

## AIR MOLISE

### Specialistica ambulatoriale

In data 18/03 alle ore 12,30, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1999 e dell'ACN 4 Aprile 2024 tra la Regione Molise rappresentata da

Commissario



Sub Commissario



Direttore Generale Salute

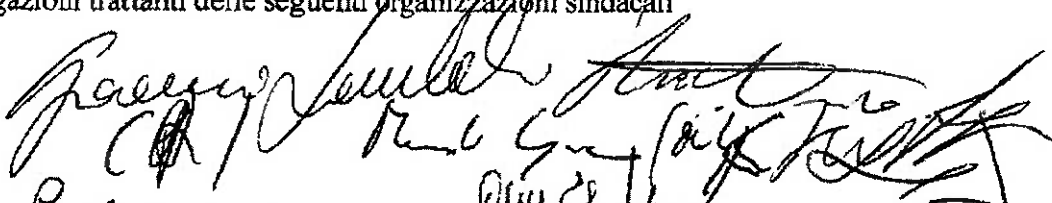


Parte Pubblica

*Antonio Orlando* *Donato Elia*  
*Alena*

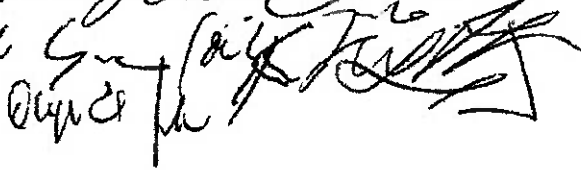
e le delegazioni trattanti delle seguenti organizzazioni sindacali

SUMAI



UIL

*Carlo del resto*



FESPA

*Carlo Veratti*

## INDICE

- RIFERIMENTI LEGISLATIVI
- PREMESSA
- CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE
- 1. PROGRAMMAZIONE REGIONALE
  - Scelte strategiche
  - Obiettivi strategici
  - Obiettivi di salute
  - Obiettivi di appropriatezza
  - Sviluppo delle cure primarie
- 2. AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)
  - Definizione e attività
  - Referente di AFT
  - Regolamento di funzionamento AFT
- 3. UNITA' COMPLESSA DI CURE PRIMARIE
  - Coordinatore di UCCP
  - Regolamento di funzionamento della UCCP
- 4. BRANCHE SPECIALISTICHE
  - Responsabile di Branca: funzioni, compiti
- 5. PARTECIPAZIONE A COMITATI E COMMISSIONI
- 6. COMITATO REGIONALE
- 7. COMITATO ZONALE
- 8. COMPITI E FUNZIONI DEI MEDICI SPECIALISTI, DEI MEDICI VETERINARI E DI ALTRI PROFESSIONISTI
- 9. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO
- 10. PUBBLICAZIONE DEGLI INCARICHI. FLESSIBILITA' OPERATIVA, RIORGANIZZAZIONE DEGLI ORARI E MOBILITA'
- 11. ATTIVITA' ESTERNA E PRONTA DISPONIBILITA'
- 12. SOSPENSIONE DELL'INCARICO CONVENZIONALE
- 13. FORMAZIONE CONTINUA

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a signature with '9.8.' below it, a signature that appears to be 'Carlo Veltro', and several other signatures and initials on the right side.

**14. QUOTA VARIABILE DEL COMPENSO ART. 43 LETT. B ACN PER GLI SPECIALISTI E I VETERINARI A TEMPO INDETERMINATO - ALLEGATO 1 AIR**

**15. QUOTA VARIABILE DEL COMPENSO PER I PROFESSIONISTI A TEMPO INDETERMINATO**

**16. QUOTA VARIABILE DEL COMPENSO PER GLI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO ART. 49 ACN**

**17. COSTITUZIONE DEI FONDI**

**18. INDENNITA' IN ZONA DISAGIATA**

**19. INDENNITA' DI DISPONIBILITA' ART. 45 ACN**

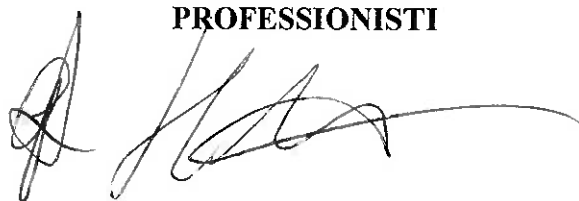
**20. TELECONSULTO SPECIALISTICO**

**21. TUTELA LEGALE**

**NORME FINALI**


**ALLEGATO 1**

- **COSTITUZIONE DEL FONDO DI PONDERAZIONE PER GLI SPECIALISTI E I VETERINARI A PARTIRE DALL'ANNO 2004**
- **FONDO DI PONDERAZIONE PROFESSIONISTI PER GLI ANNI SUCCESSIVI AL 2004**
- **LE RISERVE PREVISTE DAGLI ACN 2021 E 2024 A DISPOSIZIONE DELL'AIR SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARI E PROFESSIONISTI**

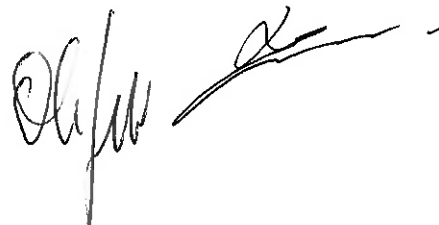


Carlo Vertè

g. s.

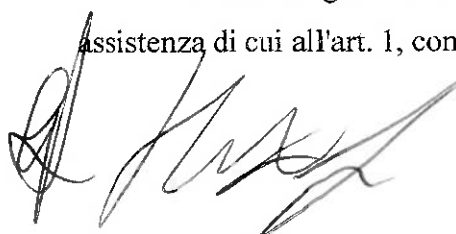
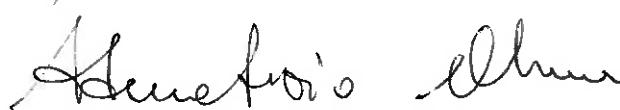



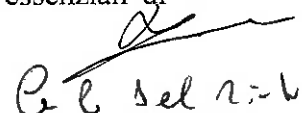

Antonio Alesandri



## RIFERIMENTI LEGISLATIVI

- Legge 23 dicembre 1978 n. 833: Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale-
- Legge 15 febbraio 1992, n.104: Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicapate.
- D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni.
- D. Lgs. 07 dicembre 1993, n.517: Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- Legge 27 dicembre 1997, n. 449: Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica, (GU Serie Generale n.22 del 28-01-1998 - Suppl. Ordinario n. 19).
- D.P.R. 28 luglio 2000, n. 271: Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni. (GU Serie Generale n.230 del 02-10-2000 - Suppl. Ordinario n. 165).
- D.L. 13 settembre 2012, n. 158: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. (GU Serie Generale n.214 del 13-09-2012).
- L. n. 189/2012 (Legge Balduzzi) Modificazioni apportate in sede di conversione al decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158.
- D. Lgs. 30 D.M. 23 marzo 2000, n. 184: Regolamento relativo ai criteri per la valutazione del servizio prestato in regime convenzionale ai fini della partecipazione ai concorsi per l'accesso al secondo livello dirigenziale del personale del Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 72, comma 13, della legge 23 dicembre 1998, n. 448 (G.U. 5 luglio 2000, n. 155).
- DPCM del 12.1.2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza".
- Patto per la Salute 2014-2016 (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014).
- Nuovo Patto per la Salute 2017-2020 (Rep. 209/CSR del 18 dicembre 2019).
- DPCM 29 settembre 2015 n. 178 recante il regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE).
- DPCM 12 gennaio 2017 Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502.

  
9.8.  

  
C. L. del 2016  


- Accordo Stato-Regioni n. 160/CSR del 15 settembre 2016 "Piano nazionale della Cronicità" di cui all'art. 5 comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016.

- Intesa Stato-Regioni n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019.

- Intesa Stato-Regioni n. 188/CSR del 2 novembre 2017, intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 20172020".

- Intesa Stato-Regioni n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L 5 giugno 2003 n. 131 tra il Governo, Le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all' art. 1, comma 280 della L 23 dicembre 2005, n. 266.

- MINISTERO DELLA SALUTE Decreto 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (19A03764) (GU n.138 del 14-6-2019).

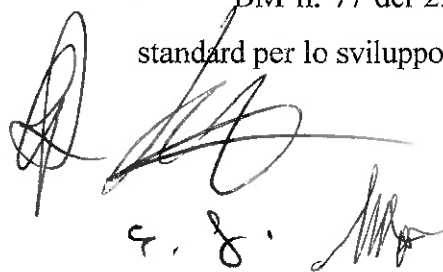
D.L. 17 marzo 2020, n.18 Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27 (in S.O. n. 16, relativo alla G.U. 29/04/2020, n. 110) Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID – 19. (20G00034) (GU Serie Generale n.70 del 17-03-2020).

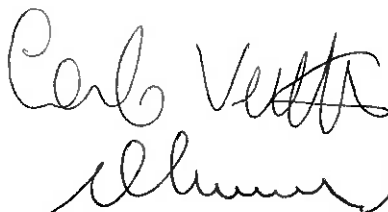
- Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali triennio 2016-2018; rep. n. 49/CSR del 31 Marzo 2020.

- 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) ambulatoriali ai sensi del D. Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni — triennio 2016-2018 del 30 Marzo 2021; rep n. 60/CSR 20 maggio 2021.

- Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2022.

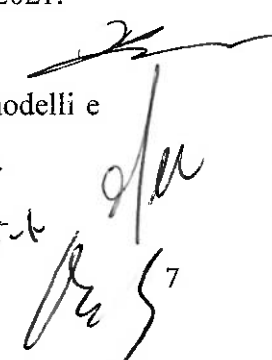
- DM n. 77 del 23 maggio 2022. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

  
9.8.

  
Carlo Vetta

  
Ces del n. 1

  
Alfredo

  
57

Atto: DEC.COMSAN 2026/55 del 25-03-2026  
Servizio proponente: DS.01 SUPPORTO DG  
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

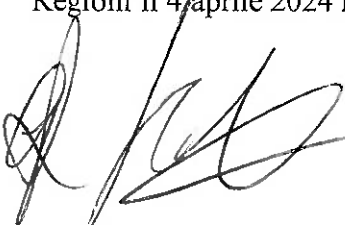


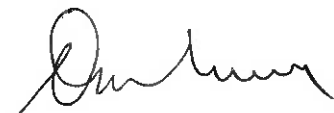
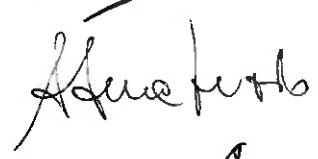


- Decreto ministeriale del Ministero dell'Economia e delle Finanze e Ministero della Salute - 24 gennaio 2023.

- Accordi della Conferenza Stato-Regioni che regolano l'acquisizione dei crediti formativi secondo i criteri definiti dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM).

- D.L. 14 agosto 2020, n. 104: Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia. (20G00122) (GU Serie Generale n.203 del 14-08-2020 - Suppl. Ordinario n. 30 Entrata in vigore del provvedimento: 15/08/2020.

- Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 13 ottobre 2020, n. 126 (in S.O. n. 37, relativo alla G.U. 13/10/2020, n. 253).

- 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) ambulatoriali ai sensi del D. Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - TRIENNIO 2019-2021-Ratificato dalla Conferenza Stato-Regioni il 4 aprile 2024 rep. atti 52/CSR.

    
3. 2.  
   
Carlo del Rio   
Daplat 

Atto: DEC.COMSAN 2026/55 del 25-03-2026  
Servizio proponente: DS.01 SUPPORTO DG  
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

## PREMESSA

La configurazione della piramide demografica e la prevalenza delle malattie cronicodegenerative hanno da tempo assunto una rilevanza tale da poter compromettere il sistema di tutela della salute in assenza di una risposta territoriale strutturata.

Le malattie croniche, infatti, interessano in modo significativo la popolazione molisana e le condizioni di multi-cronicità rappresentano un costo stimato in continuo crescendo.

È da tempo dimostrata l'insostenibilità di un approccio assistenziale alla cronicità strutturato su un modello di risposta prettamente ospedaliero che non appare in grado di garantire da solo né un efficace livello di prevenzione né i livelli di appropriatezza indispensabili, compromettendo, inoltre, l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria e i c.d. Accessi impropri.

Il quadro istituzionale, con Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n.3, che modifica il titolo V della Costituzione, affida piena potestà alle Regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato.

La Regione Molise, anche con il presente Accordo Integrativo Regionale, vuole favorire la riorganizzazione dell'assistenza territoriale promuovendo una rete di servizi ed attività organizzate secondo una concezione bottom-up ( dal basso verso l'alto) che privilegia la cooperazione e fondata sul paradigma della community care e del population health management (coinvolgere e responsabilizzare gli assistiti- self management; rafforzare la governance distrettuale; promuovere la pro-attività delle cure; sviluppare la cultura organizzativa improntata alla condivisione -Knowledge management). La rete dovrà rappresentare l'insieme coordinato di aggregazioni monoprofessionali (AFT), multiprofessionali/multidisciplinari (UCCP/Case della Salute, Case di Comunità o comunque denominate, strutture residenziali sanitarie, Hospice, strutture di cure intermedie, Ospedali di Comunità, etc.) come previste dalla normativa, e competenze professionali indirizzate alle problematiche e all'assistenza dei pazienti cronici a cui bisognerà assicurare il continuum delle cure attraverso percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, coordinati ed omogenei.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, initials 'F. S.', a signature 'Carlo Verrini', and a signature 'B. del 2014' with other illegible signatures and a small number '9' on the right.



I criteri e le modalità di accesso ai servizi devono essere trasparenti ed equi, l'appropriatezza dell'uso delle risorse della specialistica ambulatoriale deve essere correlata al bisogno assistenziale, in particolare la riorganizzazione dell'attività ambulatoriale deve ridurre i disagi per il cittadino, attualmente in molti casi costretto a numerosi e frammentati passaggi per la prescrizione e la prenotazione delle prestazioni, che possono a volte pregiudicare la stessa continuità dell'assistenza e la disaffezione nei confronti dell'assistenza distrettuale, favorendo percorsi alternativi.

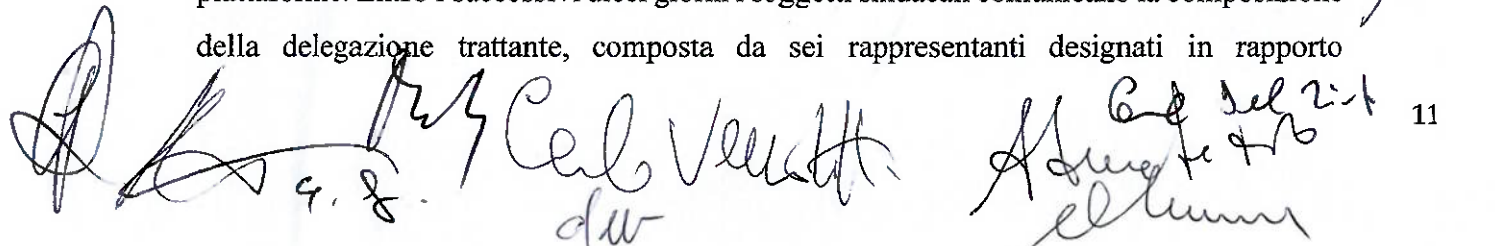
Nel presente Accordo, ogniqualvolta ci si riferisce a SAI, è da intendersi: specialisti ambulatoriali interni medici, veterinari e professionisti sanitari ambulatoriali (biologi, chimici, psicologi).

## **CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE**

Il presente AIR regola sotto il profilo giuridico ed economico a livello regionale l'esercizio dell'attività professionale degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) (definiti Specialisti Ambulatoriali Interni-SAI-) e integra l'ACN 4 aprile 2024.

Il presente AIR definisce gli obiettivi di salute, i percorsi, gli indicatori gli strumenti operativi per attuarli in linea con gli indirizzi della programmazione sociosanitaria regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri dettati a livello nazionale, demandando alla contrattazione aziendale l'attuazione degli obiettivi individuati dalla Regione attraverso gli AAA (Accordi Attuativi Aziendali), definendo le azioni più appropriate sulla scorta delle realtà locali.

