

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, 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 assistenza primaria, 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 assistenza primaria, 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

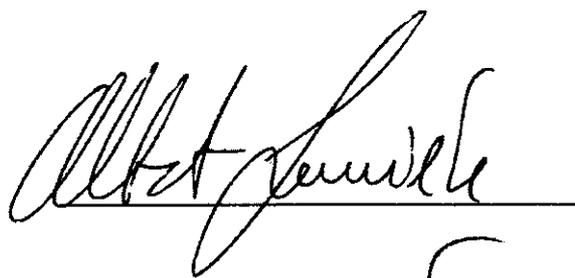
DELIBERA

- 1) di approvare l'accordo regionale per i medici di assistenza primaria 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'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.

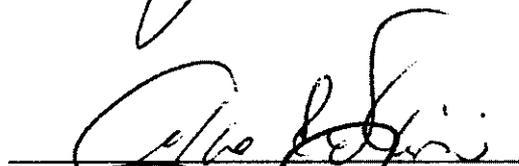
REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

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:

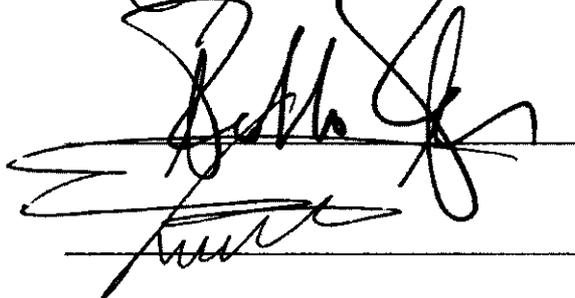
per la parte pubblica
DOTT. ALBERT LANIECE
ASSESSORE REGIONALE ALLA SANITA',
SALUTE E POLITICHE SOCIALI



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 DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

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 un'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 e 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 un'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 domiciliarietà 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. 4947 del 30 dicembre 1997: "Approvazione dell'Accordo tra Regione Valle d'Aosta e Organizzazioni sindacali rappresentative dei Medici di medicina generale, in attuazione del D.P.R. 22 luglio 1996, n. 484. Impegno di spesa".



Deliberazione della Giunta regionale n. 2685 del 9 agosto 1999: "Approvazione di Accordo attuativo regionale, ex D.P.R. 22 luglio 1996, n. 484, ad integrazione

dell'Accordo regionale di cui alla D.G.R. n. 4947 in data 30 dicembre 1997 siglato con le Organizzazioni sindacali rappresentative dei Medici di medicina generale”.

Deliberazione n. 3883 del 21 ottobre 2002: “Approvazione dell'Accordo regionale per i Medici di medicina generale in attuazione del D.P.R. 28 luglio 2000, n. 270”.

Deliberazione della Giunta regionale n. 1451 del 19 maggio 2006: “Approvazione dell'Accordo regionale per i Medici di assistenza primaria, 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”.

ACN. 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

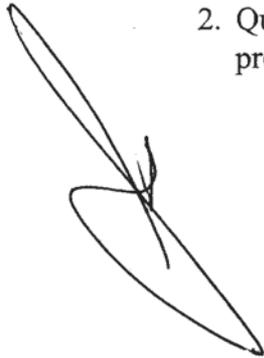
1. I prossimi AIR dovranno svilupparsi lungo il processo di attuazione delle nuove forme organizzative (AFT e UCCP), individuate con l'ACN 29 luglio 2009, affrontando in particolare i seguenti aspetti:
 - a) Relazioni funzionali tra i professionisti che operano nell'ambito di dette forme organizzative, 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 e l'accesso 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. 1451 in data 19 maggio 2006 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 capitaria, verranno erogate a tutti i medici di assistenza primaria 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 assistenza primaria è riconosciuta la quota capitaria di Euro 0,81 assistito/anno, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda, a partire dal 1° gennaio 2010.

Le parti concordano che il fondo di cui all'art. 8 comma 7. dell'ACN dell'8 luglio 2010 quantificato dall'Azienda USL, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda, venga distribuito ai medici di assistenza primaria sulla base del numero di assistiti con età superiore ai 75 anni presenti nella loro lista.

Tali incrementi sono corrisposti nel limite del massimale del medico di assistenza primaria e delle scelte in deroga, acquisibili secondo quanto previsto dall'art. 40 dell'ACN 23 marzo 2005.



