

LA GIUNTA REGIONALE

- Richiamato l'Accordo collettivo nazionale 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 in data 23 marzo 2005;
- 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 collettivo nazionale;
- richiamata la propria deliberazione n. 3964 in data 26 novembre 2005 concernente l'individuazione delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative ai fini della composizione dei Comitati permanenti regionali ed aziendali per il personale medico convenzionato, ai sensi dell'Accordo collettivo nazionale di lavoro del 23 marzo 2005 della medicina generale nonché l'approvazione della composizione e delle modalità di funzionamento del Comitato regionale di cui all'art. 24 dell'Accordo Collettivo Nazionale sopracitato;
- richiamata la propria precedente deliberazione n. 4354 in data 16 dicembre 2005 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 è preposto alla definizione degli accordi regionali il Comitato previsto dall'art. 24 dell'Accordo Collettivo nazionale del 23 marzo 2005, di cui alla propria precedente deliberazione n. 4354 in data 16 dicembre 2005;
- considerato che in data 4 maggio 2006 è stato siglato l'Accordo regionale per i medici di assistenza primaria, dall'Assessore regionale alla Sanità, Salute e Politiche Sociali, dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta e dalle Organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative, ai sensi dell'art. 22 dell'Accordo Collettivo nazionale di cui trattasi;
- ritenuto di approvare l'Accordo regionale per i medici di assistenza primaria, in attuazione dell'Accordo collettivo nazionale del 23 marzo 2005, allegato alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante;
- dato atto che alla spesa derivante dall'allegato Accordo provvederà l'Azienda U.S.L. 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. 4606 in data 30 dicembre 2005 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2006/2008, con

l'attribuzione alle strutture dirigenziali di quote di bilancio e degli obiettivi gestionali correlati, e di disposizioni applicative;

- visto il parere favorevole di legittimità rilasciato dal Direttore della Direzione Salute dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, ai sensi del combinato disposto degli articoli 13 - comma 1 - lett. e) e 59 - comma 2 - della legge regionale 45/1995, sulla presente proposta di deliberazione;
- su proposta dell'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche Sociali, Antonio Fosson;
- ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

- 1) di approvare l'Accordo regionale per i medici di assistenza primaria, in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005, allegato alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante;
- 2) di dare atto che alla spesa derivante dall'allegato Accordo provvederà l'Azienda U.S.L. 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 che lo rende esecutivo 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 la presente deliberazione sia trasmessa all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta per i successivi adempimenti di competenza;
- 5) di stabilire che la presente deliberazione venga pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione.

SF

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

Il giorno 4 maggio 2006, 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 l'organizzazione sindacale partecipante, rappresentativa dei medici di medicina generale, in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005 della medicina generale, nelle persone di :

Per la parte pubblica :

DOTT. ANTONIO FOSSON

ASSESSORE REGIONALE ALLA SANITA',
SALUTE E POLITICHE SOCIALI

Per l'Azienda USL della Valle d'Aosta

DOTT. CLEMENTE PONZETTI
DIRETTORE SANITARIO

Per le Organizzazioni sindacali di categoria:

F.I.M.M.G

DOTT. ROBERTO ROSSET
(SEGRETARIO)

Aosta, 4 maggio 2006

ACCORDO REGIONALE PER I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA

PREMESSA

In data 23 marzo 2005 è entrato in vigore l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale nel quale è stato evidenziato in modo specifico il nuovo ruolo della contrattazione regionale.

Con il meccanismo della cedevolezza delle norme, meccanismo sostitutivo per cui una parte normativa nazionale può essere sostituita parzialmente o totalmente da analoghe norme regionali, si passa dalla definizione di uno strumento essenzialmente integrativo, alla strutturazione di un accordo regionale, nel quale si sviluppano le opportunità programmatiche e gestionali dell'assistenza territoriale.

Livelli di negoziazione

La nuova convenzione si articola in livelli di contrattazione nazionale, regionale e aziendale.

Il **livello nazionale** individua:

1. le garanzie per i cittadini;
2. il ruolo, il coinvolgimento nell'organizzazione e programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato;
3. i servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza;
4. la compatibilità economica;
5. la responsabilità delle istituzioni (Regioni e Aziende) nei confronti della piena applicazione dell'ACN.