Per la stipula degli AIR la Regione Molise provvede a costituire la delegazione datoriale, in numero non superiore a sei componenti, per la contrattazione integrativa entro trenta giorni dalla richiesta delle OO.SS. firmatarie dell'ACN rappresentate in Regione, presieduta dal Commissario ad Acta. Il Commissario ad Acta convoca i soggetti sindacali, per l'avvio del negoziato, entro i successivi trenta giorni dalla presentazione delle piattaforme. Entro i successivi dieci giorni i soggetti sindacali comunicano la composizione della delegazione trattante, composta da sei rappresentanti designati in rapporto



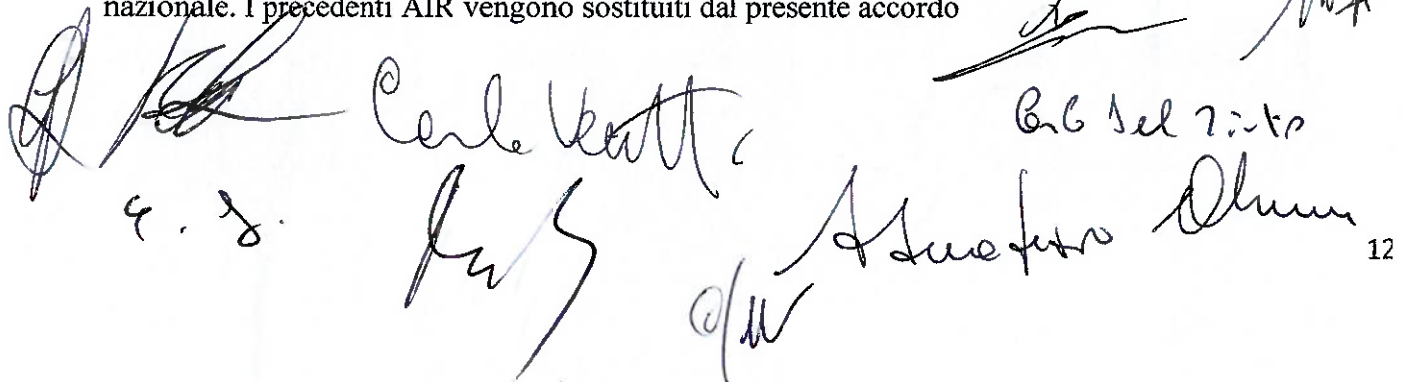
proporzionale alle deleghe e comunque in numero non superiore a cinque per O.S. per l'inizio delle trattative, che deve essere fissato nei successivi 20 giorni. In caso di assenza di altre OO.SS. la totalità dei componenti è assegnata alla O.S. presente.

L'Azienda provvede a costituire la delegazione datoriale, in numero non superiore a sei componenti, entro trenta giorni dalla sottoscrizione del presente contratto presieduta dal Direttore Generale o suo delegato, per la stipula degli Accordi Attuativi Aziendali (AAA). L'Azienda convoca i soggetti sindacali firmatari del presente contratto per l'avvio del negoziato per la contrattazione aziendale, entro i successivi trenta giorni. Entro i successivi dieci giorni i soggetti sindacali comunicano la composizione della delegazione trattante, composta da sei rappresentanti designati in rapporto proporzionale alle deleghe e comunque in numero non superiore a cinque per O.S. per l'inizio delle trattative, che deve essere fissato nei successivi 20 giorni. In caso di assenza di altre OO.SS. la totalità dei componenti è assegnata alla O.S. presente.

Si precisa che:

- a) Il sistema delle relazioni sindacali è improntato a principi di responsabilità, correttezza, buona fede e trasparenza dei comportamenti ed è orientato alla prevenzione dei conflitti.
- b) Nel rispetto dei suddetti principi, nella fase di preventiva approvazione da parte dei Ministeri affiancanti le parti non assumono iniziative unilaterali né procedono ad azioni dirette.
- c) Analogamente, durante il periodo in cui si svolge il confronto le parti non assumono iniziative unilaterali sulle materie oggetto dello stesso.

Il presente AIR entra in vigore dalla data di adozione del provvedimento di recepimento dello stesso da parte della Struttura Commissariale, che dovrà avvenire entro 30 giorni dal parere espresso dai ministeri affiancanti, e ha validità fino alla stipula del successivo AIR, fatte salve modifiche ed integrazioni e/o variazioni concordate in ambito regionale e/o nazionale. I precedenti AIR vengono sostituiti dal presente accordo

  
9.8.  
Carlo Venturi  
B.G. del 7:40  
Stefano Oliva

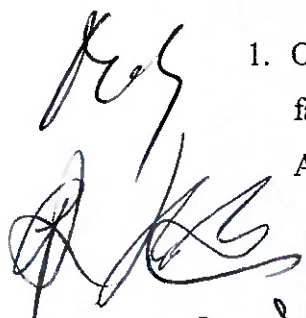
## 1. PROGRAMMAZIONE REGIONALE

### Scelte strategiche

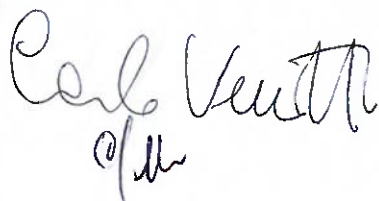
1. Potenziare e consolidare l'offerta specialistica ambulatoriale territoriale e di comunità, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza;
2. valorizzare le competenze e attivare sinergie virtuose tra Ospedale e Territorio;
3. investire sull'appropriatezza clinica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

### Obiettivi strategici

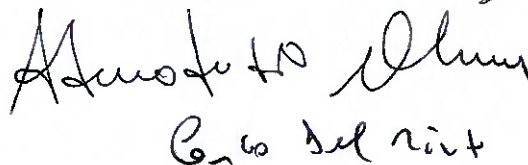
1. Ottimizzare la presa in carico della cronicità con riferimento al Chronic Care Model, favorendo la multiprofessionalità e multidisciplinarietà attraverso la costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Specialistica ambulatoriale



9. 2.



Carlo Venturi



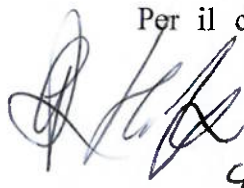
Antonio La Palma

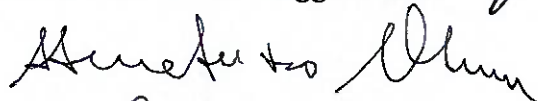
Centro del ricat

interna con l'utilizzo delle nuove tecnologie (telemedicina) garantendo una relazione proattiva operatore-paziente - sanità di iniziativa - e quindi di prevenzione e formazione del paziente e dei caregivers;

2. valorizzare le nuove funzioni del Comitato Regionale e del Comitato Zonale;
3. realizzare prioritariamente la presa in carico integrata con la rete MMG/PLS dei pazienti cronici, evitando alla persona in stato di bisogno inutili spostamenti e contatti frammentati con più strutture/professionisti erogatori, migliorando l'accessibilità ai servizi, semplificando le procedure e, soprattutto, valorizzando la relazione tra professionisti ed assistiti, autorizzando consulenze e consulti ambulatoriali e domiciliari anche sotto la forma del teleconsulto;
4. potenziare e valorizzare le cure specialistiche a livello domiciliare, residenziale e presso le strutture di cure intermedie, anche con il supporto degli strumenti di telemedicina e teleassistenza, al fine di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio, la continuità dell'assistenza fra Ospedale e Territorio e viceversa ed evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, favorendone un rientro tutelato e coordinato al domicilio;
5. sviluppare l'innovazione tecnologica, la dotazione strumentale degli ambulatori territoriali e la rete informatica quali strumenti a supporto di un trattamento tempestivo reso al paziente, ma anche di fruibilità e condivisione delle informazioni al fine di garantire la continuità dell'assistenza nella sua accezione di continuità informativa;
6. collaborare attivamente nell'ambito dei programmi di prevenzione;
7. inserire i SAI nei programmi di screening individuati a livello nazionale, regionale e aziendale ai fini del miglioramento della qualità della vita e dello stato generale di salute della popolazione;
8. garantire la sicurezza alimentare e la sanità animale; prevenire le zoonosi; prevenire e contrastare il fenomeno del randagismo canino e felino;
9. prevedere nell'ambito della formazione obbligatoria degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e delle altre professionalità sanitarie ambulatoriali percorsi di aggiornamento professionale trasversali con gli altri professionisti, oltre che percorsi finalizzati alla acquisizione di competenze clinico-organizzative e gestionali anche mediante pacchetti formativi prodotti dalle società scientifiche accreditate sia in presenza sia in FAD.

Per il conseguimento dei predetti obiettivi, l'attività dei SAI dovrà maggiormente

  
G. S. Carlo Verrini

  
B-6 del Riv

qualificarsi. A tal fine l'Azienda sanitaria dovrà garantire:

- a) l'adeguamento strutturale, strumentale, tecnologico e di sicurezza delle strutture;
- b) la presenza del personale infermieristico e tecnico a tutela del cittadino e dell'operatore sanitario;
- c) l'appropriatezza dell'accesso alle prestazioni specialistiche attraverso un efficiente e trasparente servizio di prenotazione e di recall;
- d) la previsione di programmi e progetti finalizzati, nonché di prestazioni di particolare interesse (PPI).

L'ASREM, per l'erogazione delle prestazioni specialistiche, si avvale dei SAI e definisce il monte orario utilizzando integralmente le ore di attività comunicate alla struttura commissariale con riferimento al 31/12/2024. Ulteriori attivazioni di servizi, anche per l'utilizzo dei SAI presso i presidi ospedalieri dovranno trovare adeguata copertura finanziaria anche attraverso apposito Decreto da parte della struttura commissariale.

In applicazione delle procedure di cui all'art. 20, comma 1 e seguenti del vigente ACN 2024 le ore disponibili per cessazione, revoca o decadenza dell'attività sono assegnate dall'Azienda prioritariamente nella stessa branca/area professionale o, acquisito il parere del comitato zonale di cui all'art. 18, in branca /area professionale diversa, anche per le finalità di cui all'art. 4 dell'ACN.

### Obiettivi di salute

1. 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. I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) costituiscono strumenti di trasversalità che consentono di definire ruoli, funzioni, responsabilità, ma che implicano, anche, una revisione del modello organizzativo in essere ed una consapevolezza delle risorse che si hanno a disposizione.
2. 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 assistenziale 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

*[Handwritten signatures and initials]*

offerti dal SSR, sia la modalità di fruizione da parte dell'assistito.

3. È prioritario garantire la continuità delle cure, attraverso l'adozione dell'Agenda interna, comunicata al CUP regionale per avere una visione complessiva delle prestazioni erogate, programmata dal SAI, con spazi dedicati individuati dall'Azienda su proposta dello specialista per la definizione e la condivisione 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;
  - 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.
4. Al fine di garantire una appropriata continuità dell'assistenza, tali percorsi dovranno comprendere anche l'attivazione delle modalità organizzative e di sorveglianza (anche attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie di telemedicina) al manifestarsi delle riacutizzazioni nei pazienti stabilizzati.
5. Saranno, pertanto, suggeriti dallo specialista, concordati con l'Azienda e aggiornati i PDTA per patologie croniche prevalenti (es. broncopneumologiche, cardiologiche, metaboliche, neurologiche, oncologiche, ecc.).
6. Dare allo specialista la facoltà di raggiungere gli obiettivi di salute anche attraverso l'utilizzo di farmaci innovativi che riducano le ospedalizzazioni e garantiscano il miglior risultato terapeutico.

### **Obiettivi di appropriatezza**

Il nuovo assetto organizzativo, basato sull'approccio per processi, dovrà consentire una progressiva ed effettiva responsabilizzazione di tutti gli attori del sistema sul raggiungimento dei risultati rispetto agli obiettivi assegnati, favorendo una visione d'insieme, il consolidamento del lavoro di equipe e della cooperazione e mantenendo come focus principale la centralità della persona.

Rappresentano obiettivi specifici:


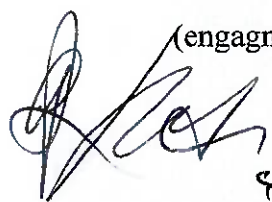
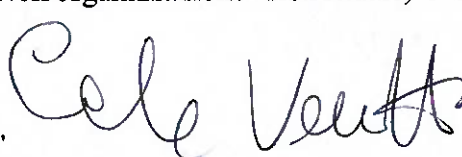
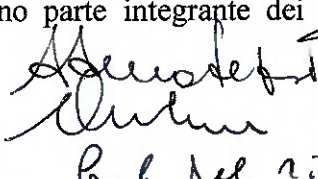

  
e. s.  
Carlo Vella  
Alman  
Adunato  
C. B. del 2016

- a) contribuire al buon governo del sistema attraverso percorsi di appropriatezza al fine di migliorare la qualità del servizio e consentire una nuova dimensione dell'offerta che privilegi anche l'assistenza specialistica territoriale e la sorveglianza in telemedicina;
- b) garantire l'appropriatezza delle richieste di prestazione specialistica secondo le disposizioni nazionali e regionali nell'ottica dell'abbattimento delle liste di attesa utilizzando anche forme innovative per raggiungere il paziente nel suo domicilio riducendo il dispendio di risorse;
- c) utilizzare la telemedicina con il teleconsulto specialistico, prevedendo spazi di consulenza/colloqui tra specialisti, MMG e PLS per la valutazione di casi, per concordare il percorso di presa in carico e garantirne la prosecuzione
- d) contribuire a favorire l'appropriatezza delle richieste dei ricoveri ospedalieri e degli accessi al Pronto Soccorso;
- e) contribuire a garantire un utilizzo appropriato della farmaceutica attraverso il conseguimento di obiettivi e di indicatori per le aree terapeutiche a più rilevante impatto di spesa ed a maggior rischio di inappropriatezza, assegnati annualmente alla Azienda Sanitaria;
- f) incrementare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto;
- g) perseguire l'appropriatezza nelle prescrizioni di protesi e ausili;
- h) assicurare i flussi informativi-informatici [Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ricetta dematerializzata, ecc.] ai fini del conseguimento degli obiettivi di sistema assegnati alla Azienda Sanitaria.

### **Sviluppo delle Cure primarie**

1. Lo sviluppo delle Cure primarie con l'apporto della specialistica ambulatoriale interna attraverso la presa in carico del bisogno specialistico espresso dai cittadini richiede una maggiore integrazione e collaborazione tra professionisti operanti sul territorio e in ospedale attraverso la condivisione di percorsi di cura e indicatori, migliorando l'appropriatezza delle azioni per un efficace governo della domanda.
2. La prevalenza e l'incidenza delle malattie croniche impongono di attuare modelli assistenziali efficaci e che possano garantire la sostenibilità del sistema, prevedendo l'applicazione di PDTA per le malattie a maggiore prevalenza, nei quali gli elementi centrali sono l'integrazione tra i professionisti ed il coinvolgimento dei pazienti (engagement). Nell'organizzazione distrettuale, i SAI, sono parte integrante dei team

*[Handwritten signatures and notes at the bottom of the page]*

multiprofessionali per la presa in carico della cronicità e del paziente fragile e per la gestione dei relativi percorsi di cura.

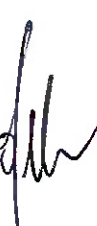

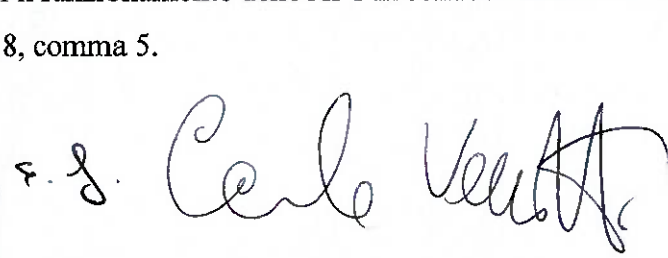
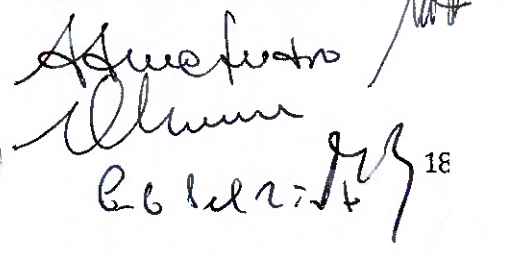
3. Il modello assistenziale di riferimento è il Chronic Care Model che ha come obiettivo il passaggio da una medicina puramente di attesa a una medicina prioritariamente d'iniziativa/proattiva, fondata sull'intercettazione della patologia prima che questa si manifesti in forma acuta, si aggravi e/o si cronicizzi e garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, che garantisce una relazione proattiva operatore-paziente per una sanità di iniziativa. Rappresenta pertanto il modello di riferimento, per la prevenzione e per la presa in carico della cronicità attraverso la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà, assicurate tramite la realizzazione e l'operatività delle forme organizzative previste dall'ACN, articolate a livello distrettuale a copertura del fabbisogno dell'intera popolazione.
4. Il Comitato Regionale e il Comitato Zonale garantiranno il loro supporto attraverso le nuove funzioni definite dall'ACN in vigore, tra cui il monitoraggio del funzionamento delle AFT e delle UCCP.

