

LA GIUNTA REGIONALE

- visto l'Accordo Collettivo Nazionale in data 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, reso esecutivo con intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;
- visto l'Accordo Collettivo Nazionale in data 29 luglio 2009 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, quadriennio normativo 2006/2009, biennio economico 2006/2007;
- visto l'Accordo Collettivo Nazionale in data 8 luglio 2010 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, biennio economico 2008/2009;
- visto in particolare l'art. 24 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005 sopracitato che prevede l'istituzione, in ciascuna regione, di un Comitato permanente regionale composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale a norma dell'art. 22 dello stesso Accordo;
- richiamata la propria deliberazione n. 2558 in data 23 settembre 2010 concernente l'individuazione delle Organizzazioni sindacali ai fini della composizione dei Comitati permanenti regionali ed aziendali per il personale medico convenzionato, ai sensi degli Accordi sopracitati della medicina generale, nonché l'approvazione delle modalità di funzionamento del Comitato regionale di cui all'art. 24 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005;
- richiamata la propria deliberazione n. 3322 in data 19 novembre 2010 concernente la nomina del Comitato permanente regionale di cui all'art. 24 dell'Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro del 23 marzo 2005 e successive modificazioni ed integrazioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;
- preso atto che il Comitato di cui sopra è preposto alla definizione degli Accordi regionali ai sensi del comma 3, lettera a) dell'art. 24 dell'ACN sopracitato;
- considerato che in data 8 aprile 2011 l'accordo regionale per i medici di continuità assistenziale è stato siglato dall'Assessore regionale alla sanità, salute e politiche sociali, dall'Azienda USL della Valle d'Aosta e dalle Organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative, ai sensi dell'art. 22 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005 e successive modificazioni ed integrazioni;
- evidenziato che la Regione Autonoma Valle d'Aosta, ai sensi dell'art. 34, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, provvede autonomamente al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale nel proprio territorio e pertanto non beneficia di finanziamenti statali, pur dovendo ugualmente erogare i previsti livelli essenziali di assistenza;
- vista la legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 recante l'approvazione del Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011-2013;
- ritenuto di approvare l'allegato accordo regionale per i medici di continuità assistenziale, in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale in data 23 marzo 2005

modificato ed integrato in data 29 luglio 2009 (biennio economico 2006/2007) e in data 8 luglio 2010 (biennio economico 2008/2009);

- dato atto che alla spesa derivante dall'allegato accordo regionale provvederà l'Azienda USL della Valle d'Aosta attraverso l'utilizzo delle somme assegnate annualmente alla stessa per il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale;
- richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 3580 in data 23 dicembre 2010, concernente l'approvazione del bilancio di gestione della Regione per il triennio 2011/2013, con attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati, del bilancio di cassa per l'anno 2011 e di disposizioni applicative;
- visto il parere favorevole di legittimità sulla presente proposta di deliberazione rilasciato dal Direttore della Direzione Salute dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi dell'art. 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;
- su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Albert LANIECE;
- ad unanimità di voti favorevoli