Il **livello regionale** definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale.

Il **livello aziendale** individua i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

Il nuovo ACN comporta, per i Medici di assistenza primaria, il passaggio dal **vecchio paradigma** - che si fondava principalmente sul controllo nell'uso delle risorse, sulla funzione di gatekeeping, sull'incentivazione del contenimento/riduzione dei consumi e sulla messa in opera di sistemi informativi polarizzati sul controllo di gestione - ad un **nuovo paradigma** che punta invece a:

- **Misurare la performance**
- **Premiare la qualità**
- **Motivare i professionisti**

L'articolato degli Accordi regionali si basa sul principio che il ruolo cardine dei Medici di assistenza primaria è finalizzato non solo a fornire un servizio sanitario ambulatoriale, domiciliare o in struttura, ma è in grado anche di evidenziare i bisogni di salute e di orientare la domanda di servizi in una logica di ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali.

In tal modo i Medici di assistenza primaria sono sempre più coinvolti in un distretto organizzato per fornire le risposte di salute con criteri di efficienza, appropriatezza, evidenza scientifica e corretto uso delle risorse secondo il progetto di salute definito dal Piano Sanitario Regionale.

Art. 1 - Strumenti operativi

E' necessario individuare forme e strumenti che garantiscano alla medicina generale, parte integrante del "sistema salute", una collocazione stabile nei vari livelli di "governo" aziendale e regionale. Con la partecipazione a tali livelli di "governo" sarà possibile raggiungere gli obiettivi aziendali individuati.

1. GOVERNO CLINICO

Rappresenta il tentativo di trovare un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, e pertanto va inteso come strumento per la realizzazione della qualità dei servizi prodotti dall'Azienda Sanitaria.

Esso si articola sostanzialmente in cinque punti:

- Definizione di standard qualitativi dell'assistenza
- Condivisione multidisciplinare e trans-professionale
 - adozione linee guida
 - applicazione percorsi diagnostico terapeutici condivisi
 - coordinamento ed integrazione tra servizi con appropriate soluzioni organizzative
- Ricerca dell'efficacia delle procedure su base EBM
- Responsabilizzazione professionale con la documentazione della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati attraverso criteri di valutazione ed indicatori appropriati (customer satisfaction)
- Formazione

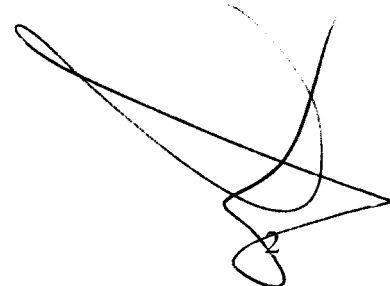
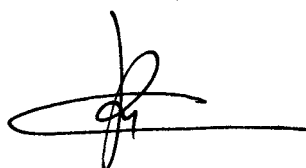
2. GOVERNO DELLA DOMANDA

Inteso come strumento di appropriatezza e razionalizzazione dell'uso delle risorse, esso si articola in:

- Educazione e prevenzione nella popolazione
- Eliminazione domanda impropria anche indotta da altri operatori del SSN, attraverso il monitoraggio della stessa
- Contenimento degli accessi impropri in PS e del ricorso ai ricoveri ospedalieri
- Orientamento dell'utenza verso un ambito di cure, verso un profilo diagnostico terapeutico.
- Appropriately prescrittiva: farmacologica, visite specialistiche, esami diagnostici, ricoveri ospedalieri
- Controllo liste di attesa
- Monitoraggio patologie croniche

Art. 2 - Obiettivi regionali

Gli obiettivi strategici che la Regione intende perseguire sono i seguenti:



1. Realizzazione del modello organizzativo dell'equipe territoriale finalizzata all'integrazione socio sanitaria
2. Sviluppo delle forme associative
3. Potenziamento dell'informatizzazione
4. Sviluppo della continuità delle cure primarie

Art. 3 - Modello organizzativo regionale delle cure primarie

1. Equipe territoriale

L'esperienza di questi anni in molte realtà regionali ha dimostrato che quanto più si esce dalla logica di un'attività clinica isolata per realizzare forme integrate di assistenza sanitaria con il riconoscimento della centralità del medico di assistenza primaria, tanto più si riesce a dare risposte "in loco" alla domanda di salute della popolazione.