## 2. AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE (AFT)

In coerenza con la programmazione regionale, presso l'ASReM sono istituite le AFT degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e delle altre professionalità sanitarie ambulatoriali (biologi, chimici e psicologi) sulla base della programmazione regionale.

L'Azienda, per lo svolgimento delle attività specialistiche dell'AFT, assicura le dotazioni strutturali, gestionali e strumentali necessarie, in attuazione dell'art. 7, comma 3 dell'ACN vigente. Gli specialisti ambulatoriali, i professionisti ed i medici veterinari, nei limiti delle proprie rispettive competenze (art 6, comma 3, ACN vigente), operano obbligatoriamente all'interno delle previste forme organizzative (AFT e UCCP) e aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) della Regione ed al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione (art.6, comma 1 dell'ACN vigente).

Ai sensi dell'art. 3, comma 7, ACN 4 aprile 2024, sarà determinato preventivamente dalla Azienda il fabbisogno di ore di specialistica convenzionata interna nonché le risorse resesi disponibili per il funzionamento delle AFT in collaborazione con il comitato zonale ai sensi dell'articolo 18, comma 5.

    18

Al fine di preservare efficienza e produttività dell'attività della specialistica ambulatoriale e non spostare ore di incarico dei SAI (già assunti a tempo indeterminato) dai poliambulatori alle AFT, case della salute, case di comunità e UCCP, si ritiene obbligatorio programmare e quindi procedere alla pubblicazione di ore finalizzate esclusivamente per le suddette unità operative.

### **Definizione e Attività**

L'AFT è una forma organizzativa a carattere monoprofessionale e multidisciplinare.

Ai sensi dell'art. 7, comma 2 dell'ACN, la AFT contribuisce a garantire l'assistenza attraverso la collaborazione con le AFT della medicina generale e della pediatria di libera scelta e con le UCCP valorizzando altresì la partecipazione nelle Case di Comunità quali ulteriori punti erogativi delle prestazioni degli Specialisti Ambulatoriali Interni nell'ambito della programmazione aziendale e distrettuale.

L'AFT, attraverso una migliore possibilità di accesso a livello distrettuale, una semplificazione delle procedure di accettazione in maniera integrata, organizzata e coordinata, è in grado di garantire tutti i servizi specialistici territoriali di elezione, secondo percorsi clinici omogenei integrati con i corrispondenti servizi specialistici ospedalieri.

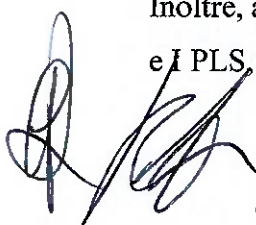
Rappresenta, quindi, il "gruppo clinico specialistico di riferimento" strutturato per dare "la risposta" nei diversi setting assistenziali territoriali ai casi clinici di competenza specialistica che non necessitano di ricovero ospedaliero.

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

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

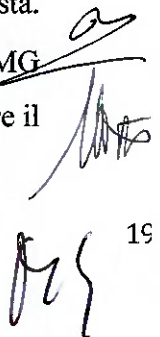
La AFT eroga visite (anche in telemedicina) e prestazioni specialistiche di diagnostica, di laboratorio, consulti o interventi specialistici interdisciplinari, anche di tipo psicologico, nell'ambito dei PSDTA, eroga inoltre le prestazioni specialistiche domiciliari e residenziali previste nei LEA, anche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

Inoltre, attraverso la AFT si attua la presa in carico, in stretta collaborazione con i MMG e i PLS, di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche con l'obiettivo di ridurre il



4.8. Carlo Venturi

Handwritten signature and text



ricorso ai "ricoveri impropri e l'inappropriato utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza". La reale "presa in carico" dei pazienti non potrà inoltre prescindere dal riconoscimento, all'interno del tempo di cura, del valore intrinseco delle attività out of office, nonché del tempo dedicato alla comunicazione, ossia di tutte quelle attività dedicate non direttamente alla stretta erogazione di "prestazioni" sanitarie, ma al consolidamento di dinamiche di coinvolgimento e partecipazione degli assistiti e delle comunità al processo di cura ed all'attuazione di logiche di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.


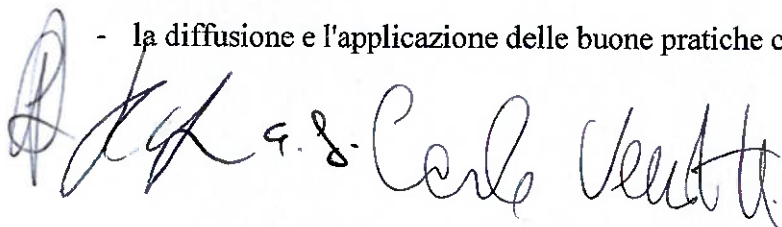
Nell'ambito dei percorsi di cura attivati per il controllo della cronicità ogni AFT avrà in gestione diretta il paziente, in forma integrata con il MMG/PLS, fino alla "dimissione virtuale" programmando visite specialistiche, prescrizioni di esami di laboratorio o strumentali, consulti e/o teleconsulti con i vari specialisti che ne fanno parte (percorso interno) ovvero in caso di necessità inviando il paziente a prestazioni di day hospital o direttamente al ricovero ospedaliero (percorso esterno).

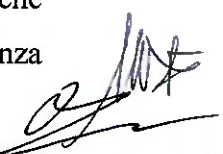
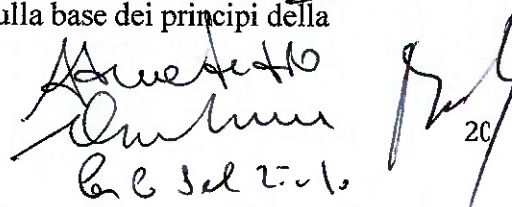
Nel caso di "percorso interno" con agende dedicate e gestite direttamente dallo specialista, una quota parte dell'orario settimanale, concordata tra referente di AFT e Direttore di Distretto e/o Struttura, verrà destinata alla attività effettuata dall'Aggregazione Funzionale Territoriale Specialistica nelle varie discipline ritenute necessarie. Tale modalità viene finalizzata a garantire, attraverso un percorso agevolato, l'iter diagnostico-terapeutico più efficace in relazione alla complessità del quadro clinico. Nel caso di "percorso esterno", tramite l'attivazione di definite e concordate vie preferenziali con il setting ospedaliero, sarà possibile programmare il ricovero o l'intervento specialistico di II livello, ovvero tutte le attività necessarie di diagnostica di alta tecnologia.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali Specialistiche, assieme alle altre Aggregazioni Funzionali della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, rappresentano il punto territoriale di riferimento certo per il cittadino attraverso il quale ottenere l'erogazione delle prestazioni a bassa e medio-bassa intensità assistenziale, così come l'ospedale assicura le attività a medio-alta ed alta intensità assistenziale e l'urgenza/emergenza.

Le AFT promuovono:

- l'equità nell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari nel rispetto dei LEA, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione interdisciplinare e con l'assistenza ospedaliera;
- la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della

  
  
20

”evidence based medicine” nell’ottica della "Clinical Governance”;

- la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche comportamentali nell'ambito degli stili di vita e della sicurezza alimentare;
- l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari anche attraverso procedure autogestite;
- modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza;
- consulti specialistici su epidemiologia e zoonosi;
- la realizzazione di progetti di medicina di iniziativa, in collaborazione con la rete MMG/PLS,
- l'attivazione di progetti anche in ambito di igiene urbana e sanità animale,
- la stretta collaborazione funzionale con le Branche specialistiche.

### **Il referente di AFT**

Ai sensi dell'art. 8 dell'ACN 2024, è istituita la funzione del referente della AFT.


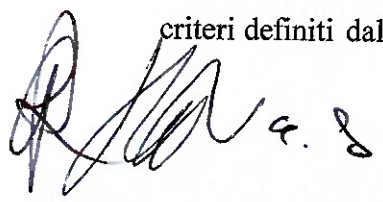
Il Direttore Generale della Azienda nomina il referente AFT e il suo sostituto tra gli specialisti, i medici veterinari e i professionisti ambulatoriali componenti la AFT.


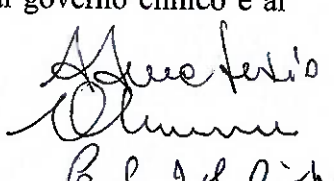
Il referente e il suo sostituto sono individuati all'interno di una rosa di nomi, composta, possibilmente, da almeno 3 candidati, proposta dagli stessi componenti la AFT. I nominativi proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per una durata non inferiore a tre anni, rinnovabile, e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere.

La valutazione deve tener conto dei criteri di valutazione di seguito indicati:

- a) formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche o private in tema di problematiche connesse al governo clinico e di integrazione professionale, inclusi corsi di alta formazione universitaria;
- b) incarico anche pregresso di Responsabile di Brancha o sostituto;
- c) incarico anche pregresso quale componente di UCAD;
- d) crediti ECM.

L’Azienda adotterà apposito regolamento per l’attribuzione del punteggio correlato ai criteri definiti dal presente articolo, con particolare riferimento al governo clinico e ai

  
 a. d. Carlo Veratti

  
 21

processi assistenziali, raccordandosi anche con i Referenti delle branche specialistiche.

Nello specifico il Referente di AFT:

- 1) assicura il coordinamento organizzativo e l'integrazione professionale dei componenti della AFT, nonché tra questi e i medici e altro personale dell'Azienda;
- 2) è 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, con le AFT della medicina generale, della pediatria di libera scelta e con le UCCP;
- 3) garantisce la coerenza tra i programmi della AFT e gli obiettivi del Distretto e/o della struttura organizzativa aziendale di riferimento;
- 4) partecipa di diritto all'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD).
- 5) propone, con i servizi aziendali deputati, la programmazione di eventi formativi validi ai fini ECM nell'ambito della formazione obbligatoria aziendale che rientrano nel finanziamento previsto nella misura dell'1% a disposizione di ASREM dell'ammontare annuo della spesa relativa alla specialistica ambulatoriale interna di cui agli articoli 43, 44 e 49 del vigente ACN.

L'incarico, definito mediante deliberazione aziendale, ha durata triennale.

Al referente di AFT per lo svolgimento della funzione è garantito un compenso mensile, ai sensi dell'art. 8, comma 8, dell'ACN 4 aprile 2024 definito in € 500 euro mensili finanziato con risorse attinte preventivamente dai fondi di cui all'articolo 43, lettera B, comma 7 e all'articolo 44, lettera B, comma 6, di cui:

- € 300 quale compenso per le funzioni assegnate;
- € 200 quale emolumento correlato al raggiungimento degli obiettivi assegnati, da riconoscere nella misura del 75% in acconto mensile e per la parte restante a saldo.


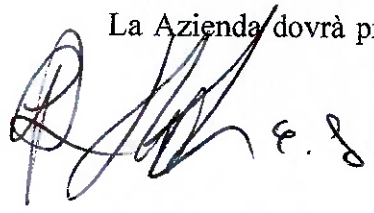

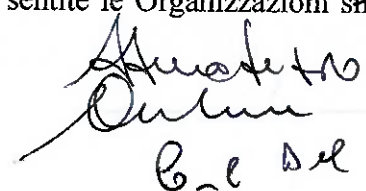


Ogni specialista/veterinario/professionista ambulatoriale può essere referente per distretto.

Il referente di AFT partecipa alle riunioni dell'UCAD.

L'importo di € 500,00, come sopra definito, potrà essere rideterminato allineandolo ai compensi previsti per gli MMG

#### **Regolamento di funzionamento AFT**

La Azienda dovrà predisporre apposito regolamento, sentite le Organizzazioni sindacali

  e. s.  Carlo Verità     
B. e. del 20.10

firmatarie dell'AIR, per disciplinare il funzionamento interno della AFT e i compiti del suo referente in attuazione degli artt. 7 e 8 dell'ACN in vigore, entro 90 giorni dalla approvazione del presente accordo.

Il regolamento aziendale definisce i seguenti aspetti:


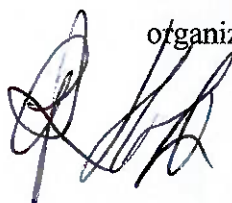
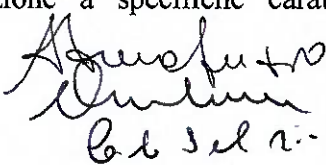
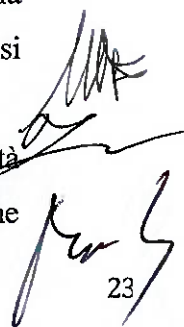
- caratteristiche generali delle AFT, con particolare riferimento ai punti erogativi delle prestazioni e ai livelli d'integrazione con gli altri soggetti e strutture presenti sul territorio;
- compiti e funzioni della AFT;
- obiettivi della AFT;
- modalità di individuazione dei Referenti di AFT;
- modalità di convocazione dei componenti della AFT e/o dei Referenti di Branchia da parte del Coordinatore e/o del referente di AFT;
- numero minimo di incontri annuali dei Referenti (non inferiore a 6);
- rendicontazione degli incontri e registrazioni delle presenze.

### 3 UNITA' COMPLESSA DI CURE PRIMARIE (UCCP)

La UCCP, ai sensi dell'art. 9 dell'ACN 4 aprile 2024, rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dall'Azienda Sanitaria, 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 multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi.

La UCCP garantisce il carattere multiprofessionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professionalità tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria e, ove previsto ai sensi dell'articolo 6, comma 3, dei veterinari.

La Regione definisce per le eventuali sedi dislocate nel territorio il livello di complessità organizzativo-strutturale, anche minimo, in relazione a specifiche caratteristiche

  
 F. S. Carlo Venturi  
  
  
23

geografiche.

Ai sensi dell'art 6, comma 3, la Regione Molise con il presente AIR, prevede la partecipazione obbligatoria dei veterinari convenzionati alle attività di prevenzione nelle AFT e nella UCCP.

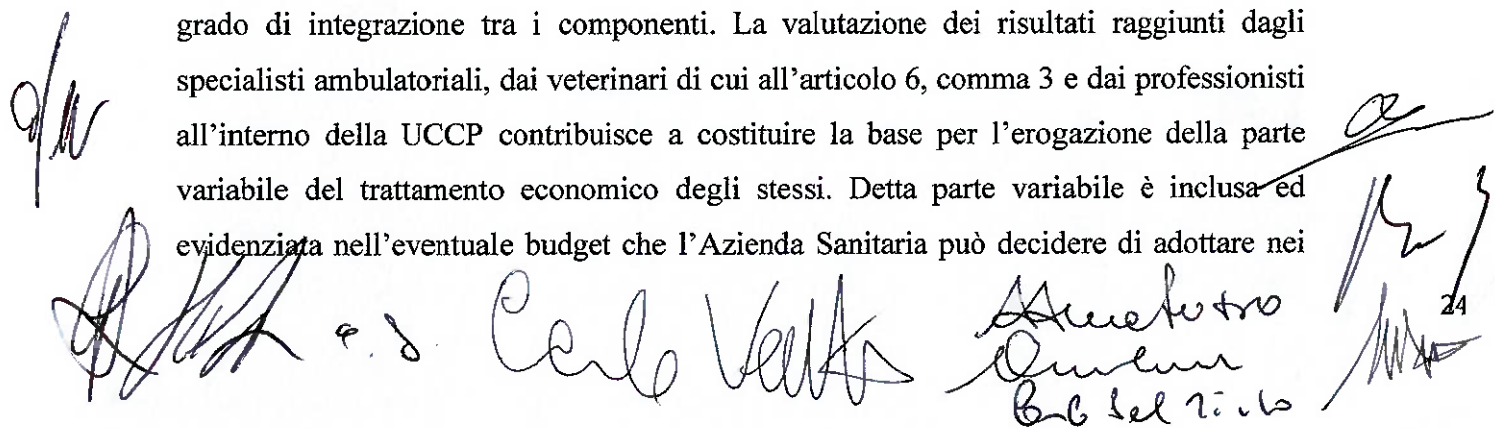
Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e i professionisti operanti all'interno della UCCP devono impegnarsi nello svolgimento dei seguenti compiti:

- a) assicurare l'accesso degli assistiti ai servizi della UCCP in integrazione con il team multiprofessionale, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
- b) garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire, in particolare, dai pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi, di tutte le età. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti va perseguita l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello;
- c) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i Distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
- d) garantire il raccordo con il sistema di emergenza urgenza e i servizi sociosanitari.

La UCCP realizza i compiti ai sensi dell'art. 9, comma 4 dell'ACN vigente attraverso:

- a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
- b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
- c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.


Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della UCCP sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dagli specialisti ambulatoriali, dai veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e dai professionisti all'interno della UCCP contribuisce a costituire la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi. Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda Sanitaria può decidere di adottare nei




confronti dell'intera UCCP, come previsto dall'articolo 8, comma 1, lettera b-ter del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 modificato dalla L. 8 novembre 2012, n. 189.

### Struttura di Coordinamento della UCCP

1. Ogni UCCP si dota di una struttura di coordinamento, i cui membri sono parte integrante dell'UCAD, costituita da un coordinatore e da un vicecoordinatore incaricati tra i medici in servizio presso il distretto della UCCP.
2. Almeno uno tra il coordinatore e il vicecoordinatore di UCCP dovrà essere necessariamente un medico specialista convenzionato tra gli Specialisti Ambulatoriali Interni e i Pediatri di Libera Scelta, mentre l'altro membro dovrà essere un Medico di Medicina Generale.
3. L'Azienda individua i membri della struttura di coordinamento della UCCP tra le figure professionali operanti nell'Azienda stessa attraverso un avviso pubblico.
4. La procedura di designazione del coordinatore dovrà seguire analoghi criteri e modalità già previsti nella designazione del referente di AFT.
5. L'incarico nella struttura di coordinamento della UCCP deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza; il candidato deve inoltre aver maturato una significativa esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione dei processi di cura e documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale, compresa la responsabilità di branca.
6. Allo Specialista Ambulatoriale Interno incaricato nella struttura di coordinamento della UCCP possono essere affidate, in particolare, le funzioni di:
  - a) organizzazione dei percorsi assistenziali, coordinamento organizzativo e dell'attività clinica;
  - b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
  - c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
  - d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.



Dr. Carlo Vercelli



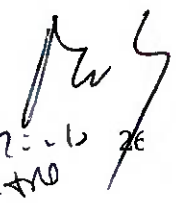
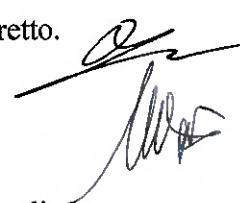
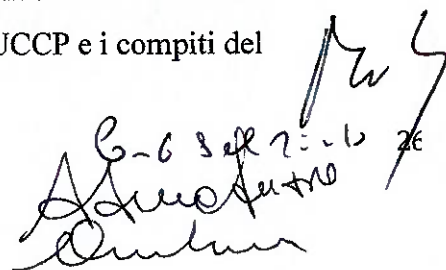
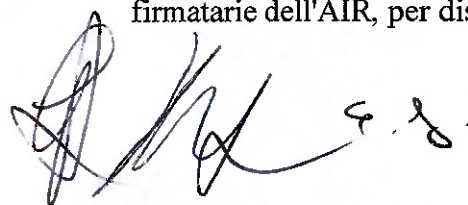
B-6 per il riepilogo  
Antonio  
25

7. Lo Specialista Ambulatoriale Interno incaricato nella struttura di coordinamento della UCCP predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla forma organizzativa multiprofessionale per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base degli indicatori di processo e di risultato definiti dall'Azienda sulla base delle priorità regionali.
8. Il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, valuta annualmente i risultati dello SAI incaricato nella struttura di coordinamento della UCCP e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.
9. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della forma organizzativa multiprofessionale sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dai medici di cui al presente Accordo operanti all'interno della forma organizzativa multiprofessionale costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi medici. Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell'intera forma organizzativa multiprofessionale, come previsto dall'articolo 8, comma 1, lettera b-ter del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 modificato dalla L. 8 novembre 2012, n. 189.
10. L'incarico, definito mediante deliberazione aziendale, ha durata triennale, salvo valutazione negativa dell'operato da parte del Direttore Generale, da comunicare all'interessato mediante PEC/lettera raccomandata, almeno sessanta (60) giorni prima della scadenza dell'incarico.
11. Allo SAI incaricato nella struttura di coordinamento della UCCP per lo svolgimento della funzione è attribuito un compenso mensile, per garantire l'omogeneità degli istituti negoziali relativi agli assetti organizzati dell'assistenza territoriale, parametrato a quanto deriverà e dagli accordi integrativi per la medicina generale e pediatria di libera scelta.

Ogni specialista/veterinario/professionista ambulatoriale può essere referente per distretto.

### **Regolamento di funzionamento della UCCP**

La Azienda dovrà predisporre apposito regolamento, sentite le Organizzazioni sindacali firmatarie dell'AIR, per disciplinare il funzionamento interno della UCCP e i compiti del



suo referente, in attuazione degli artt. 7 e 8 dell'ACN in vigore, entro 90 giorni dalla approvazione del presente accordo.

Il regolamento aziendale definisce i seguenti aspetti:

- caratteristiche generali della UCCP;
- compiti e funzioni della UCCP;
- obiettivi della UCCP;
- modalità di individuazione dei Referenti della UCCP e del Coordinatore aziendale delle UCCP;
- modalità di convocazione dei componenti della UCCP e/o dei Referenti di AFT e dei Referenti di Branca da parte del Coordinatore e/o del referente di UCCP;
- numero minimo di incontri annuali dei Referenti di UCCP (non inferiore a 6);
- rendicontazione degli incontri e registrazioni delle presenze.





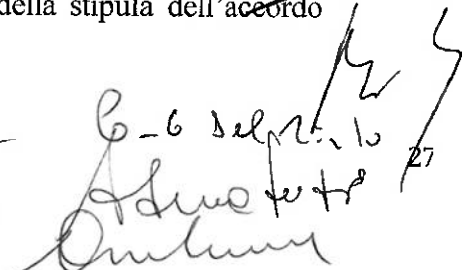
Entro 6 mesi dalla piena attivazione delle AFT dei MMG, dei PLS e degli SAI, sarà istituito presso la Regione un tavolo unico di trattativa allo scopo di armonizzare i relativi AIR rispetto le prestazioni degli SAI, dei PLS e dei MMG a ciclo di scelta nell'ambito delle attività di UCCP e definire un unico modello organizzativo aziendale e un regolamento.

#### 4. BRANCHE SPECIALISTICHE

È requisito essenziale per la costituzione delle Branche per medici specialisti, veterinari e professionisti la presenza di un numero di convenzionati nella Branca non inferiore a 2. Qualora il requisito sopra esposto venisse a mancare, si aggregheranno le branche specialistiche affini per disciplina o aree specifiche funzionali, fino ad un numero massimo di 9 componenti.

La formalizzazione della costituzione delle equipe e la nomina del relativo responsabile di Branca deve essere effettuata dall'azienda sanitaria entro 60 giorni dalla firma dell'accordo integrativo regionale.

Gli incarichi di responsabile di branca formalizzati alla data della stipula dell'accordo restano validi per la durata prevista pari a n. 3 anni.

   e. d. Carlo Venti  6-6 settembre 2016  27

L'identificazione della branca specialistica determina la costituzione delle "equipe degli specialisti convenzionati interni".

Gli Specialisti componenti l'equipe sopracitata, si riuniscono con frequenza almeno semestrale, anche durante l'orario di servizio, al fine di definire protocolli operativi comuni, proporre linee, su convocazione dei responsabili di Branca guida aziendali, percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, audit, percorsi formativi ECM, segnalare eventuali criticità e formulare proposte finalizzate all'organizzazione ed erogazione dei servizi.

Al fine di favorire l'integrazione del sistema di coordinamento delle Branche Specialistiche con le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), il responsabile di Branca può richiedere la partecipazione alle riunioni del referente di AFT. Qualora le attività progettuali coinvolgano più branche, sono previste riunioni congiunte.

Il responsabile di Branca può convocare riunioni aggiuntive in relazione a particolari argomenti o progetti-obiettivo.


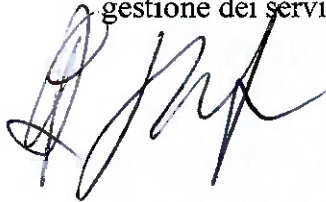
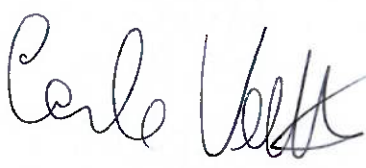
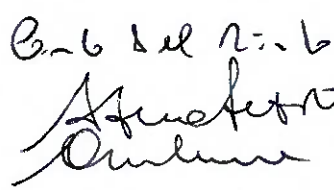
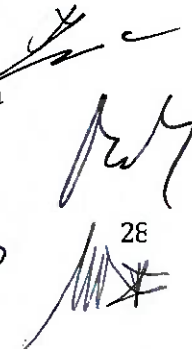
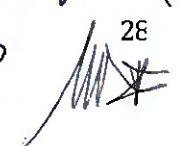
Si rimanda all'Accordo attuativo aziendale la regolamentazione dell'attività.

### **Responsabile di Branca: funzioni, compiti**

In ogni Azienda della Regione, per ciascuna branca specialistica alla quale sia addetta una pluralità di specialisti ai sensi dell'art.29, comma 7 dell'ACN 2024, è individuato, tra gli specialisti titolari di incarico in ciascuna branca, in servizio presso l'Azienda e previo assenso dell'interessato, un responsabile di Branca. Qualora l'Azienda, d'intesa con le OO.SS. maggiormente rappresentative, ne ravveda la necessità (es. estensione territoriale), possono essere individuati, per territorio omogenei, più coordinatori di branca. Il responsabile di branca specialistica ha il compito di coordinare gli specialisti ambulatoriali appartenenti alla medesima branca per assicurare le specifiche attività nell'ambito dei programmi aziendali, raccordandosi con il referente di AFT. Il responsabile di Branca svolge le funzioni di referente tecnico per le specialità di competenza.

Lo specialista in patologia clinica che, ai sensi della normativa vigente, svolge la funzione di Direttore tecnico responsabile, assume contestualmente l'incarico di responsabile di branca.

Il responsabile di branca può avanzare proposte ai dirigenti sanitari responsabili della gestione dei servizi per:

  F. S.  Carlo Vella  Carlo del n. 6   2E

- l'organizzazione di un sistema corretto di informazione su disponibilità e modalità di accesso alle attività specialistiche ambulatoriali e delle singole professioni a favore dei cittadini, compresi modelli di comunicazione efficaci;
- l'elaborazione di programmi per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, mediante il pieno utilizzo delle risorse assistenziali disponibili e il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni secondo quanto previsto dalle linee guida, formulate dai competenti soggetti in base al Piano sanitario nazionale e alla programmazione regionale;
- l'innovazione tecnologica delle dotazioni strumentali necessarie allo svolgimento delle attività ambulatoriali e domiciliari inerenti la branca o la categoria;
- la stesura di programmi aziendali concernenti la formazione continua degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti, in modo da assicurare la corrispondenza dell'aggiornamento professionale e della formazione permanente alle necessità evidenziate a livello territoriale attraverso l'analisi della domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali e professionali avanzata dalla utenza. Nell'ambito di specifiche progettualità aziendali, al responsabile di branca possono essere attribuiti compiti relativi all'organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale. In particolare, al responsabile di branca è affidato, fra l'altro, il compito di uniformare su tutto l'ambito aziendale le modalità organizzative di accesso alle prestazioni prioritariamente nell'ambito della presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche o con multicronicità. In tal senso la sua attività si integra con quella dei referenti di AFT della Specialistica e della Medicina generale e concorre pertanto alla definizione degli atti di programmazione organizzativa del Distretto.

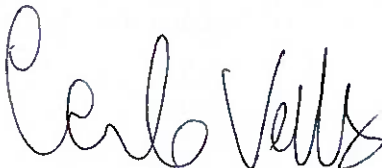
I responsabili di branca vengono individuati dai SAI della medesima branca specialistica e l'incarico ha durata di 36 mesi dalla data della nomina.


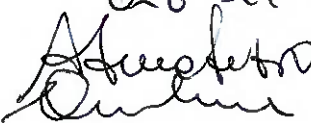
L'incarico di responsabile di branca, di norma, non è compatibile, nella medesima Azienda, con lo svolgimento contemporaneo dell'incarico di referente di AFT.

Lo specialista può presentare le dimissioni dall'incarico di responsabile di branca, con un preavviso di almeno sessanta (60) giorni, da comunicare mediante PEC/lettera raccomandata diretta al Direttore Generale della ASL.

Il responsabile di Branca svolge le funzioni di referente tecnico per le specialità di competenza.

  
 F. L.

 Carlo Vella

  
 E.C. del 21/10  
  
 25

Si rimanda all'Accordo Attutivo Aziendale la disciplina relativa alla cessazione, alla revoca e alla decadenza del mandato.



Il responsabile di Branca è parte attiva nella programmazione, organizzazione, gestione e monitoraggio dell'assistenza specialistica convenzionata interna.

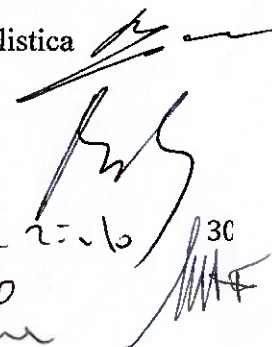
Il responsabile di Branca deve essere sentito dal competente Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD), per le problematiche nel territorio di riferimento concernenti le relative specialità, compresi gli aspetti erogativi delle prestazioni.

I responsabili di branca curano un costante rapporto con i referenti di AFT, anche al fine di assicurare all'Ufficio di Coordinamento Aziendale Distrettuale una completa e tempestiva informazione sull'andamento dell'erogazione dell'attività specialistiche assicurate a livello territoriale e sulle eventuali criticità.

Inoltre, il responsabile di Branca:

1. garantisce il competente supporto per l'innovazione tecnologica delle dotazioni strumentali necessarie allo svolgimento delle attività specialistiche ambulatoriali;
2. propone forme gestionali ed organizzative, anche a carattere sperimentale, per garantire un'adeguata offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali, in rapporto alla domanda espressa dai cittadini;
3. definisce con i componenti della branca, anche al fine della programmazione delle agende di prenotazione, la determinazione dei tempi medi di esecuzione e le modalità di erogazione delle prestazioni al fine di uniformarle e armonizzarle nei setting assistenziali di competenza;
4. propone progetti-obiettivo anche finalizzati all'abbattimento dei tempi d'attesa, all'appropriatezza delle prescrizioni e alla riduzione dell'accesso improprio al pronto soccorso;
5. concorre all'elaborazione dei PSDTA per la gestione dei pazienti cronici;
6. raccoglie, anche in sede di riunione di branca, i bisogni formativi espressi dai componenti dell'equipe;
7. propone alla competente struttura aziendale eventi formativi validi ai fini ECM nell'ambito della formazione obbligatoria utilizzando lo specifico finanziamento previsto nella misura minima dell'1% dell'ammontare annuo della spesa relativa alla specialistica ambulatoriale interna di cui agli articoli 43, 44 e 49 del vigente ACN;

  
 e. s. Carlo Venti

  
B-6 del 25-10  
Assunto 40  
Cantina

8. i responsabili di branca, al fine di garantire efficienza e produttività, di contenere la spesa sanitaria, nonché di limitare la mobilità passiva ed incrementare la mobilità attiva, propongono i seguenti obiettivi:

- a) accuratezza diagnostica mediante l'acquisto di strumentazione di ultima generazione;
- b) organizzazione di attività di prevenzione primaria e screening ai fini della diagnosi precoce nelle varie branche specialistiche;
- c) presenza di personale amministrativo negli ambulatori al fine di implementare la performance medica specialistica e ottimizzare la digitalizzazione e l'informatizzazione degli ambulatori e garantire efficienza e produttività.

Ai sensi dell'art. 29 comma 8 ACN vigente, lo specialista in patologia clinica che svolge la funzione di Direttore tecnico responsabile, assume contestualmente l'incarico di responsabile di branca.

Al responsabile di branca per lo svolgimento della funzione è garantito un compenso mensile definito in € 250 euro mensili.

## **PARTECIPAZIONE A COMITATI E COMMISSIONI**

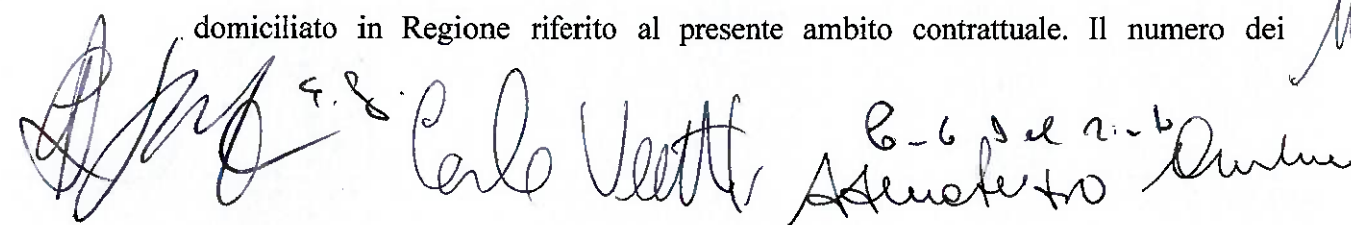
Ai sensi dell'art. 16, comma 1 dell'ACN 2024, agli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti convenzionati sono corrisposti tutti gli emolumenti e i contributi relativi all'orario di servizio per la partecipazione alle riunioni dei comitati e delle commissioni previsti dall'accordo nazionale.

