriato della farmaceutica attraverso il conseguimento di obiettivi e di indicatori per le aree terapeutiche a più rilevante impatto di spesa e a maggior rischio di inappropriata, assegnati annualmente alle Aziende Sanitarie con apposita Deliberazione di Giunta regionale e misurati attraverso i normali flussi amministrativi;
- g) incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto e perseguire l’appropriatezza nelle prescrizioni di protesi e ausili;



h) garantire il flusso informativo-informatico (fascicolo sanitario elettronico, ricetta dematerializzata, certificati telematici di malattia, ecc.) ai fini del conseguimento degli obiettivi di sistema assegnati alle Aziende Sanitarie e, conseguentemente, anche ai SAI.

I SAI, i Veterinari e i Professionisti, nel rispetto delle esigenze di salute degli assistiti, partecipano alla sostenibilità economica del SSSR attraverso l'appropriatezza prescrittiva, utilizzando criteri di efficienza ed efficacia.

Concorrono, quindi, al perseguimento degli obiettivi assegnati di anno in anno alle Aziende Sanitarie con specifico provvedimento regionale per quanto di competenza.

#### **Art. 6 – Partecipazione al processo di sviluppo delle cure primarie**

Come stabilito dagli art.8-13 dell'AIR si intende coinvolgere maggiormente l'assistenza specialistica ambulatoriale nell'ambito dello sviluppo delle Cure primarie, con l'integrazione e collaborazione tra professionisti operanti sul territorio e in ospedale per condividere percorsi e indicatori.

E' importante che lo specialista SAI sia integrato nel territorio per assicurare le proprie prestazioni in tutte le sedi, anche nell'assistenza domiciliare, in quella residenziale e penitenziaria in tutte le circostanze temporali compresi anche i periodi di emergenza Covid-19.

Il modello regionale di presa in carico della cronicità e della multimorbilità, definito dalla L.R. n.48/2018 e richiamato dalla DGR n.782/2020 in un quadro emergenziale, si fonda sul concetto di intensità di cura e di assistenza, per sottolineare la gradualità nell'erogazione dell'assistenza correlata al bisogno.

Il modello organizzativo regionale prevede una serie di interventi fondati su team multiprofessionali, che vedranno la partecipazione dei MMG, degli specialisti territoriali, degli infermieri, degli assistenti sociali, con legami funzionali con i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere e con gli operatori del Dipartimento di Prevenzione.

L'applicazione a livello aziendale dei PDTA viene realizzata a livello di AFT e di MGI, prevedendo la realizzazione di audit clinici ed organizzativi per il monitoraggio e adeguati momenti formativi.

I SAI partecipano a livello di AFT, in via prioritaria, alla stesura e applicazione di questi percorsi per la gestione della cronicità nelle diverse modalità definite a livello aziendale.

In questa cornice per garantire la continuità dell'assistenza all'interno di tutta la filiera assistenziale e l'integrazione multiprofessionale, il fascicolo sanitario elettronico rappresenta uno strumento organizzativo necessario per l'integrazione informativo-informatico della documentazione clinica che consente a tutti i professionisti coinvolti di accedere alle informazioni per prendere in carico del paziente.

I SAI partecipano alla presa in carico del paziente fragile, complesso, non autosufficiente nell'ambito del team multiprofessionale che definisce e attiva i Piani assistenziali individualizzati domiciliari e ambulatoriali attraverso l'organizzazione di percorsi dedicati, diventando risorsa anche per la COT.

In questa visione l'attività specialistica ambulatoriale interna potrà articolarsi nella partecipazione alle Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali (UVMD), nella gestione dei pazienti ADIMED con modalità di visita domiciliare o in telemedicina, nelle consulenze presso i centri servizio, strutture di ricovero intermedie, strutture residenziali per disabili e non autosufficienti ecc.

L'attività della specialistica ambulatoriale interna potrà articolarsi, inoltre, nell'ambito della prevenzione sia relativamente agli screening che alle malattie cronico degenerative e malattie infettive, previa adeguata formazione.

I SAI supportano la Direzione di Distretto nella valutazione delle motivazioni di accessi impropri al Pronto Soccorso per evitare, per quanto possibile, il relativo accesso per prestazioni non urgenti.



L'AFT risulta essere un ambito privilegiato di audit e di integrazione professionale ed organizzativa della medicina convenzionata.

In questo contesto il SAI è tenuto a:

- a) partecipare attivamente, attraverso l'AFT, nel processo di gestione delle liste di attesa, superando una logica meramente prestazionale, attivando il sistema di presa in carico attraverso la prescrizione diretta delle visite di controllo e/o di altre prestazioni volte a rispondere al quesito diagnostico, anche attraverso la telemedicina;
- b) partecipare al processo di auditing con tutti gli attori coinvolti, per il miglioramento dell'appropriatezza clinica/organizzativa;
- c) rispettare indicazioni/raccomandazioni formalizzate a livello aziendale, anche attraverso gruppi di lavori integrati.

Con riferimento al governo delle liste di attesa o delle liste di galleggio i SAI dovranno essere coinvolti per fornire la disponibilità (anche mediante prolungamento orario, attività aggiuntiva) a ridurre le liste d'attesa nel rispetto delle priorità assegnate.