Ne deriva che il modello organizzativo che la Regione ritiene strategicamente più consono al raggiungimento di quanto detto sopra, nonché degli obiettivi di governo clinico e di governo della domanda, è quello dell' *équipe territoriale integrata di montagna*, quale potenziamento e riorganizzazione delle attuali équipes distrettuali, in cui operano solo professionisti socio-sanitari non medici.

Al fine di assicurare l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari, ne fanno parte tutte le figure professionali operanti nell'ambito territoriale di riferimento: medici di assistenza primaria, medici specialisti, medici pediatri di libera scelta, medici di CA, infermieri, , logopedisti, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, assistenti sanitarie.

Essa rappresenta pertanto momento elettivo dell'integrazione socio-sanitaria ed è anche sede di esercizio del governo clinico e del governo della domanda.

La partecipazione all'attività di équipe costituisce obbligo convenzionale per ciascun medico a prescindere dal suo status di "medico aggregato" o "medico non aggregato".

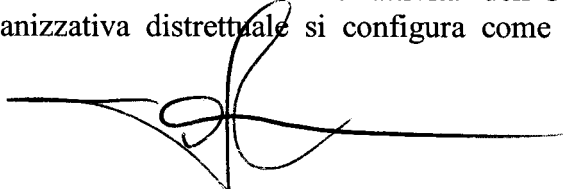
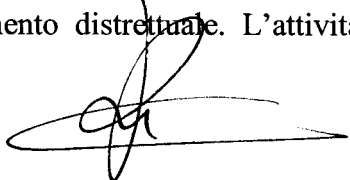
Nel caso di *aggregazione*, la partecipazione all'attività di équipe può essere delegata ad un medico designato dalla aggregazione stessa, mentre i medici non aggregati non possono delegare.

Il territorio di operatività dell'equipe è individuato dal Direttore di distretto sentiti gli operatori interessati, nell'ambito del distretto.

Tale territorio geografico di norma coincide con gli ambiti territoriali esistenti per la medicina generale, fermo restando che nello stesso ambito possono insistere più équipes.

L'equipe territoriale riveste non solo una **valenza di tipo clinico** ma è anche lo strumento attuativo della programmazione sanitaria ed è quindi **momento organizzativo** della medicina generale e delle altre discipline presenti nel Distretto.

- **L'attività clinica** dell'equipe territoriale, si concretizza attraverso la predisposizione di un programma di lavoro concordato e mediante la produzione di valutazioni multidimensionali di un bisogno complesso, da cui discendono le risposte appropriate alle diverse condizioni.
- **L'attività organizzativa** Fatta salva l'attività organizzativa dell'equipe afferente al distretto e remunerata in quota capitaria, l'attività organizzativa **distrettuale** si concretizza attraverso gli incontri con il Direttore di distretto ed in connessione con le attività dell'Ufficio di Coordinamento distrettuale. L'attività organizzativa distrettuale si configura come obiettivo



aziendale e come tale sarà oggetto di monitoraggio da parte dell'Azienda, per il raggiungimento degli obiettivi regionali/aziendali e valutata sulla base di indicatori condivisi.

Si demanda al Comitato Regionale la definizione dell'indicatore relativo a tale obiettivo da definire al massimo entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente Accordo.

(Indicatore: partecipazione alle riunioni distrettuali = > 4)

(Allegato1)

2. Forme associative

Al fine di favorire il confronto tra le professionalità e la crescita del singolo medico all'interno dell'équipe, la Regione ritiene obiettivo prioritario il superamento in senso trasversale delle classiche **forme associative** mediante l'attivazione di **forme organizzative di aggregazione** dei medici, riconducibili a modelli evolutivi quali espressione di un associazionismo in sintonia con le peculiarità del territorio regionale, e che preveda ulteriori livelli aggiuntivi **con il riconoscimento di adeguata incentivazione**.

L'**aggregazione** dei medici rappresenta una garanzia di continuità assistenziale, di maggior livello qualitativo delle prestazioni erogate, di una migliore fruibilità ed accessibilità ai servizi territoriali, di più elevati standards strutturali, strumentali ed organizzativi dell'attività professionale.