Si rimandano all'Accordo Attuativo Aziendale le modalità di erogazione della parte economica.

## **COMITATO REGIONALE**

1. Nella Regione Molise è istituito un Comitato paritetico composto da:

- a) quattro rappresentanti dell'Azienda individuati dalla Regione;
- b) cinque rappresentanti degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti di cui al presente Accordo, operanti nella Regione, individuati dalle organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo e dotate di un terminale associativo domiciliato in Regione riferito al presente ambito contrattuale. Il numero dei



componenti è attribuito in rapporto direttamente proporzionale alle deleghe per la ritenuta sindacale rilasciate in favore di ciascuna organizzazione sindacale. I quozienti frazionali derivanti dal calcolo del rapporto proporzionale sono arrotondati all'unità più vicina. Esperite le procedure sopra indicate, l'eventuale componente ancora da assegnare è attribuito all'organizzazione sindacale con il maggior numero di deleghe. Ciascuna organizzazione sindacale non può designare più di quattro componenti, tuttavia, in caso di assenza di altre organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo e dotate di un terminale associativo domiciliato in Regione riferito al presente ambito contrattuale, la totalità dei componenti è assegnata all'organizzazione sindacale presente;

c) membri supplenti (individuati con le stesse modalità dei titolari), i quali subentrano in caso di assenza di uno o più titolari.

2. Il Commissario ad Acta o il Sub Commissario integra la parte pubblica di cui al comma 1, lettera a) e presiede il Comitato.

3. La composizione, l'attività e le funzioni del Comitato sono definite a livello regionale. Non competono al Comitato la trattativa e la definizione degli Accordi Integrativi Regionali.

4. L'attività del Comitato è principalmente diretta a:

a) formulare pareri e proposte sulla programmazione sanitaria regionale, sulla base del monitoraggio del monte ore e del suo pieno utilizzo di cui all'articolo 3, comma 7 ACN attualmente vigente;

b) fornire indirizzi alla Azienda ed al Comitato zonale per l'uniforme applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale;



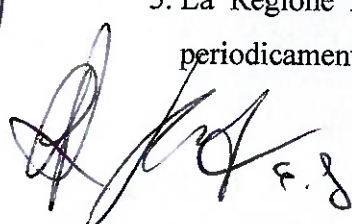
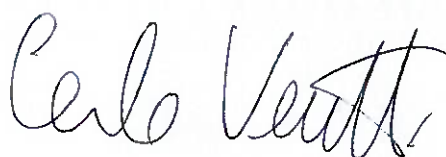


c) attuare il monitoraggio degli Accordi Attuativi Aziendali;

d) formulare indirizzi sui temi della formazione di interesse regionale;

e) avanzare proposte in materia di organizzazione del lavoro, semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche, obiettivi e progetti di prioritario interesse;

f) fornire corrette ed uniformi interpretazioni del vigente ACN e AIR su quesiti specifici formulati dalle Aziende o dai sindacati firmatari del presente accordo.

5. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare periodicamente lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato regionale. Il Comitato

      32

regionale rimane confermato sino all'insediamento del nuovo Comitato a seguito del rinnovo dell'ACN.

6. A richiesta dei sindacati firmatari degli accordi regionali è garantita una costante informazione e consultazione sugli atti di interesse e rilevanza specifica per l'attività specialistica ambulatoriale.

Qualora all' o.d.g. siano presenti argomenti che riguardano più categorie (medici specialisti, professionisti) le OO.SS e la parte pubblica, identificano tra i membri titolari e supplenti del Comitato quale fra i due assume il ruolo di titolare per lo specifico argomento. L' Azienda Sanitaria, anche al fine di monitorare quanto previsto dall' art. 3 comma 7 ACN vigente, entro il primo quadrimestre di ogni anno, invia al Comitato Regionale la programmazione relativa alle attività di assistenza specialistica convenzionata interna, nonché l'impegno di spesa relativa.

L'Azienda invia l'elenco degli incarichi, il monte ore totale, il monte ore per branche specialistiche ed i relativi costi in essere al 31.12 dell'anno precedente, utilizzando la modulistica predisposta dal Comitato.

Il Comitato Regionale è l'organismo di riferimento per il governo della formazione dei SAI secondo le modalità previste dall'articolo Formazione continua del presente AIR.

Il Comitato Regionale calendarizza ad inizio anno le riunioni che si svolgeranno con cadenza minima bimestrale. Su specifica e formale richiesta di una delle parti potranno essere convocate riunioni aggiuntive.

Il Comitato Regionale può attivare gruppi di lavoro per l'approfondimento su specifiche tematiche della specialistica convenzionata interna anche con l'eventuale ausilio di esperti esterni.

## COMITATO ZONALE

1. È costituito un Comitato zonale paritetico composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale e dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato localmente.

2. I rappresentanti sindacali sono individuati dai sindacati di cui al comma precedente

F.S.

Carlo Venturi  
G. L. del 21.11.33  
Amedeo Durban

Atto: DEC.COMSAN 2026/55 del 25-03-2026  
Servizio proponente: DS.01 SUPPORTO DG  
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

in numero pari a cinque. Il numero dei componenti è attribuito in rapporto direttamente proporzionale alle deleghe per la ritenuta sindacale rilasciate in favore di ciascuna organizzazione sindacale. I quozienti frazionali derivanti dal calcolo del rapporto proporzionale sono arrotondati all'unità più vicina. Esperite le procedure sopra indicate, l'eventuale componente ancora da assegnare è attribuito alla organizzazione sindacale con il maggior numero di deleghe. Ciascuna organizzazione sindacale non può designare più di quattro componenti; tuttavia, in caso di assenza di altre organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale e dotate di un terminale associativo domiciliato localmente riferito al presente ambito contrattuale, la totalità dei componenti è assegnata all'organizzazione sindacale presente.

I rappresentanti aziendali sono individuati in ugual numero.

Oltre ai titolari, sono individuati altrettanti membri supplenti, i quali subentrano in caso di assenza di uno o più titolari.

3. Il Direttore Generale dell'Azienda sede del Comitato o suo delegato è rappresentante di diritto della parte pubblica di cui al comma 2 e presiede il Comitato stesso.

4. L'attività e le modalità generali di funzionamento del Comitato sono definite a livello regionale. Non competono al Comitato la trattativa e la definizione degli Accordi Attuativi Aziendali (AAA).

5. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:

a) formulare pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale nonché in merito agli adempimenti amministrativi connessi alla instaurazione e gestione unitaria del rapporto di lavoro;

b) monitorare l'applicazione dell'Accordo Attuativo Aziendale;

c) monitorare il funzionamento delle AFT e delle UCCP per le attività di competenza;

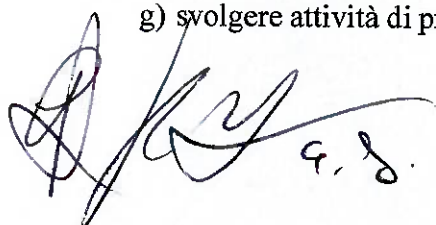
d) collaborare alla valutazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche;

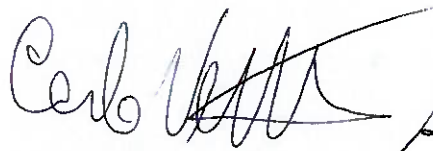
e) proporre soluzioni e percorsi di semplificazione dell'accesso alla specialistica, per la corretta gestione delle liste d'attesa ed il contenimento dei tempi di effettuazione delle prestazioni;

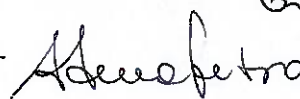
f) proporre programmi di deospedalizzazione, dimissioni protette, percorsi integrati con l'assistenza primaria ed ospedaliera;

g) svolgere attività di promozione e sviluppo dell'assistenza specialistica ambulatoriale;

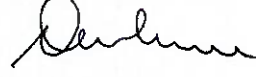
dt

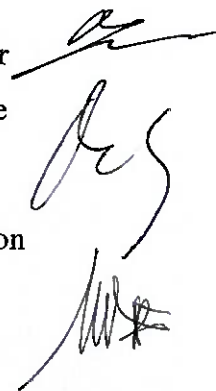
 9.8.

 Carlo

 Giuseppe

CC del n. 1634

 Danilo



- h) definire le procedure ed individuare i componenti della commissione tecnica aziendale di cui all'articolo 21, comma 4;
- i) esprimere pareri in merito alle procedure di cui all'articolo 30, comma 2 e all'articolo 31, comma 3.
6. Il Comitato svolge funzioni consultive a richiesta del Direttore Generale dell'Azienda sede del Comitato o di una delle Aziende ad esso afferenti.
7. Il Comitato ha sede presso l'Azienda individuata dalla programmazione regionale, la quale fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per lo svolgimento dell'attività del Comitato.
8. Gli atti e tutta la documentazione già depositati presso i Comitati zionali sono in carico all'Azienda di riferimento territoriale, per garantire la continuità e la conservazione delle informazioni e dei dati, ivi compresi quelli relativi agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari e ai professionisti.
9. Su richiesta di una delle parti sono effettuati incontri a livello di Azienda, con la eventuale partecipazione anche di altre categorie dei medici impegnati nell'area delle attività ambulatoriali extra-degenza, per lo scambio di informazioni sul funzionamento dell'attività ambulatoriale e per la formulazione di proposte idonee a rimuovere eventuali disfunzioni concordemente rilevate.
10. A richiesta dei sindacati firmatari degli accordi aziendali è garantita una costante informazione e consultazione sugli atti di interesse e rilevanza specifica per l'attività specialistica ambulatoriale.
11. Il Comitato si riunisce periodicamente almeno una volta al mese e in tutti i casi di richiesta di una delle parti e rimane confermato sino all'insediamento del nuovo Comitato a seguito del rinnovo dell'ACN.

### **COMPITI E FUNZIONI DEI MEDICI SPECIALISTI, MEDICI VETERINARI E DI ALTRI PROFESSIONISTI AMBULATORIALI**

Il medico veterinario o altro professionista convenzionato, ai sensi del presente Accordo ed inserito nel Sistema Sanitario della Regione Molise, concorre, congiuntamente ai dipendenti e agli altri operatori sanitari, allo svolgimento delle attività istituzionali ed al

raggiungimento degli obiettivi di salute specificatamente individuate dal Piano Sanitario Regionale.

Ai SAI vengono richiesti pertanto gli stessi requisiti dei dipendenti in modo che le Autorità Competenti regionali e territoriali (ASR) possano avvalersi di personale omogeneo dal punto di vista della formazione, delle qualifiche giuridiche e del potere di esprimere la volontà della Pubblica Amministrazione, nel solco della normativa nazionale e comunitaria vigente, in particolare dai Regolamenti UE 429/2016 e 625/2017 e s.m.i. in materia di Controlli Ufficiali ed altre Attività Ufficiali nel campo della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Avendo le medesime funzioni e operando per gli stessi obiettivi del personale dipendente, essi devono pertanto essere incardinati nei funzionigramma delle predette Autorità Competenti, con particolare riferimento ai Servizi Veterinari della Sanità Animale (Area A), dell'Ispezione degli alimenti di origine animale (Area B) e dell'Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (Area C), Servizio Igiene degli alimenti e Nutrizione.

Per l'esercizio della propria attività ispettiva e di controllo ufficiale sulla base di un mandato della Pubblica Amministrazione al fine di dare attuazione a normative che prevedono obblighi e restrizioni per il cittadino/imprenditore, lo specialista ambulatoriale veterinario, biologo o chimico, ricopre la funzione di Pubblico Ufficiale con i poteri ed i doveri previsti dal Codice penale.

In qualità di Pubblico Ufficiale, sulla base di quanto disposto dall'art. 13, commi 1, 2 e 3, della L. 689/81, in presenza di fattispecie di reato, è chiamato, nell'ambito delle attribuzioni e competenze assegnate dall'Amministrazione di appartenenza, a svolgere funzioni di Ufficiale di Polizia Giudiziaria. A tal proposito il medico veterinario, biologo, chimico convenzionato, all'atto della firma del contratto, dovrà essere dotato di cartellino identificativo attestante la qualifica Pubblico Ufficiale e di Ufficiale di Polizia Giudiziale, nell'ambito delle competenze attribuite dall'Amministrazione di appartenenza, rilasciato dal Direttore Generale dell'ASL o dal Direttore di Struttura Complessa come avviene per il personale dipendente.

Per quanto concerne le prestazioni specialistiche ambulatoriali effettuate per la Medicina del lavoro, l'accesso ai singoli Ambulatori specialistici avverrà con le stesse modalità di prenotazione CUP, previste per le altre operazioni.

Atto: DEC.COMSAN 2026/55 del 25-03-2026  
Servizio proponente: DS.01 SUPPORTO DG  
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

The bottom of the page features several handwritten signatures and stamps. On the left, there is a signature that appears to be 'G. P.'. In the center, there is a large signature that reads 'Carlo Velli'. To the right of this, there is another signature that reads 'Alessandro' followed by 'el' and 'P. 6 del 7-10'. On the far right, there is a signature that reads 'R. S.'. Below the 'Alessandro' signature, there is a stamp that reads 'P. 6 del 7-10'.

## ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

1. Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari di cui all'articolo 6, comma 3 e gli altri professionisti operano con le altre figure professionali nell'ambito delle forme organizzative previste dalla Regione, nel rispetto delle specifiche competenze ed attività e secondo le esigenze funzionali valutate dall'Azienda. Per determinati servizi, l'attività può essere svolta anche in ore notturne e/o festive.

2. Ai fini organizzativi l'accesso ai servizi specialistici e delle altre aree professionali avviene con il sistema di prenotazione o con modalità definite in sede regionale o aziendale.

La prenotazione relativa alle visite successive alla prima è effettuata secondo modalità di programmazione e protocolli concordati in sede aziendale, al fine di consentire la continuità terapeutica e la presa in carico di soggetti cronici e/o con pluripatologie, anche mediante l'utilizzo di agenda interna.

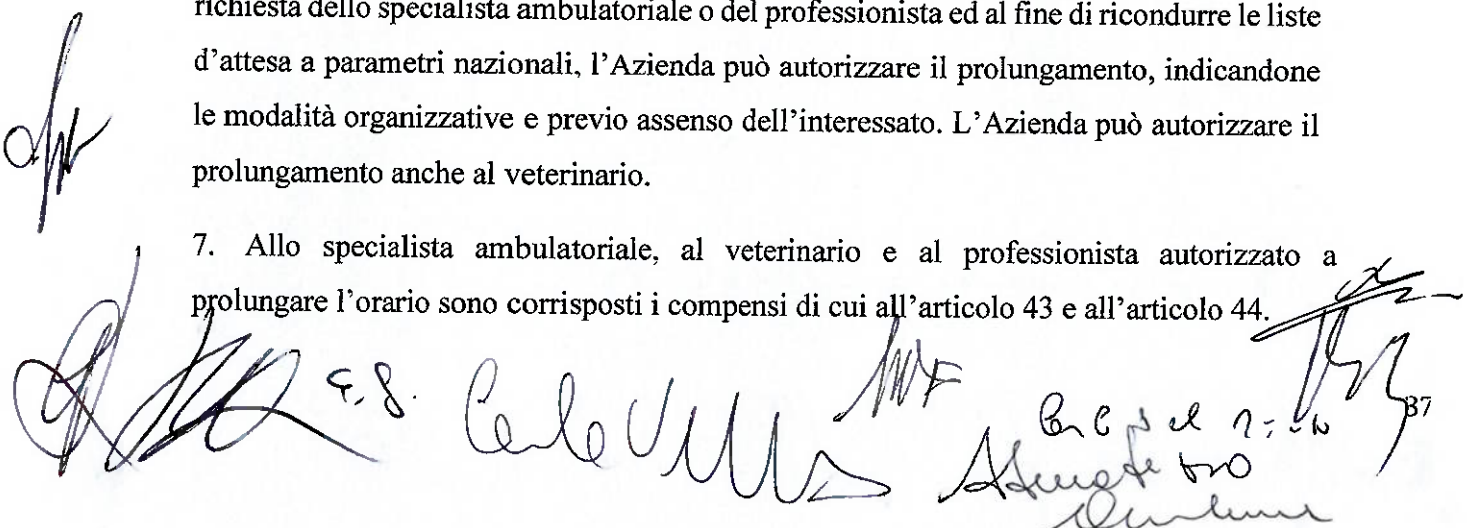
3. Il numero di prestazioni erogabili per ciascuna ora di attività è determinato sulla base della tipologia e della complessità della prestazione e, fermo restando che il loro numero è demandato alla valutazione dello specialista ambulatoriale e del professionista, esso non può di norma essere superiore a quattro.