Inoltre, in applicazione dell'art.4 dell'ACN, i SAI e gli psicologi sono tenuti a :

- a) richiedere visite/prestazioni di follow up nel rispetto delle indicazioni di appropriatezza previste dalla normativa vigente e dalle disposizioni aziendali formalizzate in tema di rapporto prime visite-prime prestazioni/controlli;
- b) supportare la Direzione Aziendale nel monitoraggio della appropriatezza prescrittiva sia in termini di appropriata tempestività (corretta classe U B D P), sia in termini di appropriatezza della richiesta (visita/prestazione necessaria o evitabile);
- c) supportare la Direzione Aziendale nella partecipazione ad incontri con i servizi e i professionisti del territorio per garantire continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, la prescrizione di esami evitabili o con errata classe di priorità.

L'attività di supporto alla Direzione Aziendale verrà svolta in orario di incarico previa adeguata creazione di adatta finestra temporale oppure in accordo con lo specialista come prolungamento orario.

#### **Art. 7 – Le AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna**

Uno degli obiettivi strategici del SSSR è rappresentato dall'attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali della specialistica ambulatoriale Interna.

Per garantire la gestione integrata e la continuità dell'assistenza è necessario dare attuazione ad un modello organizzativo fondato sul concetto di filiera assistenziale, in cui l'offerta sia rimodulata secondo obiettivi di salute per il singolo e per la comunità.

Ciascun professionista del sistema, vede, pertanto, rafforzato il proprio ruolo attraverso la realizzazione delle forme aggregate dell'assistenza primaria operanti secondo i criteri di equità, economicità, appropriatezza clinica e organizzativa.

Le AFT e le integrazioni multiprofessionali facilitano la continuità dell'assistenza tra i diversi livelli assistenziali, migliorano la comunicazione tra le diverse strutture aziendali (Distretti, Dipartimento di Prevenzione, Ospedali, ecc.), tra i diversi professionisti convenzionati e dipendenti in relazione alla gestione dei percorsi di cura dei pazienti, al fine di garantire la migliore presa in carico dell'assistito, perseguendo obiettivi di appropriatezza nell'uso delle risorse e la gestione delle liste di attesa.

L'integrazione tra diversi interventi finalizzati alla cura del paziente costituisce l'obiettivo di qualità da raggiungere con le reti assistenziali delle AFT, nelle quali la AFT della Specialistica





ambulatoriale interna è una importante componente rappresentando un punto di riferimento specialistico per gli assistiti e per l'assistenza primaria.

Le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo di sviluppare strategie comuni per garantire e migliorare l'erogazione dei LEA in ambito territoriale, consolidando l'attività delle AFT della Specialistica Ambulatoriale Interna.

L'individuazione, l'attività e il funzionamento delle AFT, già costituite a livello aziendale, sono regolamentati dai successivi art. 8-11 dell'AAA.

### **Art. 8 – Articolazione territoriale dell'AFT e modalità di partecipazione**

Nell'AFT operano obbligatoriamente gli specialisti ambulatoriali interni e le altre professionalità sanitarie ambulatoriali (biologi, chimici, psicologi), garantendo la funzionalità nella realizzazione della presa in carico integrata e, quindi, collaborando con tutti i nodi della filiera assistenziale territoriale.

Considerata la diversa presenza e distribuzione degli specialisti/professionisti, il loro livello di partecipazione/coinvolgimento nella AFT potrà essere differente in relazione ai livelli della rete assistenziale, ai diversi bisogni rilevati e al differente grado di coinvolgimento nella gestione dei PDTA.

A livello aziendale sono costituite due AFT, una nel Distretto Est e una nel Distretto Ovest.

Attualmente, presso le predette AFT sono presenti le seguenti Strutture Aziendali con i rispettivi ambulatori, garantiti con incarichi specialistici ambulatoriali a tempo indeterminato:

#### **AFT del Distretto Est**

Ospedale di Vicenza: Chirurgia Plastica, Fisiochinesiterapia, Genetica Medica, Oculistica, Ortopedia, Pediatria, Psicologia, Scienza Alimentazione e Dietologia.

Ospedale di Noventa Vicentina: Cardiologia, Dermatologia, Medicina dello Sport, Neurologia, Oculistica, Odontoiatria, Ortopedia, Otorinolaringoiatria.

Poliambulatorio di S. Lucia di Vicenza: Allergologia, Cardiologia, Dermatologia, Fisiochinesiterapia, Neurologia, Oculistica, Odontoiatria, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Reumatologia.

Poliambulatorio di Sandrigo: Allergologia, Cardiologia, Oculistica, Odontoiatria, Otorinolaringoiatria.

Consultori Familiari: Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, Psicologia.

Dipartimento di Prevenzione: Cardiologia per la Medicina Sportiva, Medicina dello Sport, Odontoiatria, Pediatria, Scienza dell'Alimentazione e Dietologia.

Servizio Territoriale per le Dipendenze: Psicoterapia

Casa Circondariale di Vicenza: Odontoiatria, Psichiatria.

Sedi distrettuali di Vicenza: Fisiochinesiterapia, Foniatria, Neuropsichiatria Infantile, Psicologia, Ortopedia.



## AFT del Distretto Ovest

Ospedale di Montecchio Maggiore: Allergologia, Dermatologia, Oculistica, Odontoiatria, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Reumatologia.

Ospedale di Valdarno: Cardiologia, Endocrinologia, Oculistica, Odontoiatria, Otorinolaringoiatria.

Ospedale di Arzignano: Cardiologia, Dermatologia, Neuropsichiatria Infantile, Scienza dell'Alimentazione e Dietologia.

Ospedale di Lonigo: Dermatologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria.

Consultori Familiari: Ostetricia e Ginecologia.

Dipartimento di Prevenzione: Cardiologia per la Medicina Sportiva, Medicina dello Sport.

Sedi distrettuali di Arzignano, Montecchio Maggiore e Valdarno: Diabetologia, Fisiochinesiterapia, Foniatria, Neuropsichiatria Infantile.