ART. 2

MODIFICHE ALL'ART. 5 DELL' ACCORDO REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE APPROVATO CON DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1451 IN DATA 19 MAGGIO 2006: "MEDICO DI STRUTTURA".

In considerazione dell'esperienza maturata in questi anni e soprattutto delle criticità a più riprese emerse si concorda di abolire la figura del medico di struttura nelle comunità con meno di quaranta posti letto. Verranno attivate le modalità previste dall'art. 53 comma 1. lettera c) dell'ACN 29 luglio 2009 "assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR)", con le modalità di accesso di cui agli allegati G - dello stesso ACN avuto riguardo ad eventuali disposizioni regionali ed aziendali in merito all'accesso ai servizi territoriali.



Per l'assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR) e per l'assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP) al medico è corrisposto un compenso onnicomprensivo nella misura di Euro 24,00 per accesso.

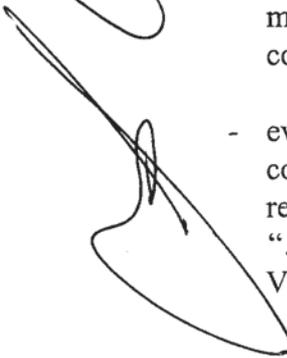
Nel caso di ricovero in comunità il Direttore di Distretto contatterà il medico curante del paziente perchè attivi l'assistenza residenziale. In caso di impossibilità del medico curante a seguire il proprio paziente verranno comunicati al paziente e ai suoi familiari l'elenco dei medici operanti nell'ambito di riferimento perchè venga operata una nuova scelta all'interno di questi, previa verifica della disponibilità del medico stesso ad operare nella struttura.

Le parti concordano che le nuove modalità operative per l'ADR verranno attivate dall'Azienda entro il 1° settembre 2011.

ART. 3

ATTRIBUZIONE AI FINI DELLA SCELTA DEL MEDICO DA INSERIRE NELLA UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE NEI QUATTRO DISTRETTI SOCIO-SANITARI E NELLA CITTA' DI AOSTA, AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1040 IN DATA 16 APRILE 2010.

PREMESSA

- 
- 
- vista la deliberazione della Giunta regionale n. 1040 in data 16 aprile 2010 recante: "Approvazione dell'istituzione sperimentale dell'unità di valutazione multidimensionale distrettuale nei quattro distretti socio-sanitari e nella città di Aosta con decorrenza dal 1° luglio 2010";
 - evidenziata la necessità di normare le modalità di acquisizione del medico componente dell'UVDM, ai sensi dell'allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 1040/2010 sopracitata che al riguardo stabilisce:
".....un medico, con funzioni di coordinatore, dipendente dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, o comunque convenzionato con la stessa per almeno 18 ore



settimanali, in possesso di particolari capacità professionali accertate dall'Azienda USL anche attraverso un colloquio attitudinale e motivazionale. Tale medico non può essere il Direttore del Distretto”;

- evidenziato che la funzione svolta dal medico di cui trattasi oltre a richiedere specifiche competenze e attitudini deve essere orientata e gestita con la più ampia flessibilità onde rispondere alle esigenze del servizio reso dall'unità di valutazione multidimensionale distrettuale nei quattro distretti socio-sanitari;
- ritenuto che le disposizioni già impartite con deliberazione della Giunta regionale n. 1040/2010 sopracitata dispongono, oltre ad un impegno minimo per il medico di cui trattasi di 18 ore settimanali da dedicare a tale servizio, di individuare la scelta di tale sanitario tra il personale con i seguenti rapporti giuridici:

- a) rapporto di dipendenza;
- b) rapporto libero professionale;
- c) rapporto convenzionale ai sensi delle convenzioni nazionali uniche.