4. Il tempo delle prestazioni specialistiche è attualmente gravato dalle incombenze burocratico-amministrative che gli SAI devono svolgere. Pertanto, la Categoria si riserva la facoltà di rivalutare i "tempari" al fine di ridurre il rischio clinico e migliorare la qualità della prestazione medica, in linea con quanto previsto dall'art. 29 ACN vigente.

5. La media delle prestazioni erogate dallo specialista ambulatoriale e dal professionista è soggetta a periodiche verifiche da parte dell'Azienda sulla scorta dei dati relativi alla casistica clinica (e non numerica) ed in relazione alla dotazione strumentale, strutturale, organizzativa e di personale tecnico ed infermieristico esistente nel presidio.

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

7. Allo specialista ambulatoriale, al veterinario e al professionista autorizzato a prolungare l'orario sono corrisposti i compensi di cui all'articolo 43 e all'articolo 44.



Atto: DEC.COMSAN 2026/55 del 25-03-2026  
Servizio proponente: DS.01 SUPPORTO DG  
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

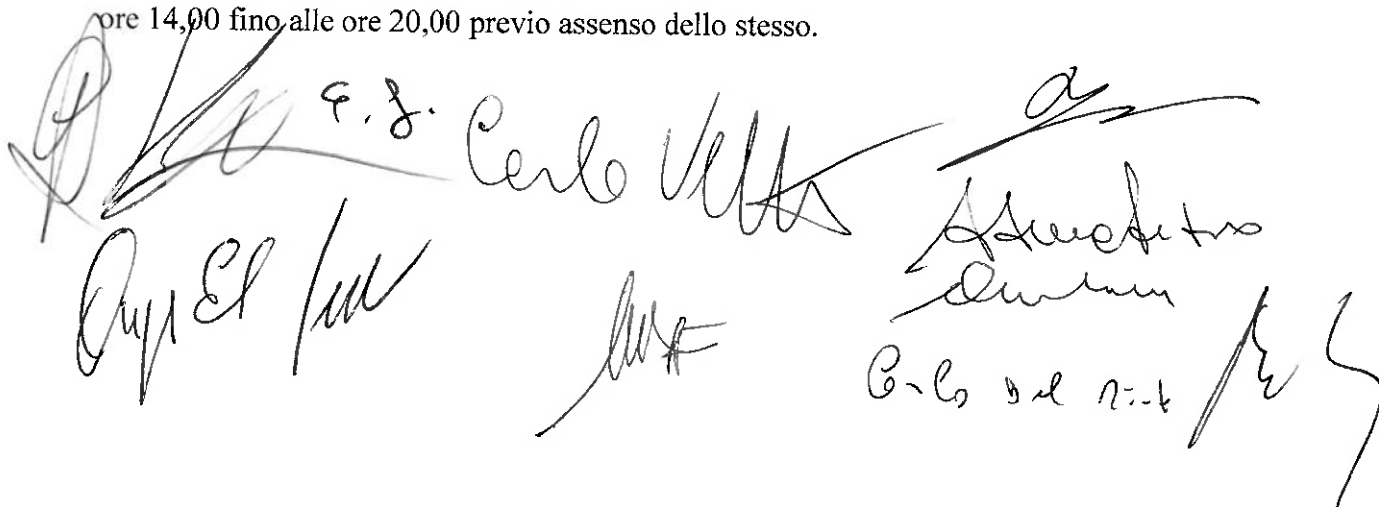
8. Ai sensi dell'art. 29, comma 2, ACN vigente, al fine di consentire la continuità diagnostico- terapeutica e la presa in carico dei soggetti cronici e/o con pluripatologie l'erogazione delle visite successive alla prima, anche mediante l'utilizzo di agende riservate, avviene secondo modalità di programmazione e protocolli concordati con i responsabili di Branca. Al fine del rispetto dei LEA deve essere riservato un tempo appropriato per l'erogazione delle prestazioni richieste con la tempistica U, B e D. Parimenti devono essere rispettate le norme sugli accessi diretti.

9. Fermo restando quanto definito dall'art 29, comma 3, ACN vigente, il responsabile di Branca definisce con i componenti della branca, la determinazione dei tempi medi di esecuzione e le modalità di erogazione delle prestazioni al fine di uniformarle e armonizzarle nei setting assistenziali di competenza, anche al fine della programmazione delle agende di prenotazione.

10. Nel caso di non agibilità temporanea della struttura, l'Azienda assicura l'impiego temporaneo dello specialista, veterinario o professionista, in altra struttura idonea nel Distretto senza danno economico per l'interessato mantenendo la stessa articolazione oraria ed accessi, salvo diversi accordi tra OO.SS. firmatarie del presente accordo ed Azienda.

11. Le Aziende garantiscono i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi, di microclima e di sicurezza necessari allo svolgimento dell'attività, anche nel rispetto della legge 81/2008.

12. Compatibilmente con l'organizzazione delle attività distrettuali e per favorire l'accesso dei pazienti, l'attività dei SAI può essere svolta anche con turnazione pomeridiana dalle ore 14,00 fino alle ore 20,00 previo assenso dello stesso.

  
F. J. Carlo Vella  
Assistente  
Carlo del Nit

## **PUBBLICAZIONE DEGLI INCARICHI. FLESSIBILITÀ OPERATIVA, RIORGANIZZAZIONE DEGLI ORARI E MOBILITÀ.**

Al fine di adeguare maggiormente l'offerta di prestazioni o attività specialistiche e professionali alla domanda dell'utenza, in attuazione e coerentemente agli indirizzi regionali per la programmazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche, l'Azienda può adottare provvedimenti tendenti a realizzare flessibilità operativa, anche temporanea, dell'orario e/o della sede di servizio in ambito aziendale. La pubblicazione degli incarichi è regolata dall'art. 21 dell'ACN 2024 e deve essere preceduta dalle procedure previste all'art.20 dell'ACN 2024.

Allo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista che rinunci al completamento orario di cui all'ART. 20 comma 2, offerto nell'ambito distrettuale in cui opera, è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni di pubblicazione fino all'accettazione di ampliamento orario, fatte salve le ulteriori previsioni dell'art.20.

I criteri per gli aventi diritto sono stabiliti dall'art. 21 dell'ACN vigente.

### **ATTIVITA' ESTERNA E PRONTA DISPONIBILITÀ**

1. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista, per fini istituzionali o esigenze erogative della Azienda, svolge attività professionale anche al di fuori della sede di lavoro indicata nella lettera di incarico (attività esterna).
2. In caso di incarico conferito per lo svolgimento esclusivo di attività esterna, come sede di lavoro si intende quella dove avviene la rilevazione della presenza all'inizio dell'orario di servizio.
3. Le prestazioni sono svolte dallo specialista ambulatoriale e dal professionista:
  - a) nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI);
  - b) presso il domicilio del paziente;
  - c) presso strutture pubbliche e del SSN (residenze sanitarie assistenziali, servizi socioassistenziali di tipo specialistico, ospedali, consultori famigliari e pediatrici, farmacie ecc.), scuole, fabbriche, strutture protette, comunità terapeutiche, istituti penitenziari ecc.;
  - d) presso lo studio del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta;

Handwritten signatures and notes at the bottom of the page, including a date stamp: 6-6 del 2026 39.

e) nell'ambito delle prestazioni aggiuntive di cui all'allegato 3.

Le prestazioni del veterinario sono svolte presso strutture pubbliche e private sottoposte ai controlli ufficiali.

4. Detta attività deve essere preventivamente programmata e concordata con lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista interessato.

## SOSPENSIONE DELL'INCARICO CONVENZIONALE

Al Medico specialista ambulatoriale, al Veterinario specialista e al Professionista specialista deve essere consentito partecipare, così come previsto dall'art. 37, comma 1, lett. d), agli avvisi e concorsi per incarichi di struttura semplice e complessa, compresa la Direzione di Distretto, ai sensi del D.M. Sanità 23 marzo 2020, n. 184.

In tal caso, ai sensi della L.448/98 art. 72 comma 13, al SAI è data facoltà di optare per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso le Casse Previdenziali Professionali privatizzate ex D. Lgs. n. 509/1994.

Al termine del periodo di sospensione lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista riprende l'incarico interrotto all'atto della sospensione.

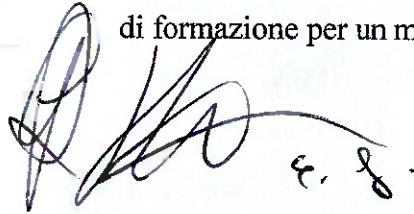
I periodi relativi alla sospensione dall'incarico convenzionale di cui alla lettera a, b e c dell'art. 27 non possono essere considerati, a nessun titolo, come attività di servizio e non possono comportare alcun onere, anche previdenziale, a carico del presente accordo.

## FORMAZIONE CONTINUA

La Regione Molise individua nella formazione continua e nell'aggiornamento professionale un elemento indispensabile per svolgere attività specialistica qualificata e ne promuove e favorisce l'attivazione secondo quanto previsto nell'art.40 del vigente ACN.

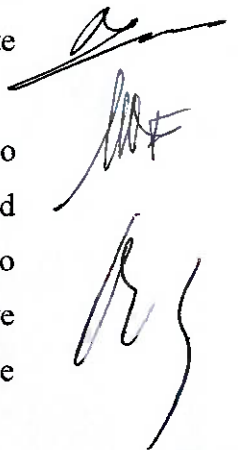
1) Ad integrazione dello stesso, secondo quanto dettato all'ultimo paragrafo del punto 8, si stabilisce che i percorsi formativi facoltativi, anche autogestiti dai SAI e in FAD ed inerenti la specialità svolta in Azienda, vadano intesi nel rispetto di quanto previsto dall'Art.19, commi 7 e 8 del DPR 271/2000 che prevede la partecipazione ad iniziative di formazione per un minimo di 32 ore annue con riconoscimento di un corrispondente

Atto: DEC.COMSAN 2026/55 del 25-03-2026  
Servizio proponente: DS.01 SUPPORTO DG  
Copia Del Documento Firmato Digitalmente



Carlo Venditti  
el... ..

B-6 del ... ..  
Amenato

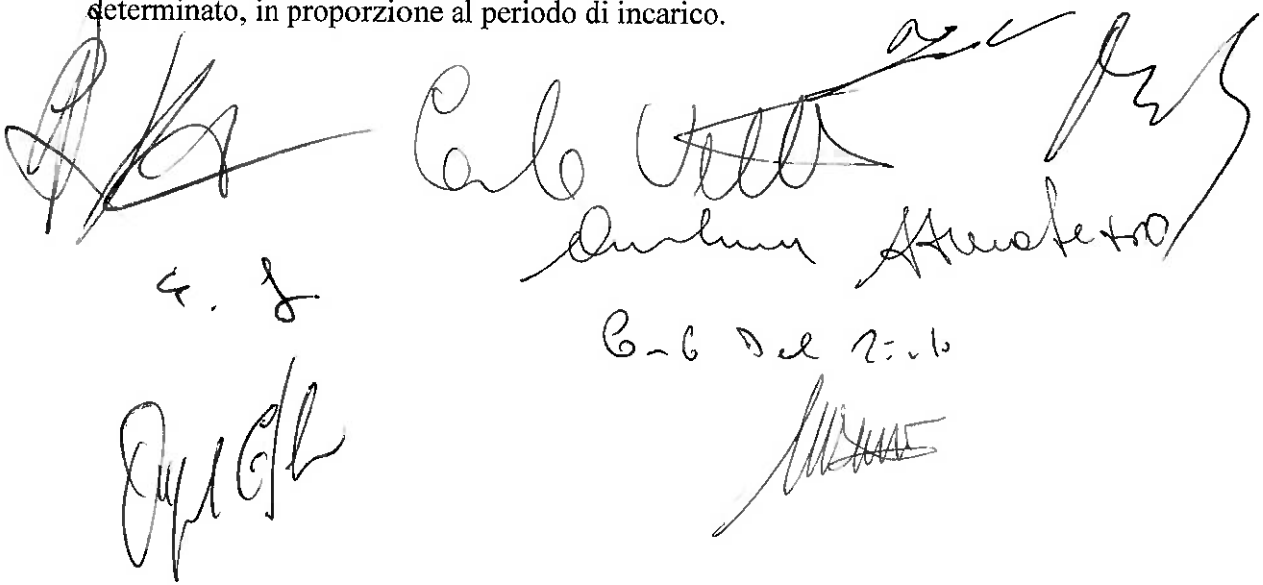


permesso retribuito. Gli oneri dei percorsi formativi facoltativi sono a carico dei SAI.

2) Gli eventi formativi organizzati dall'Azienda la cui partecipazione è resa obbligatoria per i SAI è considerata a tutti gli effetti come attività svolta in orario di servizio. Qualora detti eventi si svolgano al di fuori della sede di servizio, viene inoltre riconosciuto il tempo di percorrenza fino al raggiungimento del debito orario giornaliero derivante dall'orario di incarico.

3) Nell'ambito della programmazione aziendale per il miglioramento qualitativo delle prestazioni erogate, per l'apprendimento di metodiche diagnostiche e/o terapeutiche e per la partecipazione a stage formativi, l'Azienda si avvale dei SAI con modalità da concordare con lo specialista interessato. Tale attività sarà considerata attività di servizio.

4) Il presente articolo trova applicazione anche per i SAI incaricati a tempo determinato, in proporzione al periodo di incarico.



Handwritten signatures and text:

- Top left: A large, stylized signature.
- Below it: "4. 2"
- Bottom left: Another large, stylized signature.
- Center: "Carlo Velli" written in cursive.
- Below "Carlo Velli": "Antonio Anselmo" written in cursive.
- Below "Antonio Anselmo": "B-G del 2:16" written in cursive.
- Bottom right: A signature that appears to be "M. M. M." written in cursive.

## QUOTA VARIABILE DEL COMPENSO ART. 43 LETT. B ACN PER GLI SPECIALISTI E VETERINARI A TEMPO INDETERMINATO-ALLEGATO 1 AIR

IL fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie, non riassorbibile, è quantificato sulla base di euro 4,41 per ora di attività retribuita (compresa l'attività esterna, ecc.).


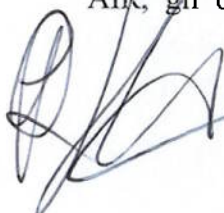
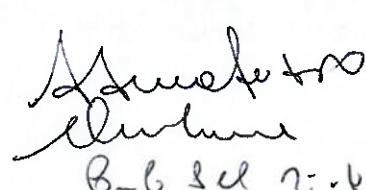
Tale fondo è aumentato di euro 0,245 dal 31.12.2004 e di euro 0,22 dal 31.12.2005 (comma 1). Tale fondo è integrato con le quote di anzianità rese disponibili fino alla data del 31/12/2009 per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli specialisti ambulatoriali (comma 2).

Il fondo di cui al comma 1 è incrementato dell'ammontare delle risorse già impiegate per integrare i tetti previsti nel D.P.R. 28 luglio 2000, n.271, per gli effetti degli accordi regionali riferiti agli specialisti ambulatoriali vigenti alla data del 23 marzo 2005, inerenti ai programmi e progetti finalizzati di cui all'art. 41 (comma 3).

A far data dal 1° gennaio 2010 il fondo è integrato di una quota oraria pari ad euro 0,46 per gli specialisti ambulatoriali ed i veterinari a tempo indeterminato, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 5, ACN 8 luglio 2010. A far data dal 01/01/2019 tale quota è aumentata di euro 0,20. Dalla medesima data il fondo è aumentato di una ulteriore quota pari ad euro 0,20 finalizzata all'attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 4 (comma 7).

Tali risorse, dal 01/01/2019 sono preventivamente decurtate, per ciascun anno, delle risorse necessarie al finanziamento di cui all'art. 8, comma 8 dell'ACN 2024 e dell'indennità di zona disagiata stabilita nella misura del 20% dell'intero fondo come quantificato ai sensi dei commi precedenti.