Nell'ambito delle predette AFT va aggiunto il servizio, sull'intero territorio aziendale, dell'attività del Medico Competente (branca di Medicina del Lavoro).

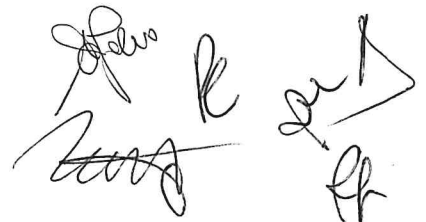
### Art. 9 - Compiti specifici dell'AFT

Le AFT sono funzionali alla realizzazione della presa in carico integrata e, quindi, gli obiettivi ad esse affidati devono essere coerenti con gli obiettivi del Distretto e dell'Azienda Sanitaria.

I compiti essenziali dell'AFT, di cui all'art.7, comma 4 dell'ACN, sono:

- assicurare sul territorio di propria competenza l'erogazione a tutti i cittadini dei LEA;
- 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 della persona;
- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione;
- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei LEA;
- 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*;
- garantire l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di *peer review*;
- partecipare alla promozione di modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, educazione terapeutica ed alimentare (anche in ambito scolastico), diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al migliore uso possibile delle risorse quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia;
- contribuire con attività di supporto psicologico sia per i pazienti che per il personale (es. sportello di ascolto/assistenza psicologica) anche attraverso le possibilità offerte dalla telemedicina.

In conformità alle esigenze effettive, e nel rispetto della programmazione regionale, sarà verificata la possibilità di rideterminare il monte ore aziendale per l'assegnazione di nuovi incarichi SAI da dedicare ad attività specifiche finalizzate a bacini di popolazione delle MGI o dei nuovi Team come





previsti dal PSSR 2019-2023 (Legge Regionale 2/12/2018 n.48) o in relazione ai bisogni assistenziali, all'erogazione di prestazioni specialistiche di cui all'art.3, comma 7 dell'ACN vigente. Nella loro attività i SAI afferenti alle AFT sono tenuti a:

- a) utilizzare la rete informatica aziendale per il collegamento con i CUP e la trasmissione di dati ai fini epidemiologici e prescrittivi;
- b) utilizzare le cartelle informatiche-informative messe a disposizione dall'Azienda Sanitaria;
- c) utilizzare i sistemi di connessione telematica messe a disposizione dall'Azienda Sanitaria;
- d) partecipare alle attività in telemedicina attivate dall'Azienda Sanitaria, in base alla DGR n.568 del 05/05/2020 e del recente Accordo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, rep. Atti n.215/CSR del 17/12/2020 sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina".

### **Art. 10 - Attività delle AFT**

Costituiscono attività proprie dell'AFT le seguenti modalità operative:

- a) la presa in carico integrata della persona, al fine di garantire la continuità dell'assistenza tra branche diverse, facilitare i percorsi assistenziali dell'utente e ridurre le "fughe";
- b) l'esecuzione di visite specialistiche periodiche pianificate (es. medicina d'iniziativa, controlli per patologia, screening e prevenzione, ecc.);
- c) la consulenza ai MMG anche nelle sedi delle MGI o di altre forme aggregative per la realizzazione di diagnosi precoci, la prevenzione di eventi acuti ed interventi tardivi anche attraverso progetti di riorganizzazione per la gestione dei codici bianchi;
- d) la consulenza presso strutture di ricovero intermedie, strutture residenziali, strutture per pazienti disabili, psichiatrici e non autosufficienti, presso gli ospedali di rete ove non presente la branca specialistica;
- e) l'attuazione di PDTA aziendali per patologia, pianificati dal Responsabile di branca specialistica con il coinvolgimento di tutti i SAI di riferimento per le branche interessate;
- f) lo sviluppo di ambulatori multi branca per specifiche patologie;
- g) l'attivazione di ambulatori dedicati alla consulenza pediatrica (SAI d'organo);
- h) la partecipazione a programmi di aggiornamento multidisciplinari e multiprofessionali, audit, percorsi di risk management;
- i) contribuire a uniformare, per quanto possibile, i processi organizzativi che sottendono ai medesimi percorsi clinico-assistenziali nei diversi ambulatori dell'Azienda Sanitaria e nelle AFT;
- j) la messa a disposizione di fasce orarie dedicate alla consulenza telefonica/telematica;
- k) la partecipazione all'individuazione degli indicatori aziendali finalizzati alla valutazione dell'attività della AFT.

### **Art. 11 - Il Referente di AFT**

L'AFT è coordinata da un Referente, individuato con le modalità di cui all'art.8 dell'ACN e, in caso di assenza, dal sostituto.

Il Referente di AFT esercita anche una funzione di supporto organizzativo all'attività distrettuale, pertanto, dovrà essere mantenuta una relazione continuativa con il Direttore di Distretto, il Responsabile della U.O. Cure Primarie e della U.O. Specialistica e la possibilità di interfacciarsi sia con gli specialisti convenzionati e dipendenti, sia con i MMG/PLS.

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria individua, tra i SAI e i professionisti componenti la AFT, un referente ed il suo sostituto, scelti all'interno di una rosa di nomi, composta da almeno 3 candidati, proposta dagli stessi componenti la AFT. I nominativi proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per una durata non inferiore a tre anni e





mantenendo invariato, senza riduzione oraria, l'incarico convenzionale in essere. L'incarico viene mantenuto anche in caso di aumento dell'orario settimanale. Questi devono, inoltre, poter documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di governo clinico e di integrazione professionale, inclusi corsi di alta formazione universitaria o precedenti attività di responsabilità aziendale, compresa la Responsabilità di branca, ed aver acquisito su tali temi almeno 1/3 dei crediti ECM previsti dalla normativa vigente per il triennio precedente (art.8, comma 2, ACN vigente).