- evidenziato che i rapporti giuridici di cui alle precedenti lettere a) e b) per loro natura e disciplina possono rispondere alle esigenze aziendali senza necessità di normare ulteriori dettagli operativi, mentre per quanto attiene i medici di cui alla lettera c) risulta necessario definire le modalità di utilizzo e di coinvolgimento degli stessi avuto riguardo alle specificità contrattuali degli stessi;
- richiamato 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;
- evidenziato che l'Azienda USL lamenta la difficoltà di reperire medici disponibili ad accettare incarichi orari ai sensi dell'ACN vigente e ritenuto opportuno coinvolgere laddove possibile i medici di assistenza primaria operanti sul territorio regionale definendo, altresì, le relative modalità operative;
- richiamati gli accordi regionali vigenti per la medicina generale approvati con deliberazioni della Giunta regionale n. 1451 in data 19 maggio 2006 per l'assistenza primaria e n. 1624 in data 15 giugno 2007 per la continuità assistenziale;

Ciò premesso, le parti concordano:

1. L'Azienda, ove ritenuto opportuno, può attribuire secondo i criteri previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale di lavoro per la medicina generale nuovi incarichi annuali a tempo determinato rinnovabili, ad un costo parametrato a quanto

previsto al CAPO III per la continuità assistenziale del vigente Accordo collettivo nazionale per la medicina generale a 24 o 38 ore settimanali effettuabili, nei giorni feriali in orario diurno, anche in forma frazionata e flessibile.

2. Al fine del conferimento degli incarichi di cui al comma 1. sono utilizzate graduatorie formulate dall'Azienda USL della Valle d'Aosta secondo i seguenti criteri di priorità:

- a) medici inseriti nella graduatoria regionale di medicina generale, settore della continuità assistenziale;
- b) medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale con l'Azienda USL con precedenza per anzianità di servizio con la stessa azienda, compatibilmente con il cumulo orario;
- c) medici inseriti nella graduatoria regionale di medicina generale, settore della continuità assistenziale, già titolari di incarico a tempo determinato per la continuità assistenziale con l'Azienda USL, compatibilmente con il cumulo orario;
- d) medici convenzionati titolari di incarico di assistenza primaria con l'Azienda USL operanti nel distretto di riferimento dell'UVMD e con un carico di assistiti inferiori a 650. In caso di parità di assistiti prevale l'anzianità di titolarità dell'incarico con l'USL;
- e) medici convenzionati con incarico provvisorio di assistenza primaria con l'Azienda USL operanti nel distretto di riferimento dell'UVMD e con un carico di assistiti inferiori a 650. In caso di parità di assistiti prevale l'anzianità di titolarità dell'incarico con l'USL;
- f) medici convenzionati titolari o con incarico provvisorio di assistenza primaria operanti nei distretti dell'Azienda USL della Regione Valle d'Aosta con priorità per i medici con un numero inferiore di assistiti. In caso di parità di assistiti prevale l'anzianità di titolarità dell'incarico con l'USL;
- g) medici non inseriti nella graduatoria regionale di medicina generale.

L'Azienda pubblicherà con le stesse modalità utilizzate per la pubblicazione per l'attribuzione degli incarichi di continuità assistenziale apposito avviso che contempli anche la definizione dei compiti e delle funzioni da svolgere, le modalità organizzative del servizio, le sedi ed il relativo orario di svolgimento, unitamente ad ogni altro elemento che l'Azienda riterrà utile comunicare affinché il medico sia consapevole del ruolo da ricoprire.

Le parti concordano che eventuali criticità che dovessero emergere nell'attribuzione degli incarichi verranno definite in sede di Comitato permanente regionale.



ART. 4

ESTENSIONE E INCENTIVAZIONE MEDICINA DI GRUPPO E MEDICINA DI RETE.

Le forme associative della medicina generale rappresentano un fattore determinante nel perseguimento degli obiettivi contemplati nel nuovo Piano regionale per la salute e il benessere sociale ai fini dello sviluppo e del miglioramento dell'assistenza territoriale per cui tutte le richieste di associazionismo in gruppo e di rete verranno accolte e l'Azienda USL vi provvederà con le risorse già inserite nel proprio bilancio per la medicina convenzionata.

Le parti ritengono opportuno nell'ambito del perseguimento delle indicazioni del nuovo Piano citate in premessa, che le attuali associazioni, pur rimanendo una scelta volontaria, evolvano nella medicina di gruppo.

Al fine dell'incentivazione di tale forma associativa attraverso l'utilizzazione del budget complessivo destinato all'associazionismo ed utilizzando una quota parte delle risorse aggiuntive regionali si riconosce, a decorrere dalla data di approvazione del presente accordo, a tali forme associative un incremento annuo di euro 4,50 per assistito.