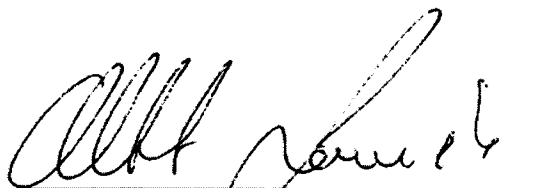
DELIBERA

- 1) di approvare l'accordo regionale per i medici di continuità assistenziale, allegato alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante, in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale in data 23 marzo 2005 modificato ed integrato in data 29 luglio 2009 (biennio economico 2006/2007) e in data 8 luglio 2010 (biennio economico 2008/2009);
- 2) di dare atto che alla spesa derivante dall'allegato accordo di cui al precedente punto 1) provvederà l'Azienda USL della Valle d'Aosta attraverso l'utilizzo delle somme assegnate annualmente alla stessa per il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale;
- 3) di stabilire che il suddetto accordo entrerà in vigore il primo giorno del mese successivo alla data di adozione della presente deliberazione e che lo stesso scadrà il primo giorno del mese successivo alla data di esecutività del prossimo accordo regionale da stipularsi ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per i medici di medicina generale che rinnoverà l'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005, fatte salve diverse ed incompatibili disposizioni nazionali e regionali in materia;
- 4) di stabilire che l'Azienda USL dovrà presentare all'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, con cadenza semestrale, una relazione sull'applicazione dell'accordo di cui al precedente punto 1), corredata dei dati di spesa sostenuta in applicazione dello stesso;
- 5) di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa all'Azienda USL della Valle d'Aosta per i successivi adempimenti di competenza;
- 6) di stabilire che la presente deliberazione venga pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione.

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

Il giorno 08 aprile 2011 alle ore 17.00, presso la sala sita al piano terreno dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali è stato sottoscritto l'allegato accordo tra la Regione Autonoma Valle d'Aosta e le organizzazioni sindacali partecipanti, rappresentative dei medici di medicina generale, in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005 modificato ed integrato in data 29 luglio 2009 - biennio economico 2006/2007 e in data 8 luglio 2010 - biennio economico 2008/2009, della medicina generale, nelle persone di:

per la parte pubblica
DOTT. ALBERT LANIECE
ASSESSORE REGIONALE ALLA SANITA',
SALUTE E POLITICHE SOCIALI



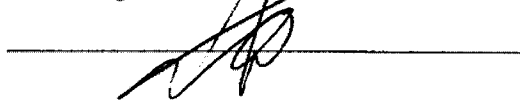
per l'Azienda USL della Valle d'Aosta
DOTT. GIUSEPPE DE FILIPPIS
DIRETTORE SANITARIO



per le organizzazioni sindacali di categoria
F.I.M.M.G.
DOTT. ROBERTO ROSSET



S.N.A.M.I.
DOTT. LEONARDO DI CESARE



Aosta, 08 aprile 2011

ACCORDO REGIONALE NELL'AMBITO DELLA CONTINUITA'
ASSISTENZIALE

PREMESSA

La medicina territoriale è la vera chiave di volta per realizzare una riforma del sistema sanitario e quindi la realizzazione di presidi territoriali polispecialistici che offrano ai cittadini le prestazioni non più erogabili dall'Ospedale. Si rende, pertanto, necessario avviare una azione di potenziamento e di adeguamento della medicina Territoriale ai bisogni della Comunità, a misura del Cittadino, creando un sistema di rete cui affidare funzioni peculiari del Servizio Sanitario pubblico depositario di competenze e funzioni deputate alla sorveglianza sanitaria del territorio.

Per il rafforzamento della medicina territoriale si ritiene opportuno orientare risorse adeguate per numero e tipologia con il duplice obiettivo di dare efficaci risposte ai cittadini ed di diminuire le liste di attesa con particolare riferimento alla prevenzione generale ed in particolar modo agli screening oncologici.

Si ritiene, quindi, utile una condivisione dell'analisi e della ricerca di soluzioni migliorative attraverso la partecipazione di tutti gli operatori operanti sul territorio che possono condividere ed accompagnare un processo di miglioramento dei servizi.




La legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 di approvazione del "Piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011 -2013" costituisce il documento programmatico che definisce gli orientamenti e gli indirizzi con cui si intende procedere per migliorare la capacità di risposta istituzionale ai bisogni dei cittadini valdostani, secondo criteri di equità e criteri di maggiore efficacia, efficienza ed economicità.

Il suddetto Piano effettua, tra l'altro, un'analisi riguardante la dinamica della ripartizione della spesa sostenuta nella nostra regione per i livelli essenziali di assistenza (LEA) nelle tre aree: quella della prevenzione collettiva e sanità pubblica, quella dell'assistenza distrettuale e quella dell'assistenza ospedaliera. Evidenzia, in particolare, che il trend regionale conferma la tendenza nazionale, più volte auspicata, di una progressiva riduzione della spesa ospedaliera a favore di quella territoriale; un obiettivo da perseguire anche nel triennio di validità dello stesso Piano, soprattutto mediante l'adozione di modelli innovativi nell'ambito dell'assistenza primaria.