L'incarico di Referente di AFT ha durata triennale, con rinnovo annuale tacito per gli anni successivi, salvo cessazione anticipata per revoca da parte dell'Azienda e riavvio delle procedure per l'attribuzione di un nuovo incarico.

Il Referente assicura il coordinamento organizzativo e la integrazione professionale dei componenti della AFT, nonché l'integrazione tra questi, i medici ed altro personale dell'Azienda, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali, raccordandosi anche con i Responsabili di branca.

Il Referente è inoltre responsabile, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire la continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali e con le AFT della medicina generale, della pediatria di libera scelta e con le UCCP.

Compiti specifici del Referente di AFT sono:

- disponibilità alla partecipazione ad almeno 2 incontri annui organizzati dal Nucleo Aziendale di Controllo (NAC) per la valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni ambulatoriali e, conseguente, coinvolgimento degli specialisti nella branca interessata con l'invio dell'estratto del documento di analisi prodotto dal NAC;
- disponibilità alla partecipazione e/o proposta di audit nell'ambito del rischio clinico da comunicare al Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica, che li organizzerà se opportuno, su richiesta del singolo specialista (il singolo specialista si rapporta al rispettivo Responsabile di Branca il quale coinvolgerà il Referente di AFT, il quale a sua volta propone al Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica di organizzare l'audit);
- partecipazione agli incontri fissati per la declinazione degli obiettivi di budget dell'U.O.S. Attività Specialistica;
- proposta di eventuali attività, iniziative e soluzioni per mantenere l'efficienza e la buona organizzazione dell'AFT da inoltrare al Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica.

Il Referente deve prestare servizio nel territorio di competenza della AFT.

Per l'attività svolta il Referente di AFT risponde al Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica.

Per esercitare l'attività di coordinatore gestionale ed organizzativo al Referente AFT verranno riservate 2 ore mensili all'interno dell'orario di servizio, previamente concordate con il Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica. Qualora si renda necessario anche un orario aggiuntivo per il coordinamento, gli orari di tale attività, preventivamente autorizzati dall'Azienda Sanitaria, saranno effettuate fuori dall'orario di servizio e considerati come prolungamento orario ai sensi dell'ACN.

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria individua tra i Referenti di AFT il componente che partecipa all'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) e l'eventuale componente del Collegio di Direzione.

Al Referente di AFT è riconosciuto il compenso stabilito dall'art.22 dell'AIR.



## Art. 12 – Obiettivi dell'Accordo Attuativo Aziendale

(Fondo aziendale per l'assistenza specialistica ambulatoriale interna)

Come stabilito dall'art.40, comma 7 dell'AIR, il "Fondo aziendale per l'assistenza specialistica ambulatoriale interna" è costituito con le seguenti risorse:

Una **Quota A) di euro 3,10** per il numero annuale di ore di incarico svolte dallo specialista/professionista aderente all'AAA per l'adempimento degli obiettivi ivi previsti;

Una **Quota B) di euro 1,35** per il numero annuale di ore di incarico svolte dallo specialista/professionista aderente all'AAA per l'adempimento degli obiettivi ivi previsti.

Una **Quota C)** per progetti speciali il cui finanziamento è a carico dell'Azienda.

Per dare attuazione ai programmi ed ai progetti aziendali e, contestualmente, conseguire gli obiettivi regionali stabiliti dagli art.4-13 dell'Accordo Integrativo Regionale, si individuano i seguenti obiettivi aziendali:

### QUOTA A

- 1) Per gli specialisti ambulatoriali interni: collaborare a livello aziendale, per la parte di competenza della specialistica, al rispetto delle percentuali di prestazioni da garantirsi per la branca di appartenenza, con riferimento alle classi di priorità per prestazioni traccianti in garantita 1. Per le branche specialistiche senza prestazioni traccianti, si farà riferimento al rispetto dei tempi d'attesa per prima visita. Ai fini del monitoraggio dell'obiettivo sarà trasmesso un report periodico, ogni 4 mesi, a cura dell'U.O.S. Attività Specialistica per il tramite del Servizio Controllo di Gestione.

La valutazione sul raggiungimento di tale obiettivo sarà compiuta direttamente dal Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica sui report acquisiti dal Servizio Controllo di Gestione.

Indicatore: Rispetto delle % assegnate all'Azienda da parte della Regione e comunicate annualmente alle parti sindacali firmatarie dell'AAA.

(valore 15%)

Per i professionisti psicologi il precedente obiettivo n.1 è sostituito con il seguente:

1A) Contribuire al percorso di miglioramento delle valutazioni cliniche, colloqui con familiari, interventi di gruppo sui pazienti e collaborare alla stesura di protocolli, secondo modalità e tempi definiti dal Direttore dell'U.O. di appartenenza in accordo con il professionista come da art.29 dell'ACN.

Indicatore: relazione scritta del Responsabile dell'U.O. interessata da inviarsi al Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica.

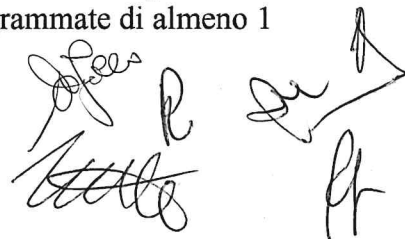
(valore 15%)

- 2) Disponibilità ad applicare la telemedicina proposta dall'Azienda nel rispetto degli art.14, 15 e 16 dell'AIR.