Ai sensi del comma 8 dell'art. 43 lettera B per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi di politica sanitaria nazionale di cui all'art. 4, per la partecipazione alla realizzazione di progetti obiettivo, attività di prevenzione e controllo, azioni programmate, programmi di preospedalizzazione e di dimissione protetta, per le attività in telemedicina, a far data dal 1° gennaio 2021 è istituito un fondo pari ad euro 0,44 per ogni ora di attività. Tale fondo è ripartito agli specialisti e veterinari in due quote semestrali, la prima erogata a titolo di acconto con la retribuzione del mese di giugno, la seconda erogata con la retribuzione del mese di dicembre. La ASReM, in coerenza con la programmazione regionale, definisce entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente AIR, gli obiettivi specifici con indicatori di performance che consentiranno, al 31

  
  
F. S. Carlo Venturi  
  
B. C. del 7.10

dicembre di ogni anno, la valutazione del risultato conseguito e il conseguente conguaglio, ovvero la ripetizione totale o parziale di quanto erogato in acconto a giugno, da effettuarsi unitamente all'acconto dell'anno successivo.

In attesa della identificazione degli obiettivi e degli indicatori di performance l'Azienda ripartisce il fondo di cui al presente comma assegnandolo sulla base di ciascuna ora di attività.

Si applicano le previsioni del comma 9 (0,05 euro per ora di attività svolta e retribuita per le prestazioni di cui all'allegato 3, commi da 1 a 4 e le prestazioni di particolare interesse (P.P.I.) di cui all'art. 41, comma 4. Tali risorse, integrate con le risorse eventualmente non assegnate ai sensi dell'art. 45, se non utilizzate nell'anno di competenza, vanno a integrare il fondo dell'anno successivo (comma 9).

Per l'esecuzione delle prestazioni protesiche (protesi dentarie ed implantologia, cure ortodontiche) ed attività ortesica di cui all'allegato C dell'ACN 23 marzo 2005 e per le ore di incarico dedicate in modo esclusivo a tale attività, agli specialisti ambulatoriali spetta un emolumento aggiuntivo orario di euro 3,14.

Tale emolumento viene sospeso in caso di sospensione dell'attività e ripristinato alla sua ripresa e le quote relative concorrono alla quantificazione del fondo di cui al comma 9.

**Ferma restando l'erogazione di una quota oraria di ponderazione di euro 2,95, la differenza tra quanto quantificato per quota oraria per effetto della costituzione del fondo ed euro 2,95 verrà erogata esclusivamente agli specialisti ambulatoriali a tempo indeterminato che aderiscono all'Accordo Integrativo Regionale.**

Le quote del Fondo, relative ai SAI che non aderiscono agli Accordi Attuativi Aziendali e non erogate, integrano il rispettivo Fondo dell'anno successivo.

A tale fondo afferiscono anche i veterinari per le attività e le prestazioni ad essi riferibili a decorrere dal 01/01/2024.





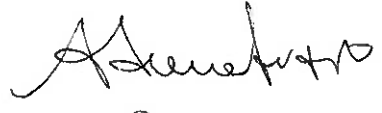

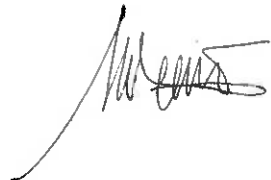
### Note all'utilizzo del Fondo

Per quanto riguarda alcune voci di utilizzo, art. 43 B-Quota variabile, comma 1 dell'ACN vigente, si forniscono alcune interpretazioni:

- nelle prestazioni di cui alla lettera c) sono compresi gli importi erogati per le spese viaggio e per l'attività esterna,
- nelle prestazioni di cui alla lettera d) sono compresi gli importi erogati per il plus

  
  
  
  
  
B-G del 25-21

orario (art. 29, comma 5 dell'ACN vigente).

    
E. J.    
   
B.6 del R. 10

## QUOTA VARIABILE DEL COMPENSO PER I PROFESSIONISTI A TEMPO INDETERMINATO

IL fondo per la ponderazione qualitativa delle quote orarie come indicato nell'art. 44 dell'ACN vigente, non riassorbibile, è quantificato sulla base di euro 3,205 per ora di attività retribuita. Tale fondo è aumentato di euro 0,245 dal 31.12.2004 e di euro 0,22 dal 31.12.2005 (comma 1).

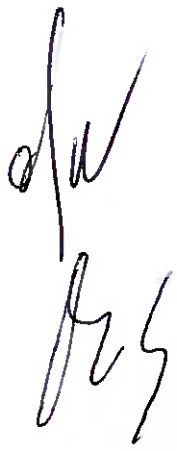
Il fondo è integrato con le quote di anzianità rese disponibili fino alla data del 31/12/2009 per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli professionisti (comma 2).


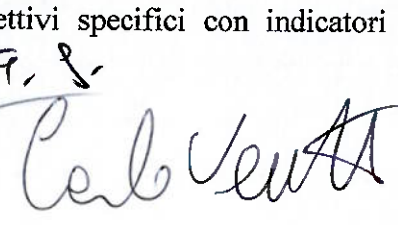
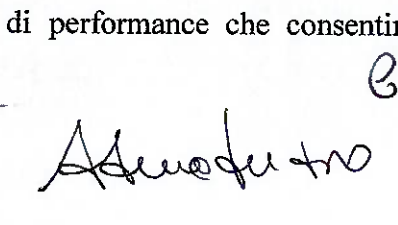
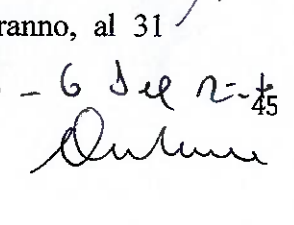
Il fondo di cui al comma 1 è incrementato dell'ammontare delle risorse già impiegate per integrare i tetti previsti nel D.P.R. 21 settembre 2001, n.446, per gli effetti degli accordi regionali vigenti al 23 marzo 2005, inerenti ai programmi e progetti finalizzati di cui all'art. 41(commo 3).

A far data dal 1° gennaio 2010 il fondo è integrato di una quota oraria pari ad euro 0,33 per i professionisti a tempo indeterminato, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 5, ACN 8 luglio 2010. A far data dal 01/01/2019 tale quota è aumentata di euro 0,13. Dalla medesima data il fondo è aumentato di una ulteriore quota pari ad euro 0,13 finalizzata all'attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 4 (comma 6).

Tali risorse, dal 01/01/2019 sono preventivamente decurtate, per ciascun anno, delle risorse necessarie al finanziamento di cui all'art. 8, comma 8 dell'ACN 2024 e dell'indennità di zona disagiata stabilita nella misura del 10% dell'intero fondo come quantificato ai sensi dei commi precedenti.

Ai sensi del comma 7 dell'art. 44 lettera B per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi di politica sanitaria nazionale di cui all' art.4, per la partecipazione alla realizzazione di progetti obiettivo, attività di prevenzione, azioni programmate, per le attività in telemedicina, a far data dal 1° gennaio 2021 è istituito un fondo pari ad euro 0,26 per ogni ora di attività. Tale fondo è ripartito ai professionisti in due quote semestrali, la prima erogata a titolo di acconto con la retribuzione del mese di giugno, la seconda erogata con la retribuzione del mese di dicembre. La ASReM, in coerenza con la programmazione regionale, definisce entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente AIR gli obiettivi specifici con indicatori di performance che consentiranno, al 31



     
9.8  
B - 6 del 20-45

dicembre di ogni anno, la valutazione del risultato conseguito e il conseguente conguaglio, ovvero la ripetizione totale o parziale di quanto erogato in acconto a giugno, da effettuarsi unitamente all'acconto dell'anno successivo.

Agli psicologi si applicano le previsioni del comma 8 (0,03 euro per ora di attività svolta e retribuita per le prestazioni di particolare interesse (P.P.I.) di cui all'art. 41, comma 4. Tali risorse, integrate con le risorse eventualmente non assegnate ai sensi dell'art. 45, se non utilizzate nell'anno di competenza, vanno a integrare il fondo dell'anno successivo (comma 9).

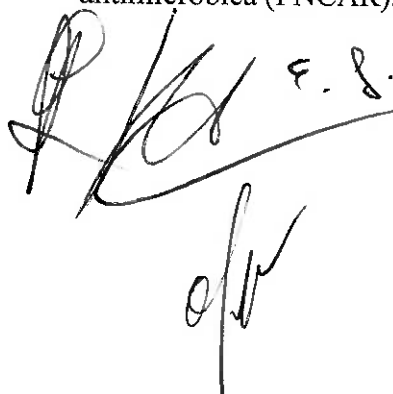
### Note all'utilizzo del fondo

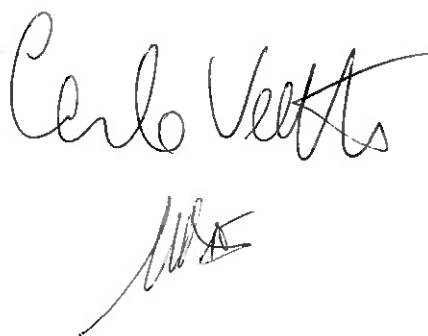
Per quanto riguarda alcune voci di utilizzo, ex art. 44 B-Quota variabile, comma 1 dell'ACN vigente, si forniscono alcune interpretazioni:

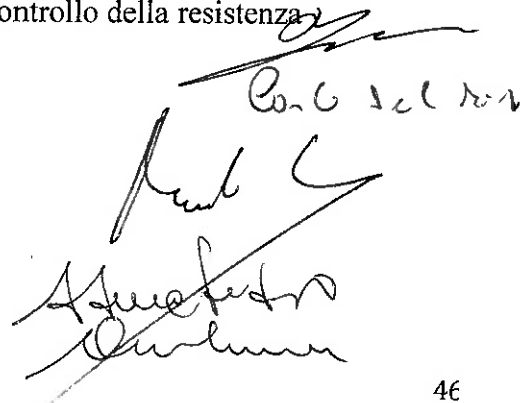
- nelle prestazioni di cui alla lettera d) sono compresi gli importi per le spese viaggio e per l'attività esterna;
- nelle prestazioni di cui alla lettera e) sono compresi gli importi erogati per il plus orario (art. 29, comma 5 dell'ACN vigente).

### QUOTA VARIABILE DEL COMPENSO PER INCARICHI A TEMPO DETERMINATO ART. 49 ACN

Dal 1/1/2010 la Regione, per il relativo accordo decentrato, dispone di una quota per ora pari ad euro 0,44, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 5, ACN 8 luglio 2010. A far data dal 1/1/2019 tale quota è aumentata di euro 0,32. Dalla medesima data la Regione dispone anche di una ulteriore quota per ora di euro 0,32 finalizzata all'attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 4.: **Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale:** a) piano nazionale della cronicità (P.N.C.); b) piano nazionale prevenzione vaccinale (P.N.P.V.); c) accesso improprio al pronto soccorso; d) governo delle liste di attesa e appropriatezza; e) prevenzione e controllo della resistenza antimicrobica (PNCAR).

  
F. S.

  
Carlo Veltro

  
Carlo Veltro

## COSTITUZIONE DEI FONDI

L'ASREM provvederà alla costituzione dei fondi secondo i criteri di cui agli articoli 43, 44 e 49 dell'ACN 2024 secondo lo schema all'Allegato 1 con iscrizione a bilancio del fondo sanitario di parte corrente assegnato annualmente dalla Regione Molise.

Entro il 31 gennaio di ogni anno la ASReM provvederà a rideterminare il fondo sulla base di tutte le ore svolte e retribuite nell'anno precedente che andranno a integrare i criteri previsti dall'ACN all'erogazione agli aventi diritto con decorrenza 1° gennaio.

**Il fondo dell'anno 2024 è quantificato in € 1.7019.024,69 a cui vanno aggiunti gli oneri fiscali e previdenziali per un totale di € 2.109.071,39.**

## INDENNITA' IN ZONA DISAGIATA

Le parti si danno atto che l'attività di assistenza alle popolazioni detenute, al personale convenzionato che opera presso i SERD e all'attività in zona disagiata comporta un riconoscimento economico aggiuntivo, le cui risorse sono da reperire all'interno dei fondi costituiti ai sensi degli art. 43, 44 e 49 secondo lo schema all'Allegato 1 come da allegato 1.

Vengono definite zone disagiate i poliambulatori periferici che per condizioni oro geografiche, viabilità e climatiche scontano una scarsa adesione dei SAI alle procedure di attivazione di ore.

Sono da considerarsi zone disagiate i Poliambulatori periferici di ogni Distretto situati a una distanza superiore a 30 Km dalla sede del Distretto.


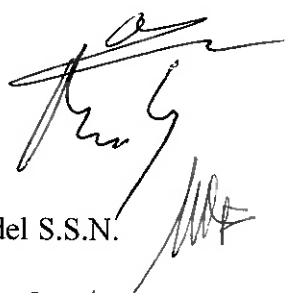
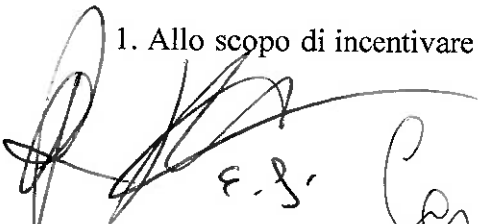


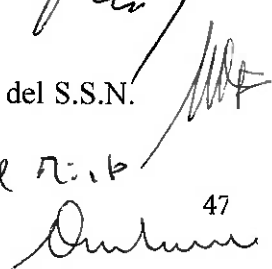
ASReM provvederà sulla base dei suddetti criteri ad individuare le zone disagiate.

Rientrano nelle zone disagiate le attività svolte all'interno delle case circondariali di Campobasso, Isernia, Larino e presso i SERD della ASReM.

Ai SAI che svolgono attività in sede presso le zone disagiate viene corrisposta una quota oraria aggiuntiva per ripartizione del 10% dei fondi determinati ai sensi degli art. 43, 44, 49 dell'ACN 4 aprile 2024 proporzionale alla quota di partecipazione alla costituzione del fondo.

## INDENNITÀ DI DISPONIBILITÀ ART. 45 ACN

1. Allo scopo di incentivare lo svolgimento del rapporto di lavoro nell'ambito del S.S.N.

       
E.S. Carlo Vella *B. G. del r. 16* *47*

dello specialista ambulatoriale, del veterinario e del professionista e l'ampliamento orario di incarico, agevolando l'attuazione di quanto previsto, in particolare, dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), è istituita una indennità di disponibilità del rapporto convenzionale degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e dei professionisti (biologi, chimici, psicologi).

2. L'indennità di cui al comma 1 è strettamente connessa allo svolgimento di incarichi di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista convenzionato con il SSN ed è erogata, come emolumento aggiuntivo della quota oraria ai soli titolari di incarico a tempo indeterminato che nell'anno non svolgano attività libero professionale, fatto salvo quanto previsto al precedente articolo 42.

3. L'indennità di cui al presente articolo è corrisposta mensilmente agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari ed ai professionisti a tempo indeterminato con rapporto di lavoro di almeno 12 ore settimanali instaurato con una o più Aziende.

4. Per la determinazione dell'importo dell'emolumento aggiuntivo della quota oraria di cui al comma 2, le Regioni dispongono di un fondo annuo stabilito, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda, in euro 0,39 (zero/39) per ora di attività.

5. Annualmente la Regione determina la quota oraria che viene assegnata dalle Aziende ai soli aventi titolo di cui al comma 2, secondo i criteri definiti nei seguenti commi.

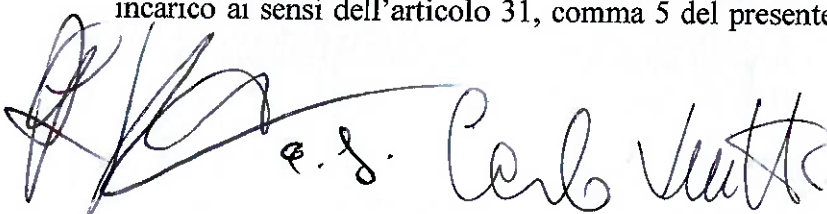
6. Il fondo annuo regionale, come determinato ai sensi del comma 4, viene ripartito annualmente sulla base del numero delle ore di incarico relative al precedente anno solare degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti di cui al comma 2.

7. La quota oraria derivante dal calcolo di cui al comma 5 è assegnata, come disposto al comma 2, agli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti aventi diritto nel limite massimo di euro 8,60 (otto/60) per ora, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda. L'erogazione è subordinata alla presentazione entro il 15 gennaio di ogni anno, presso ciascuna Azienda in cui è instaurato l'incarico, di una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'esclusività del rapporto di lavoro.