Si evidenzia, inoltre, che il territorio dovrà rappresentare sempre più l'ambito prioritario di riferimento della prevenzione, della cura e della continuità assistenziale riservando sempre più all'assistenza ospedaliera il solo trattamento delle patologie in fase acuta.

Il principio di efficienza dovrà costituire, nei prossimi anni, uno dei principi guida delle pubbliche amministrazioni, soprattutto in un settore, quale quello sanitario, caratterizzato per sua stessa natura dalla fisiologica tendenza all'aumento dei costi di produzione ma che sarà chiamato a confrontarsi con una crescente difficoltà a reperire le risorse necessarie ad alimentarne le necessità.

Il piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011-2013 stabilisce, inoltre, che per una medicina del territorio più appropriata occorre:

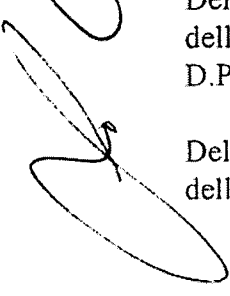
- 
- programmare l'assistenza territoriale attraverso i distretti che tecnicamente sono competenti ed in grado di interpretare correttamente la complessità dei bisogni della popolazione, di stabilirne le priorità, di programmare il complesso dei servizi sanitari e sociali, producendo quelli di base e quelli intermedi, garantendo l'accesso alle cure secondarie mediante una integrazione tra ospedale e territorio basata sul modello della continuità assistenziale e sull'adozione di linee guida condivise;
 - sviluppare l'associazionismo dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta ed il processo di attuazione nelle nuove forme organizzative (AFT- Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complesse delle Cure primarie) previste dalle nuove convenzioni nazionali uniche;
 - potenziare l'integrazione della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialità ambulatoriale tra di loro, e con i restanti servizi aziendali, al fine di garantire una migliore continuità assistenziale al cittadino;
 - proseguire quanto realizzato nell'ambito dell'assistenza di base, valorizzando ulteriormente il ruolo dei medici di medicina generale e degli specialisti ambulatoriali nei percorsi aziendali e, parallelamente, potenziare – nell'ambito della specialistica ospedaliera – la presenza sul territorio, onde evitare l'eccesso di ospedalizzazioni o, comunque, la sovrapprenotazione delle liste di attesa ospedaliere;
 - potenziare la presenza del medico di medicina generale e dell'infermiere sul territorio anche attraverso sperimentazioni che implementino l'assistenza sanitaria specie nelle vallate laterali e nei territori svantaggiati, al fine di estenderne l'applicazione a ulteriori ambiti territoriali;
 - perfezionare gli attuali sistemi di valutazione multidimensionali e multi professionali per la presa in carico integrata, specie dei soggetti fragili, in sinergia tra ospedale e territorio;
 - potenziare l'assistenza intermedia in risposta all'incremento del bisogno assistenziale nell'area della cronicità (anziani, disabili, malati mentali, tossicodipendenti, ecc.), favorendo la domiciliarità delle cure, anche con l'aiuto di strumenti tecnologici come la telemedicina e la teleassistenza e l'implementazione dei "patient summary" per rendere coerente lo sviluppo della sanità elettronica con la programmazione regionale.
- 
- 

ATTI REGIONALI DI RIFERIMENTO

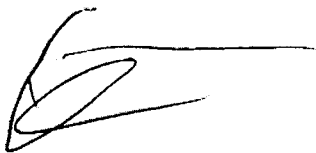


ACCORDI REGIONALI INTEGRATIVI

Deliberazione della Giunta regionale n.3884 del 21 ottobre 2002: "Approvazione dell'Accordo regionale per i medici addetti alla continuità assistenziale in attuazione del D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270".



Deliberazione della Giunta regionale n. 1624 del 15 giugno 2007: "Approvazione dell'Accordo regionale per i medici di continuità assistenziale, in attuazione



dell'Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro del 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale”.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA MEDICINA GENERALE IN DATA 23 MARZO 2005 MODIFICATO ED INTEGRATO IN DATA 29 LUGLIO 2009 BIENNIO ECONOMICO 2006/2007 E IN DATA 8 LUGLIO 2010 - BIENNIO ECONOMICO 2008/2009.