Indicatore: Si/No

(valore 30%)

- 3) Disponibilità ad effettuare sedute di recupero, con modalità da concordare con il Responsabile dell'U.O. di rispettiva afferenza, in caso di proprie brevi assenze non programmate di almeno 1



giorno (es. assenza per malattia), retribuite come prolungamento orario ai sensi dell'ACN e dell'AIR entro i 3 mesi successivi dall'effettuazione, acquisita la comunicazione del rispettivo Responsabile.

Si intende raggiunto l'obiettivo anche in caso di recupero parziale dei pazienti prenotati.

L'obiettivo si intende raggiunto anche in assenza della richiesta di effettuare il recupero.

Indicatore: effettuazione delle sedute di recupero su richiesta del Responsabile dell'U.O. di appartenenza.

(valore 30%)

- 4) Disponibilità ad effettuare, nel caso di brevi assenze non programmate, da 1 a 3 giorni di servizio, sostituzioni anche parziali di colleghi specialisti/professionisti, nella propria sede, attraverso sedute aggiuntive, con modalità da concordare con il Responsabile dell'U.O. di afferenza (con il coinvolgimento degli specialisti/professionisti in servizio, in ambito aziendale, nella branca interessata), retribuite come prolungamento orario ai sensi dell'ACN, previa comunicazione del rispettivo Responsabile.

L'obiettivo si intende raggiunto anche in assenza della richiesta di effettuare il recupero.

Indicatore: premessa la disponibilità dell'ambulatorio, effettuazione sostituzioni su richiesta del Responsabile dell'U.O. di appartenenza.

(valore 25%)

## QUOTA B

- 1) Disponibilità ad effettuare, ai sensi dell'art.32 dell'ACN, accessi programmati presso RSA, Case di Riposo, Istituti penitenziari, Ospedale per acuti, Strutture Intermedie (URT, Ospedale di Comunità, Hospice) e a domicilio dei pazienti ADIMED.

L'obiettivo si intende raggiunto anche se l'accesso non viene richiesto.

Indicatore: disponibilità ad effettuare l'accesso con richiesta del Responsabile dell'U.O. di appartenenza, da concordare con lo specialista.

(valore 25%)

- 2) Predisposizione di un piano ferie di massima per ogni quadrimestre da trasmettere, almeno 45 giorni prima del suo inizio, al Responsabile dell'U.O. di appartenenza per la relativa approvazione, dopo averlo concordato preventivamente con il Responsabile di Branca per garantire la presenza in servizio di almeno una unità, per le branche con più specialisti/professionisti dove sono previste le consulenze di Pronto Soccorso nel rispetto degli art. 29 o 32 dell'ACN.

Periodi = giugno-settembre, ottobre-gennaio, febbraio-maggio.

Indicatore: presentazione piano ferie al Responsabile dell'U.O. di appartenenza.

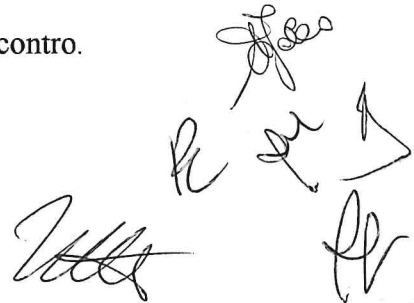
(valore 25%)

- 3) Disponibilità alla collaborazione per la predisposizione e per l'utilizzo di una checklist, proposta dal rispettivo Responsabile di U.O., per la individuazione delle situazioni di inappropriata prescrivibilità da inviare al Referente di AFT e allo stesso Responsabile dell'U.O. di appartenenza.

L'obiettivo si ritiene raggiunto anche nel caso in cui non sia resa disponibile la checklist da parte del Responsabile dell'U.O.

Indicatore: elenco delle segnalazioni da inviare ogni quadrimestre per riscontro.

(valore 25%)





- 4) Presentazione di una proposta di carattere organizzativo, clinico, professionale per il miglioramento dell'attività specialistica, dandone comunicazione al rispettivo Responsabile dell'U.O. di appartenenza e al Responsabile di Branch, ove presente, in sinergia con il Referente di AFT.

Indicatore: invio proposte.

(valore 25%)

## QUOTA C

Progetti speciali:

- 1) Disponibilità ad effettuare visite in classe B, in attività aggiuntiva, fuori dal proprio orario di servizio, con le stesse tempistiche dell'attività programmata pagata a 60 euro all'ora, su richiesta del Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica che invierà la richiesta di liquidazione all'U.O.S. Convenzioni e Privati Accreditati.

Il compenso è corrisposto dall'U.O.S. Convenzioni e Privati Accreditati il mese successivo all'invio della richiesta di liquidazione da parte del Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica.

Per questo progetto è stabilito un finanziamento annuo di massimo 10.000 euro.

- 2) Relativamente alle prescrizioni di ausili per l'assistenza protesica, riduzione delle prescrizioni incomplete e non appropriate rispetto al totale delle prescrizioni e, inoltre, risposta tempestiva alle richieste di integrazione delle prescrizioni (avanzate dall'U.O.S. Assistenza Protesica) entro 10 giorni dal ricevimento, nell'ambito della branca di Fisiocinesiterapia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria e Oculistica, effettuate dagli specialisti SAI che appartengono alla branca interessata.

Indicatori:

a) prescrizioni incomplete e non appropriate inferiori al 5% del totale;

b) risposta alle richieste di integrazione prescrizioni, 100% delle risposte evase entro il predetto termine.