A fronte di tale incremento le forme associative di cui trattasi assicureranno attività definite a livello distrettuale quali:

- attività di governo clinico e gestione integrata dei pazienti cronici;
- programmi di medicina di iniziativa;
- partecipazione a programmi di educazione sanitaria dei pazienti;
- adesione a programmi di facilitazione di accesso ai servizi da parte degli utenti da concordare con l'Azienda USL;
- adesione al progetto "medico sentinella" nell'ambito della rilevazione del fenomeno influenzale in numero congruo rispetto alla popolazione assistita.

In considerazione che da anni tutti i medici della Valle d'Aosta sono in rete con il Software gestionale Millewin, verrà estesa la possibilità di praticare la medicina di rete a tutti i medici di medicina generale della Valle d'Aosta. Laddove sussistano reali difficoltà essa potrà essere composta anche da due soli medici, previa valutazione ed autorizzazione da parte del Comitato aziendale permanente che valuterà, altresì, l'eventuale deroga alla chiusura pomeridiana alle ore 19.

Al fine dell'incentivazione di tale forma associativa attraverso l'utilizzazione del budget complessivo destinato all'associazionismo ed utilizzando una quota parte delle risorse aggiuntive regionali si riconosce, a decorrere dalla data di approvazione del presente accordo, a tali forme associative un incremento di euro 3,00 per assistito.

A fronte di tale incremento le forme associative di cui trattasi assicureranno attività definite a livello distrettuale quali:

- attività di governo clinico e gestione integrata dei pazienti cronici;
 - programmi di medicina di iniziativa;
- 
- 

- 
- partecipazione a programmi di educazione sanitaria dei pazienti;
 - adesione al progetto "medico sentinella" nell'ambito della rilevazione del fenomeno influenzale in numero congruo rispetto alla popolazione assistita.

ART. 5 PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Ai fini della riqualificazione dell'assistenza domiciliare e della conseguente riduzione del tasso di ospedalizzazione, del contenimento degli accessi in pronto soccorso e del miglioramento della qualità di vita dei pazienti, in particolar modo di quelli fragili e delle loro famiglie, i medici si impegnano ad effettuare sul territorio le prestazioni aggiuntive sottoriportate, maggiormente incentivate come indicato a fianco di ciascuna:

- 
- a) prima medicazione su ferita non precedentemente medicata da euro 12,32 a euro 15,00.
 - b) sutura di ferita superficiale con filo da euro 3,32 a euro 15,00.
 - c) successive medicazioni da euro 6,16 a euro 8,00.

Ai sensi di quanto disposto dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1040 in data 16 aprile 2010 con la quale sono state disciplinate le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale, spetta al medico di medicina generale la compilazione della scheda SVAMA, al fine di consentire l'elaborazione di un progetto assistenziale individualizzato e coerente, in virtù della crescente complessità delle situazioni che afferiscono ai servizi socio-sanitari territoriali, indipendentemente dalla fascia di età degli utenti, che rende necessaria una presa in carico multiprofessionale e multidimensionale.

Per la compilazione di ciascuna scheda SVAMA è riconosciuto al medico di medicina generale un compenso lordo onnicomprensivo di Euro 20,00.

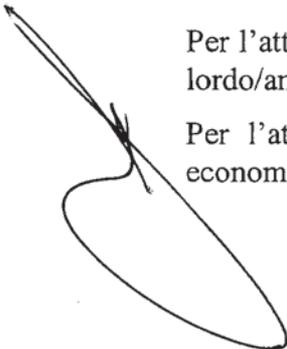


ART. 6 SOSTITUZIONE DELL'ART. 25 DELL'ACCORDO REGIONALE DI CUI ALLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 1451/2006: "INCENTIVAZIONE PER L'ATTIVITA' AMBULATORIALE"



Al fine di incentivare l'attività ambulatoriale sull'intero territorio regionale, le parti concordano che sarà corrisposto a tutti i medici di assistenza primaria che svolgono la loro attività in almeno tre ambulatori nell'ambito di appartenenza il compenso sottoindicato rapportato al numero degli ambulatori.

Per l'attività svolta in almeno tre ambulatori sarà corrisposto un incentivo economico lordo/annuo pari a 700 Euro.