LEGGE REGIONALE 25 OTTOBRE 2010, N. 34 “PIANO REGIONALE PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE 2011-2013

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA MEDICINA GENERALE IN DATA 8 LUGLIO 2010 - BIENNIO ECONOMICO 2008/2009.

ART. 4.

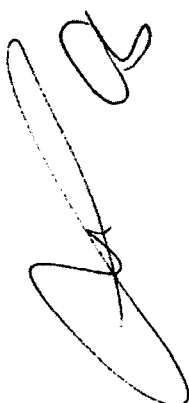
LIVELLI DI CONTRATTAZIONE


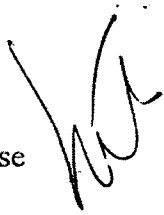
comma 4. “Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale, definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale”;

ART. 5

INDICAZIONI PER I PROSSIMI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI



1. I prossimi AIR dovranno svilupparsi lungo il processo di attuazione delle nuove forme organizzative (AFT e UCCP), individuate con l'ACN 29 luglio 2009, affrontando in particolare i seguenti aspetti:
 - a) Relazioni funzionali tra i professionisti che operano nell'ambito di dette forme organizzative, avendo riguardo in particolare alle nuove funzioni di valenza comune espletabili nel nuovo contesto collaborativo e quelle tra gli stessi professionisti e l'Azienda sanitaria;
 - b) Azioni per favorire gli utenti ai servizi, con particolare riferimento a:
 - Accessibilità giornaliera di almeno 12 ore ai servizi dell'UCCP (con sede di riferimento o con sede unica);
 - Possibilità di accesso in tempo reale, per i professionisti operanti nelle sedi di UCCP, ai dati clinici di tutti gli assistiti del territorio di riferimento;




- 
- 
- Individuazione e potenziamento della strumentazione diagnostica di base disponibile presso la sede dell'UCCP;
 - Potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale, con individuazione di personale infermieristico dedicato;
 - Sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi.
- c) Miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti dai percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) condivisi;
- d) Definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza anche con la finalità di misurazione dello stato di salute degli assistiti portatori di patologia cronica;
- e) Valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati, inclusa la misurazione dell'impatto sui consumi complessivi e specifici degli assistiti affetti da distinta patologia cronica;
- f) Messa a punto dei percorsi di assistenza interdisciplinare integrata, ambulatoriale e domiciliare, a favore dell'anziano e dell'anziano fragile, coinvolgenti tutte le competenze professionali operanti in ambito distrettuale, con la partecipazione delle AFT e delle UCCP."

ART. 6

TEMPISTICA DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI

- 
- 
1. Gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) sono siglati e resi operativi da appositi provvedimenti regionali entro 9 mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo Collettivo Nazionale.
 2. Qualora in una Regione tale termine non venga rispettato, le risorse definite dal presente ACN per l'AIR vengono attribuite come segue:
 - per ciascun settore di attività (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Medicina dei servizi, Emergenza territoriale), secondo le stesse modalità e proporzioni concordate per l'attribuzione della quota nazionale degli incrementi contrattuali definiti dal presente ACN;
 - tali incrementi contrattuali sono riconosciuti ai medici convenzionati previa riduzione del 10%;
 - la Regione interessata adotta i provvedimenti conseguenti."

Ciò premesso:



Le parti confermano i contenuti dell' accordo regionale vigente per la medicina generale approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 1624 in data 15 giugno 2007 con le modifiche apportate dal presente accordo, avuto riguardo alla sostenibilità economica, stante le indicazioni di contenimento della spesa pubblica contenute nelle manovre finanziarie sia a livello nazionale che regionale.