Per il conseguimento di entrambi i predetti obiettivi, che compongono lo stesso progetto, è previsto un compenso unico complessivo di 500 euro lordi annuo per ogni specialista.

Il compenso è corrisposto dall'U.O.S. Convenzioni e Privati Accreditati entro il mese di giugno dell'anno successivo, previa apposita relazione sul raggiungimento degli obiettivi comunicata dal Responsabile dell'U.O.S. Assistenza Protesica entro il mese di marzo.

Possono aderire agli obiettivi e ai progetti speciali dell'AAA, come sopra declinati, tutti gli specialisti ambulatoriali interni e i professionisti con incarico a tempo indeterminato e a tempo determinato per un periodo continuativo di un anno.

L'adesione è su base volontaria e si esprime con la sottoscrizione di una scheda di adesione, valida per singolo anno solare e si rinnova automaticamente in relazione alla durata e alle disposizioni dell'AAA.



L'adesione è omnicomprensiva degli obiettivi della quota A e B; mentre la partecipazione ai progetti speciali relativi alla quota C) è facoltativa.

Qualora gli obiettivi standard della quota A) e della quota B) non si adattino alla tipologia di attività svolta dallo specialista/professionista, il Responsabile dell'U.O. interessata può, in via straordinaria, concordare con lo specialista/professionista e con la parte sindacale firmataria dell'AAA, la modifica degli obiettivi e degli indicatori, mantenendo comunque la previsione di 4 obiettivi sia per la quota A che per la quota B e i corrispondenti valori economici.

In questo caso il Responsabile dell'U.O. interessata redigerà una nuova scheda riassuntiva degli obiettivi, che andrà sottoscritta dallo stesso Responsabile e dallo specialista/professionista per accettazione; la nuova scheda complessiva degli obiettivi dovrà essere trasmessa al Responsabile dell'U.O.S. Convenzioni e Privati Accreditati e al Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica.

Al Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica è demandato il monitoraggio dei vari obiettivi, la certificazione del grado di raggiungimento o meno degli stessi, nonché l'indicazione degli importi da liquidare per la partecipazione al progetto speciale n.1.

Al Responsabile dell'U.O.S. Assistenza Protesica è demandato il monitoraggio del progetto speciale n.2 e la certificazione del raggiungimento o meno dell'obiettivo per la liquidazione dell'importo previsto.

Gli indicatori e i valori economici attribuiti a ciascun obiettivo della quota A e B, il compenso e le modalità di erogazione vengono stabilite secondo le seguenti modalità:

- a ciascun obiettivo è attribuito un valore economico, indicato in percentuale rispetto all'intera quota a cui è collegato;
- è prevista una verifica annuale a consuntivo del grado di raggiungimento degli obiettivi;
- per gli specialisti/professionisti con incarico a tempo indeterminato, le quote A e B per le ore di incarico svolte, a tempo indeterminato, saranno liquidate in acconto mensile nella misura del 50%;
- il saldo o il recupero economico delle quote A e B sarà effettuato dall'U.O.S. Convenzioni e Privati Accreditati necessariamente entro il mese di giugno dell'anno successivo, previo invio della scheda tecnica, recante il livello di raggiungimento degli obiettivi redatta dal Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica entro il mese di marzo, sulla base dei dati ricevuti da parte dei Responsabili delle U.O. interessate;
- per gli specialisti/professionisti con incarico a tempo determinato di durata annuale, le quote A e B per le ore di incarico svolte, a tempo determinato, saranno liquidate, senza acconto, ma in un'unica soluzione per gli obiettivi raggiunti, con la modalità e nel termine sopra indicato;
- il Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica, nel caso di mancato raggiungimento degli obiettivi della quota A e B e del progetto speciale n.1, e il Responsabile dell'U.O.S. Assistenza Protesica per il mancato raggiungimento dell'obiettivo del progetto n.2, daranno apposita comunicazione agli specialisti/professionisti interessati.
- Gli specialisti/professionisti potranno proporre istanza motivata di riesame a detto Responsabile entro 20 giorni dalla avvenuta comunicazione.
- Il Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica comunica alla rappresentanza sindacale firmataria dell'AAA la % di raggiungimento degli obiettivi in forma anonima e aggregata.





**Art. 13 – Gestione del Fondo Risorse AIR**  
(Fondo regionale)

Come stabilito dagli art. 43, let. B, comma 7, art. 44, let. B, comma 6, art. 49, comma 7 dell'ACN, dalla norma finale n.2 dell'AIR e dalla circolare regionale 547154 del 22/11/2021 del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria, il "Fondo risorse AIR", destinato agli obiettivi di cui agli art. 4-13 dell'AIR, è costituito con le seguenti risorse:

- a) SAI a tempo indeterminato:  
euro 0,46/ora + euro 0,20/ora di incarico svolte,  
euro 0,20/ora di incarico svolte, per l'attuazione delle disposizioni contenute nell'art.4 dell'ACN
- b) Professionisti a tempo indeterminato  
euro 0,33/ora + euro 0,13/ora di incarico svolte,  
euro 0,13/ora di incarico svolte, per l'attuazione delle disposizioni contenute nell'art.4 dell'ACN
- c) SAI e Professionisti a tempo determinato  
euro 0,44/ora + euro 0,32/ora di incarico svolte,  
euro 0,32/ora di incarico svolte, per l'attuazione delle disposizioni contenute nell'art.4 dell'ACN

Le predette quote si corrispondono sotto forma di:

- 1) Acconto pari a
  - euro 0,46/ora ai SAI a tempo indeterminato
  - euro 0,33/ora ai Professionisti a tempo indeterminato
  - euro 0,44/ora ai SAI/Professionisti a tempo determinato
- 2) Saldo sulla base del raggiungimento degli obiettivi dell'AAA.