Per l'attività svolta da quattro a sei ambulatori sarà corrisposto un incentivo economico lordo/annuo pari a 1000 Euro.



Per l'attività svolta oltre ai sei ambulatori sarà corrisposto un incentivo economico lordo/annuo pari a 1300 Euro.

Le parti precisano che, tenuto conto della peculiarità del territorio regionale, ai fini della corresponsione dell'incentivo, verranno considerati nel conteggio anche gli eventuali ambulatori ubicati nello stesso Comune dell'ambito di appartenenza.

ART. 7

MODIFICAZIONE ALL'ART. 12 DEL VIGENTE ACCORDO "LA CARTA DEI SERVIZI"

In considerazione delle modalità divulgative adottate dall'Azienda, che utilizza sempre più le nuove tecnologie di comunicazione disponibili, le parti confermano sulla necessità per ogni assistito di essere messo a conoscenza dell'attività del medico di famiglia demandando all'Azienda l'individuazione delle modalità ritenute più opportune sia dal punto di vista comunicativo che di utilizzo delle risorse tecnologiche.

ART. 8

DEBITO INFORMATIVO DEL MEDICO

Il medico sia che operi in forma singola che associata 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.

Nel caso in cui vengano richiesti dati per i quali non sono state formalizzate le procedure per l'assenso del trattamento dei dati da parte degli aventi diritto, si concorda che la richiesta aziendale verrà preventivamente portata all'attenzione del Comitato permanente regionale di cui all'art. 24 dell'ACN 23 marzo 2005 e successive modificazioni ed integrazioni per la medicina generale.

ART. 9

NORME FINALI

L'Azienda provvede alla costituzione dei fondi previsti dall'Accordo collettivo nazionale e assicura la gestione degli stessi al fine dell'intera distribuzione delle risorse laddove previsto dall'ACN per la medicina generale.

Le parti concordano che entro sessanta giorni dalla data di approvazione del presente accordo, nell'ambito del Comitato permanente regionale di cui all'art. 24 dell'ACN 23 marzo 2005 e successive modificazioni ed integrazioni per la medicina generale, si provvederà alla revisione degli obiettivi regionali ed aziendali definiti a seguito dell'entrata in vigore dell'accordo regionale di cui alla Delibera della Giunta regionale n. 1028 in data 20 aprile 2007.

Le parti concordano che i medici di medicina generale integrano la propria attività nell'ambito della programmazione aziendale e collaborano con le altre figure professionali presenti in Azienda concorrendo al raggiungimento degli obiettivi aziendali per la fascia di età di riferimento.

Le parti concordano che in sede di Comitato permanente regionale verranno esaminate le modalità organizzative del corso triennale di formazione specifica in medicina generale.

**ART. 10
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.



Dichiarazione a verbale SNAMI

La delegazione dello SNAMI per gli accordi integrativi regionali dando seguito alla decisione dell'assemblea regionale tenutasi in data 07/04/2011, di sottoscrive il nuovo AIR dichiara quanto segue:

Non condivide:

- l'articolo 4 "ESTENSIONE E INCENTIVAZIONE MEDICINA DI GRUPPO E MEDICINA DI RETE" continuando a persistere, anzi ad aumentare il divario di trattamento economico tra i MMG in associazione della medicina di gruppo e la medicina.
- Articolo 2 "MODIFICHE ALL'ARTICOLO 5 DELL'ACCORDO REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE APPROVATO CON DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N1451 IN DATA 19 MAGGIO 2006" MEDICO DI STRUTTURA, non avendo avute delucidazione sulle criticità sul citato accordo, consapevoli del fatto che i MMG che hanno operato dal 2006 nelle strutture hanno svolto con professionalità il loro compito riducendo al minimo gli accessi impropri al P.S. ed ai reparti di lunga degenza.
- Articolo 6 "SOSTITUZIONE DELL'ARTICOLO 25 DELL'ACCORDO REGIONALE DI CUI ALLA DGR 1451/2006 INCENTIVAZIONE PER L'ATTIVITA' AMBULATORIALE".

CHIEDE che tale documento faccia parte integrale del presente accordo integrativo regionale.

Acordo 8/04/2011

Delegati S.N.A.M.I. Per AIR

Di Cesare dr. Leonardo
Treves dr. Mario

Dr. Treves