ART. 1

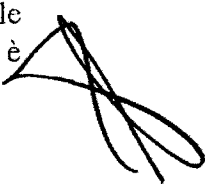
RISORSE CONTRATTUALI - art. 8 ACN

Le parti concordano che le risorse aggiuntive definite dall'art. 8 dell'ACN 8 luglio 2010, quale incremento della quota oraria, verranno erogate a tutti i medici di continuità assistenziale a fronte del conseguimento a livello aziendale di attività di miglioramento della qualità dei servizi quali:

- programmi di prevenzione, riduzione del rischio clinico, educazione sanitaria;
- programmi di integrazione tra i vari settori della medicina generale;
- raggiungimento di obiettivi regionali e aziendali;
- sistema informativo servizio sanitario regionale;
- razionalizzazione della spesa farmaceutica;
- riqualificazione dell'assistenza domiciliare e riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- promozione e miglioramento della qualità e della sicurezza;
- miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale;
- potenziamento della gestione delle cronicità e delle cure domiciliari;
- assolvimento del debito informativo richiesto dall'azienda.

Ai medici di continuità assistenziale è riconosciuta la quota capitaria di Euro 0,26/ora, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, a partire dal 1° gennaio 2010.

A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente accordo, in considerazione dei compiti affidati, previsti dalla contrattazione regionale, il trattamento economico aggiuntivo di cui al primo comma dell'art. 11 dell'accordo integrativo regionale approvato con delibera della Giunta regionale n. 1624 in data 15 giugno 2007 è incrementato di euro 0,50.

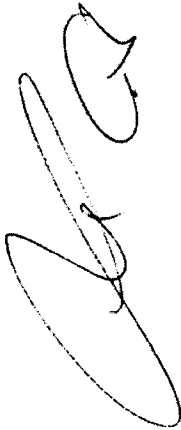


ART. 2

PROGETTI AZIENDALI

L'Azienda USL avuto riguardo alla compatibilità economica ed ai limiti definiti annualmente dalla finanziaria regionale potrà continuare a realizzare i progetti sperimentali già avviati per la continuità assistenziale nonché a renderli applicabili a regime, ove ritenuto opportuno, avuto riguardo alla disponibilità economica del proprio bilancio.

L'Azienda potrà altresì avviare ulteriori progetti assistenziali finalizzati ad un maggiore coinvolgimento dei medici della continuità assistenziale nell'assistenza territoriale ai fini del raggiungimento degli obiettivi contemplati nel nuovo Piano



socio sanitario anni 2011-2013, avuto riguardo alla compatibilità economica aziendale finalizzata al perseguimento di equilibrio di bilancio e nel rispetto dei vincoli normativi vigenti in materia di finanza pubblica.

Ferma restando la cronica carenza di medici di continuità assistenziale, l'Azienda potrà incentivare la copertura di turni scoperti nelle varie sedi di continuità assistenziale fermo restando la compatibilità economica aziendale finalizzata all'equilibrio di bilancio.

ART. 3

DEBITO INFORMATIVO DEL MEDICO

Il medico di continuità assistenziale è tenuto al pieno assolvimento del debito informativo richiesto dall'azienda USL e dalla regione al fine dello sviluppo di un sistema in grado di mettere in rete le informazioni provenienti dai diversi attori operanti nel servizio sanitario regionale.

Tali dati sono necessari per realizzare i processi di programmazione sanitaria regionale, anche ai fini della realizzazione del progetto di fascicolo sanitario elettronico, e costituiscono uno strumento del rapporto di lavoro del medico convenzionato che non prevedono specifica retribuzione.

Ai sensi del comma 5 dell'art 13 dell'ACN 2009, le modalità e gli strumenti per il trasferimento dei dati saranno definiti tra le parti e concordate in relazione allo sviluppo del sistema informativo regionale.

NORME FINALI

Le parti concordano di rivedere a livello aziendale le modalità di utilizzo delle autovetture di servizio.

ART. 4

DECORRENZA E DURATA DELL'ACCORDO

Il presente accordo decorre dal primo giorno del mese successivo alla data di approvazione dello stesso da parte della Giunta regionale della Valle d'Aosta ed ha durata sino alla stipula del successivo accordo regionale ai sensi del nuovo accordo collettivo nazionale della medicina generale.