Partecipano al predetto fondo sia gli specialisti ambulatoriali interni che i professionisti, con incarico a tempo indeterminato e a tempo determinato di durata annuale, che aderiscono agli obiettivi aziendali delle quote A) e B) descritti nel precedente art.12 dell'AAA.

Il Fondo Risorse AIR dei SAI/Professionisti a tempo indeterminato, deve essere preventivamente decurtato, per ciascun anno, delle risorse destinate al pagamento dei compensi dei Referenti di AFT. Il saldo residuo sarà corrisposto ai SAI/Professionisti che raggiungono almeno il 50% della sommatoria degli obiettivi aziendali (quote A+B) descritti nell'art.12 dell'AAA.

Il mancato raggiungimento della predetta percentuale di obiettivi comporta il recupero della quota di acconto già corrisposta del Fondo Risorse AIR.

Il saldo o il recupero economico delle predette quote sarà effettuato dall'U.O.S. Convenzioni e Privati Accreditati con la stessa tempistica prevista per le quote A e B nel precedente art.12 dell'AAA (entro il mese di giugno dell'anno successivo).

**Art. 14 – Regolamento mobilità intraziendale volontaria**

Al fine di dare attuazione a quanto disposto dall'art.30, comma 6 dell'Accordo Collettivo Nazionale e dall'art.39, comma 3 dell'Accordo Integrativo Regionale si stabilisce la seguente regolamentazione sulla mobilità intraziendale volontaria:

Qualora sia attivato un nuovo incarico a tempo indeterminato per almeno 18 ore settimanali in una branca specialistica, concentrato in una sede aziendale, l'ULSS, prima di effettuare le proposte di



aumento orario previste dall'art.20, comma 1 dell'ACN, propone la mobilità intraaziendale agli specialisti/professionisti titolari di incarico a tempo indeterminato.

Per mobilità intraaziendale si intende il trasferimento di ore di incarico in una sede aziendale ubicata in un comune diverso da quello in cui si presta servizio, con l'accettazione di coprire tutte le ore oggetto di mobilità.

Le ore di incarico, eventualmente residue rispetto a quelle trasferite, per un minimo di 4 ore, continueranno ad essere coperte presso la sede originaria, previa verifica della sostenibilità organizzativa da parte dell'U.O.S. Attività Specialistica.

La mobilità non deve comportare un aumento e neppure una riduzione oraria di incarico.

L'ULSS comunica l'avviso di mobilità, attraverso la mail aziendale, agli specialisti/professionisti della branca interessata che abbiano svolto almeno 18 mesi di servizio nella sede di provenienza.

Lo specialista/professionista interessato invia all'U.O.S. Convenzioni e Privati Accreditati la domanda di disponibilità, entro 8 giorni dalla data di invio dell'avviso di mobilità.

Nel caso in cui, nella sede di destinazione, siano richieste particolari capacità professionali, lo specialista/professionista disponibile alla mobilità deve già svolgere, a livello aziendale, le particolari competenze richieste, attestata dal Responsabile dell'U.O. di appartenenza.

Qualora pervengano più domande di disponibilità per la mobilità, la graduatoria per l'individuazione dell'avente titolo viene redatta dando priorità agli specialisti/professionisti con maggiore anzianità nell'incarico specialistico ambulatoriale interno, a tempo indeterminato, presso l'ULSS n.8 Berica e, in caso di parità, con maggiore anzianità di specializzazione.

Le ore che si rendono vacanti in seguito alla mobilità saranno proposte in aumento orario agli altri specialisti/professionisti nella branca interessata.

Se le ore risulteranno ancora vacanti, la procedura si conclude con la loro pubblicazione.

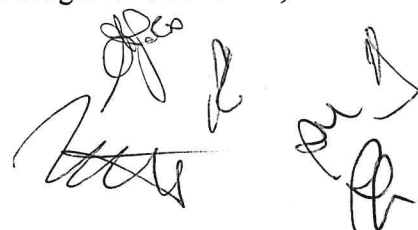
### **Art. 15 – Prestazioni di particolare interesse**

Le prestazioni di particolare interesse (PPI), disciplinate dagli art.41 comma 4, art. 43 let. B comma 8, art. 44 let. B) comma 7, dall'allegato 3 comma 6 dell'ACN e dall'art.42 dell'AIR, previste dalla programmazione regionale, aziendale e finalizzate anche all'integrazione con le attività delle forme organizzative della medicina generale e della pediatria di libera scelta o al raggiungimento degli obiettivi di cui all'art.4 dell'ACN, sono remunerate, nel limite delle risorse disponibili, previa autorizzazione aziendale, nella misura del 40% di quanto previsto nel Nomenclatore tariffario regionale vigente.

Per erogare tale compenso è previsto un fondo annuo per gli specialisti SAI con incarico a tempo indeterminato, costituito con una quota di euro 0,05 per le ore di attività a tempo indeterminato svolte e retribuite relative all'anno solare precedente e un fondo annuo per gli psicologi con incarico a tempo indeterminato, costituito con una quota di euro 0,03 per le ore di attività a tempo indeterminato svolte e retribuite relative all'anno solare precedente, come stabilito dall'art.42 dell'AIR.

Tali risorse sono integrate, rispettivamente, con le quote di indennità di disponibilità eventualmente non assegnate ai sensi dell'art.45 dell'ACN per condizioni sopravvenute di non fruibilità.