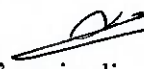
8. Il venir meno di quanto previsto al comma 2 del presente articolo, o la mancata accettazione del completamento orario di cui all'articolo 20, comma 2, comporta l'immediata revoca del diritto a percepire l'indennità di cui al presente articolo e la restituzione di quanto già corrisposto nell'anno.

9. Allo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista con riduzione dell'orario di incarico ai sensi dell'articolo 31, comma 5 del presente Accordo, ovvero allo specialista


Atto: DEC.COMSAN 2026/55 del 25-03-2026  
Servizio proponente: DS.01 SUPPORTO DG  
Copia Del Documento Firmato Digitalmente



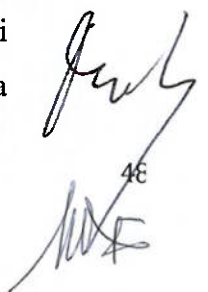
e.g. Carlo Vento



B-6 del 7-1-10



48



ambulatoriale che fruisca dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP), non spetta l'indennità di cui al presente articolo.

Le parti concordano che i criteri per la quantificazione del fondo sono integralmente riportati all'art. 45 dell'ACN 4 APRILE 2024.

La ASReM provvederà entro 30 giorni dalla firma del presente accordo alla quantificazione del fondo e alla erogazione agli aventi diritto a far data dal 1° gennaio 2024.

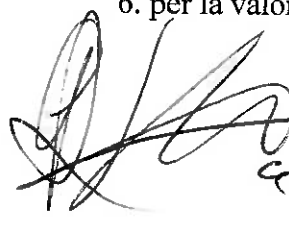
Entro il 31 gennaio di ogni anno la ASReM provvederà a rideterminare il fondo sulla base di tutte le ore svolte e retribuite nell'anno precedente e all'erogazione agli aventi diritto con decorrenza 1° gennaio.

Le parti concordano inoltre che l'ASReM, entro 30 giorni dalla firma del presente AIR, provvede a quantificare gli importi dovuti ai SAI a titolo di arretrato per ogni ora di attività a partire dal 1° gennaio 2024 e li trasmette alla Direzione Generale della Salute Regione Molise.

### TELECONSULTO SPECIALISTICO

Nell'ambito della Telemedicina, il Teleconsulto specialistico rappresenta un ulteriore strumento finalizzato alla integrazione professionale e alla continuità dell'assistenza dei pazienti. Nello specifico:

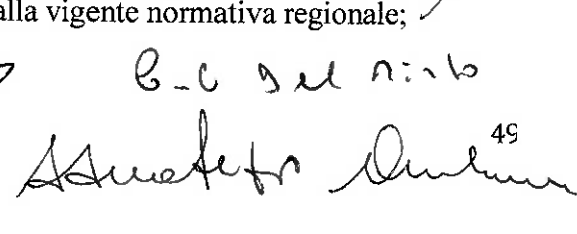
1. consente un'attività di consulenza a distanza fra gli specialisti ambulatoriali interni (SAI) e fra SAI e MMG/PLS; inoltre, in relazione alle specifiche necessità assistenziali e nella visione complessiva di sistema, il Teleconsulto può estendersi agli altri attori dei setting assistenziali territoriali e ospedalieri;
2. in ragione della specifica formazione e competenza dello specialista, è utilizzato per la valutazione di casi clinici, per accordi sul percorso di presa in carico del paziente, per la promozione dell'appropriatezza prescrittiva;
3. viene attuato attraverso l'individuazione di fasce orarie concordate con l'azienda;
4. nell'ambito dello sviluppo della gestione di più canali di comunicazione digitale, il servizio di Teleconsulto specialistico potrà essere attuato anche con modalità innovative, attraverso piattaforme "multicanale" consentendo l'invio di dati, video e immagini, se ritenuti utili al fine del teleconsulto;
5. sarà effettuato nel rispetto della normativa vigente sulla privacy;
6. per la valorizzazione prestazionale si farà riferimento alla vigente normativa regionale;



a.d.



Carlo



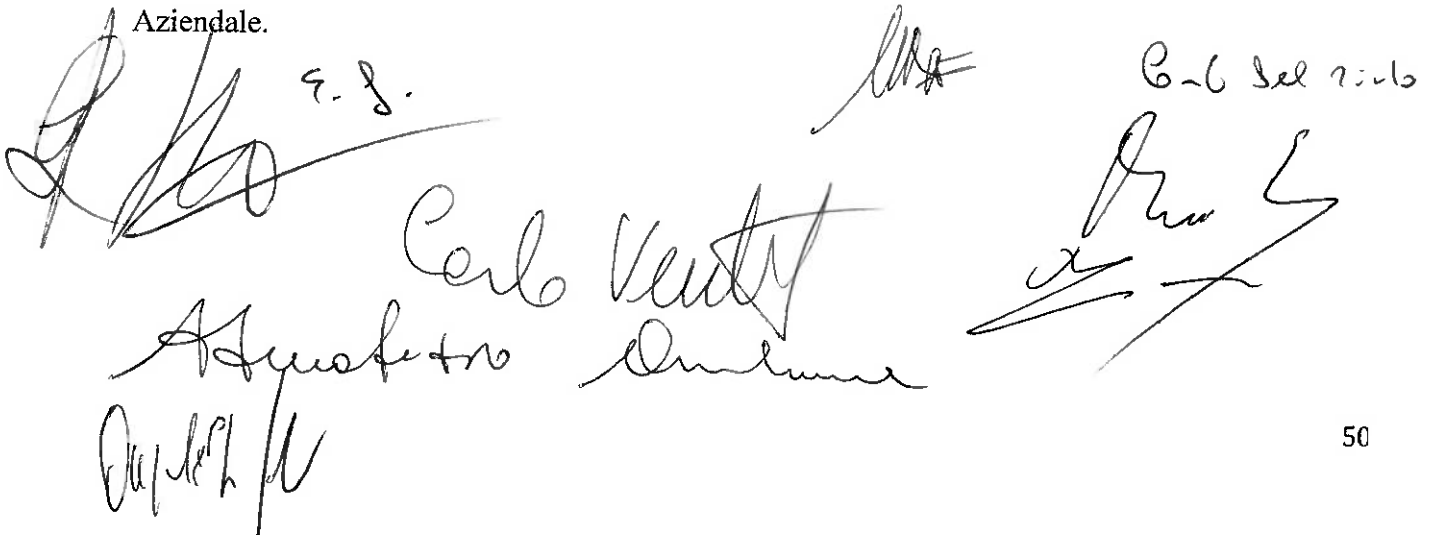
B.C. del n. 10  
Assistente

7. rappresenta uno strumento di notevole ausilio anche in occasione di emergenze sanitarie. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente AIR, l'Azienda dovrà concordare con Referenti di AFT e Responsabili di Branca le modalità di realizzazione delle attività di Teleconsulto, anche attraverso specifici progetti finalizzati.

**TUTELA LEGALE.** Ove si verifichi l'apertura di un procedimento di natura civile, penale o amministrativa, nei confronti di specialisti ambulatoriali o professionisti convenzionati interni per fatti o atti connessi all'espletamento delle funzioni e dei compiti professionali ed istituzionali previsti dagli Accordi Nazionali, Regionali ed Aziendali, l'Azienda e/o l'Ente presso cui è svolta tale attività garantisce la tutela legale agli stessi, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso, parimenti a quanto previsto per il personale dipendente.

#### NORME FINALI

1. A seguito della quantificazione del Fondo di ponderazione, lo stesso sarà ripartito nel seguente modo:
  - a) il 10% è destinato alle ore di attività specialistica svolte presso le c.d. zone disagiate;
  - b) la quota destinata a remunerare i Responsabili di branca;
  - c) la restante parte verrà attribuita mediante l'incremento della quota variabile degli specialisti ambulatoriali a tempo indeterminato.
2. Il presente Accordo decorre dalla data di adozione del provvedimento di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti.
3. Dall'entrata in vigore del presente Accordo, le risorse di cui la Regione dispone per l'Accordo Integrativo Regionale sono destinate agli obiettivi di cui agli articoli 4 e 11 dell'ACN 2024 secondo gli indicatori e i valori soglia definiti in sede di Accordo Aziendale.

The bottom of the page contains several handwritten signatures and initials. On the left, there is a large signature with the initials 'G. S.' written above it. Below this, there are more signatures, including one that appears to be 'Antonio' and another that is partially legible as 'Antonio'. In the center, there is a signature that looks like 'Carlo Venti' with 'Antonio' written below it. On the right, there is a signature with the text 'C-6 del 2016' written above it. There are also some other smaller initials and marks scattered around.

## Allegato 1

### **COSTITUZIONE DEL FONDO DI PONDERAZIONE PER GLI SPECIALISTI E VETERINARI A PARTIRE DALL'ANNO 2004**

Di seguito le modalità di costituzione del Fondo per gli specialisti e veterinari a tempo indeterminato e determinato (art. 43, lettera B, comma 1):

1. ore 2005 \* (€ 4,41 + aumento contrattuale al 31/12/2004 di € 0,245); tale prodotto costituisce la base per il Fondo 2005 alla quale vanno sommate le Quote di anzianità (importo pieno annuale delle quote di anzianità dei SAI cessati nell'anno precedente + importo resosi disponibile dalla quota di anzianità di medici cessati nell'anno 2005);
2. ore 2006 \* (€ 4,655 + aumento contrattuale al 31/12/2005 di € 0,22); tale prodotto costituisce la base per il Fondo 2006 alla quale vanno sommate le Quote di anzianità (totale derivante dalla somma dell'importo pieno annuale delle quote di anzianità di medici cessati negli anni precedenti più l'importo resosi disponibile dalla quota di anzianità dei SAI cessati nell'anno 2006);
3. ore 2007 \* € 4,875 = Fondo 2007 + Quote di anzianità (calcolate secondo le modalità di cui sopra);
4. ore 2008 \* € 4,875 = Fondo 2008 + Quote di anzianità (calcolate secondo le modalità di cui sopra);
5. ore 2009 \* € 4,875 = Fondo 2009 + Quote di anzianità (calcolate secondo le modalità di cui sopra);
6. dal 2010 e per gli anni seguenti si prosegue con le stesse modalità di calcolo al quale va sommato l'importo derivante dalle Quote di anzianità maturate fino al 2009 ai sensi del comma 2 dell'art. 43 dell'ACN.
7. A far data dal 1° gennaio 2021 ai sensi dell'ACN 4 aprile 2024 il Fondo di ponderazione per gli specialisti a tempo indeterminato è così costituito:

ore svolte e retribuite nell'anno precedente x € 4,875 = Fondo anno in corso + Quote di anzianità (resesi disponibili fino alla data del 31 dicembre 2009 per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli specialisti ambulatoriali calcolate in base alla mancata erogazione delle stesse annualmente sulla base della ultima quota di anzianità riscossa).

B-6 del 2010

Carlo Vitti  
Alessandro  
C. S.

## FONDO PONDERAZIONE PROFESSIONISTI PER GLI ANNI SUCCESSIVI AL 2004

Di seguito le modalità di costituzione del Fondo per i professionisti a tempo determinato e indeterminato (art. 44, lettera B, comma1):

1. ore 2005 \* (€ 3,205 + aumento contrattuale al 31/12/2004 di € 0,245); tale prodotto costituisce la base per il Fondo 2005 alla quale vanno sommate le Quote di anzianità (importo pieno annuale delle quote di anzianità di Professionisti cessati nell'anno precedente + importo resosi disponibile dalla quota di anzianità di Professionisti cessati nell'anno 2005);
2. ore 2006 \* (€ 3,45 + aumento contrattuale al 31/12/2005 di € 0,22); tale prodotto costituisce la base per il Fondo 2006 alla quale vanno sommate le Quote di anzianità (totale derivante dalla somma dell'importo pieno annuale delle quote di anzianità di Professionisti cessati negli anni precedenti più l'importo resosi disponibile dalla quota di anzianità di Professionisti cessati nell'anno 2006);
3. ore 2007 \* € 3,67 = Fondo 2007 + Quote di anzianità (calcolate secondo le modalità di cui sopra);
4. ore 2008 \* € 3,67 = Fondo 2008 + Quote di anzianità (calcolate secondo le modalità di cui sopra);
5. ore 2009 \* € 3,67 = Fondo 2009 + Quote di anzianità (calcolate secondo le modalità di cui sopra);
6. dal 2010 e per gli anni seguenti si prosegue con le stesse modalità di calcolo al quale va sommato l'importo derivante dalle Quote di anzianità maturate fino al 2009 ai sensi del comma 2 dell'art. 44, dell'ACN vigente.
7. A far data dal 1° gennaio 2021 ai sensi dell'ACN 4 aprile 2024 il Fondo di ponderazione per i professionisti a tempo indeterminato è così costituito:

ore svolte e retribuite nell'anno precedente x € 3,67 = Fondo anno in corso + Quote di anzianità (resesi disponibili fino alla data del 31 dicembre 2009 per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli specialisti ambulatoriali calcolate in base alla mancata erogazione delle stesse annualmente sulla base della ultima

Atto: DEC.COMSAN 2026/55 del 25-03-2026  
Servizio proponente: DS.01 SUPPORTO DG  
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

B-2 del 21-12-2024  
52

quota di anzianità riscossa).

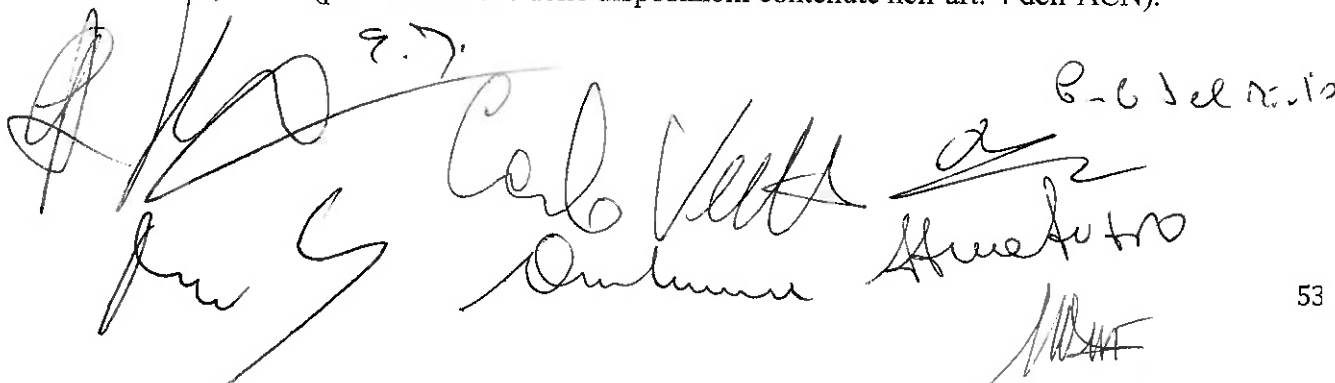
## LE RISORSE PREVISTE DAGLI ACN 2021 E 2024 A DISPOSIZIONE DEL AIR SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARI E PROFESSIONISTI

Sulla base dell'ACN 2016-2018 (30/03/2021) le risorse a disposizione della Regione per l'Accordo Integrativo Regionale e finalizzate agli obiettivi degli AIR sono così articolate:

- a) SAI/Veterinario a tempo indeterminato - (art. 43, lettera B comma 7)
- € 0,46/ora + € 0,20/ora,
  - per l'attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 4 dell'ACN vigente: € 0,20/ora;
- b) Professionisti a tempo indeterminato - (art. 44, lettera B, comma 6)
- € 0,33/ora + € 0,13/ora
  - per l'attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 4 dell'ACN vigente: € 0,13/ora;
- c) SAI/Veterinario e Professionisti a tempo determinato- (art. 49, comma 7)
- € 0,44/ora + € 0,32/ora,
  - per l'attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 4 dell'ACN vigente: € 0,32/ora.

Sulla base dell'ACN 2019-2021 (04/04/2024) le risorse a disposizione della Regione per l'Accordo Integrativo Regionale e finalizzate agli obiettivi degli AIR sono così articolate:

- a) SAI/Veterinario a tempo indeterminato - (art. 43, lettera B comma 8)
- € 0,44/ora (per l'attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 4 dell'ACN)
- b) Professionisti a tempo indeterminato - (art. 44, lettera B, comma 7)
- € 0,26/ora (per l'attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 4 dell'ACN).



Handwritten signatures and notes at the bottom of the page. The most prominent signature is "Carlo Vella" with "Ambiano" written below it. To the right, there is a signature that appears to be "Aurelio" and another signature below it. There are also some scribbles and other illegible handwritten marks.