Il Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica, nel rispetto dei predetti limiti di spesa quantificati dall'U.O.S. Convenzioni e Privati Accreditati, coordinerà l'organizzazione e l'erogazione delle PPI,



individuando direttamente, nel rispetto della predetta normativa e dei predetti obiettivi, le prestazioni, presenti nel nomenclatore tariffario regionale, che rivestono particolare interesse e individua, congiuntamente, gli specialisti e gli psicologi che eseguiranno le prestazioni.

Ai fini della corresponsione del predetto compenso, il Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica darà comunicazione all'U.O.S. Convenzioni e Privati Accreditati dei nominativi degli specialisti/psicologi che hanno svolto l'attività, precisando il tipo di prestazione, la data di esecuzione e l'importo da corrispondere (calcolato nella misura del 40% di quanto previsto nel Nomenclatore tariffario regionale).

L'eventuale residuo del Fondo andrà ad alimentare il Fondo dell'anno successivo per garantire, in particolare, il rispetto dei tempi di attesa.

Verrà comunicato, annualmente, alle parti sindacali firmatarie dell'AAA, l'entità di tale fondo.

### **Art. 16 – Responsabile di Brancha**

L'art.37 AIR definisce i criteri per l'individuazione del Responsabile di Brancha.

Sono requisiti necessari:

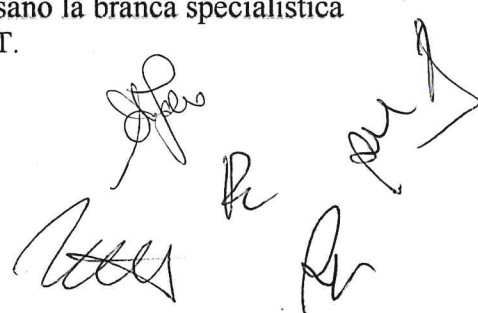
- 1) la presenza di più sanitari convenzionati addetti alla stessa branca, ad esclusione delle branche indicate al punto seguente;
- 2) la presenza di almeno tre sanitari per le branche di radiologia, analisi cliniche e fisiochinesiterapia;
- 3) la funzione di direttore tecnico responsabile di laboratorio.

In assenza dei requisiti di cui sopra, per propri fini organizzativi l'Azienda Sanitaria può disporre, d'intesa con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale, l'accorpamento di più branche specialistiche, secondo criteri di affinità e di funzionalità.

Come stabilito dall'art.37 dell'AIR, la funzione del Responsabile di branca è finalizzata all'integrazione funzionale con gli altri servizi dell'Azienda Sanitaria, all'integrazione interprofessionale e al conseguimento di specifici obiettivi indicati nell'AAA.

Compiti specifici del Responsabile di branca sono:

- a) le funzioni di referente tecnico per la specialità nei confronti del Direttore del Distretto o degli altri sanitari responsabili delle attività erogate nei presidi ove operano specialisti convenzionati;
- b) le funzioni organizzative di indirizzo o di monitoraggio delle attività specialistiche territoriali relative alla branca stessa, assegnati dai competenti dirigenti sanitari dell'ULSS, ferma restando l'autonomia professionale dei singoli specialisti/professionisti;
- c) proporre soluzioni ed esprimere pareri, nei confronti del Responsabile dell'U.O. di appartenenza e del Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica, per migliorare e ottimizzare il servizio ambulatoriale e per contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell'AAA;
- d) interpellare periodicamente i colleghi della branca interessata, per conoscere e valutare l'eventuale esistenza di criticità che influiscono sull'efficienza dell'attività specialistica, proponendo le soluzioni al Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica;
- e) collaborare con il Referente di AFT sulle problematiche che interessano la branca specialistica con riflesso alla gestione, all'organizzazione e alle funzioni dell'AFT.





Per l'attività svolta, il Responsabile di branca risponde al Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica.

Al Responsabile di branca è corrisposto il compenso previsto dal predetto art.37 dell'AIR.

La modalità di svolgimento dell'incarico viene concordata con il Responsabile dell'U.O.S. Attività Specialistica, fermo restando, come stabilito dall'art.37 dell'AIR, che l'attività viene svolta all'interno dell'orario settimanale quando sia mantenuto il rispetto dei tempi di attesa in base alla normativa vigente; mentre qualora si renda necessario anche un orario aggiuntivo, preventivamente autorizzato dal predetto Responsabile, tale attività sarà considerata come servizio e retribuita come da predetta normativa.

### Art. 17 – Prolungamento orario

Il prolungamento orario di servizio, per il relativo riconoscimento economico, dovrà essere sempre concordato/autorizzato tra il Responsabile dell'U.O. di appartenenza e lo specialista/professionista, e sarà retribuito dall'U.O.S. Convenzioni e Privati Accreditati, necessariamente entro due mesi dalla sua esecuzione, previa comunicazione del Responsabile dell'U.O. di appartenenza.


### Art. 18 – Veterinari

Nel caso di attivazione di incarichi a personale veterinario, le parti concordano di riunirsi per definire gli obiettivi da attribuire a tali professionisti.

Vicenza, 22/12/2022

Delegazione trattante di parte aziendale

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari  
Dr. DI FALCO Achille



Il Direttore  
U.O.C. Cure Primarie Distretto Est  
Dr.ssa COSTA Paola

Il Responsabile  
U.O.S. Convenzioni e Privati Accreditati  
Dr.ssa MELLA Patrizia



Delegazione trattante di parte sindacale

Dr. D'ONGHIA Francesco (SUMAI)

Dr. ZANATTA Carlo Antonio (SUMAI)

Dr. RAMPAZZO Carlo (SUMAI)