In virtù del combinato disposto dei commi 13 e 17 dell'art. 54, per la definizione, i principi generali e la disciplina delle forme organizzative di aggregazione si prevede:

- a) Conferma di quanto previsto dall'art. 54 dell'ACN ai commi 1,2,3,4,5,6.
- b) Individuazione di due forme di aggregazione :
 - Aggregazione tipo A
 - Aggregazione tipo B

L'aggregazione di tipo A si identifica con i requisiti previsti ai commi 7 e 8 dell'art. 54. L'aggregazione di tipo B si identifica con i requisiti previsti al comma 9 dell'art. 54 e può verificarsi in ambulatori "privati" (B1) o "pubblici" (B2).

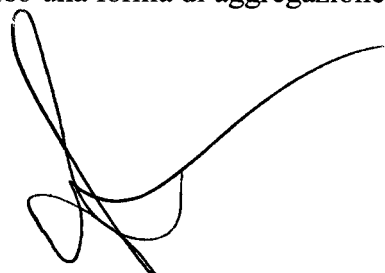
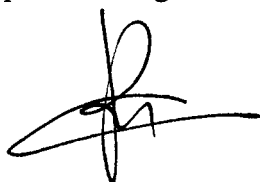

Per la durata del presente Accordo, tali aggregazioni di tipo B1 o B2 sono previste nel numero massimo di quattro, una per distretto, con priorità per le domande giacenti in Azienda all'entrata in vigore del presente Accordo. La mancata presentazione di istanza di autorizzazione per l'attivazione di una forma aggregativa di tipo B1 o B2 in uno dei distretti, entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Accordo, consente l'attivazione di un'analogha forma aggregativa ulteriore nel distretto 2, fermo restando il tetto di spesa ex art 46 dell'ACN.

Le parti concordano che, al fine di garantire a tutti i MMG il diritto di aderire a forme aggregative, sono consentite deroghe al numero minimo di cui all'art. 54 comma 4 lettera e) limitatamente agli ambiti dove operano soltanto due medici. E' altresì concesso ai MMG che si trovino in tale situazione la possibilità di aggregarsi con altri MMG fuori dall'ambito di competenza purchè limitrofo ed appartenente allo stesso distretto.

Dopo tre mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo l'Azienda USL riconosce e remunera esclusivamente le forme di aggregazione di tipo A, B1 o B2.

Pertanto entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo:

- I MMG attualmente già organizzati in forme associative semplici o in rete dovranno presentare domanda di trasformazione di tale medicina di associazione verso una forma di aggregazione tra quelle sopra indicate oppure lo scioglimento del loro accordo.



- Le istanze giacenti in Azienda, e non ancora autorizzate alla data di entrata in vigore del presente Accordo, dovranno essere ripresentate e adeguate alle nuove forme aggregative previste secondo le modalità di cui al presente accordo.

In caso di ulteriori domande non contemplate ai punti precedenti, esse saranno autorizzate sulla base della data di presentazione della domanda stessa, fermo restando il tetto di spesa, ex art 46 dell'ACN.

I MMG che aderiscono a forme di aggregazione di tipo B1 e B2, devono mantenere su tutto il territorio regionale la copertura dell'attività negli attuali ambulatori ubicati in Comuni diversi dalla sede principale dell'aggregazione. I MMG comunicano all'Azienda USL le modalità organizzative atte a garantirne la copertura, la cui rispondenza alla normativa regionale e nazionale sarà oggetto di verifica a livello aziendale.

Sono richiesti, per i modelli A e B, ulteriori livelli aggiuntivi quali:

- Disponibilita' telefonica: fermo restando gli obblighi convenzionali in materia di assistenza domiciliare e ambulatoriale la disponibilità telefonica è intesa come contattabilità del medico in modo diretto o suoi collaboratori o attraverso apparati elettronici e successivo richiamo da parte del medico stesso o da parte di un medico dell'aggregazione entro 40 minuti dalla chiamata dell'assistito, dalle ore 8 alle ore 14 nei giorni feriali.
- La presenza, laddove possibile, nelle attività diurne di medici di C.A. prioritariamente titolari purché convenzionati con l'Azienda Sanitaria della Valle di Aosta e con un contratto di lavoro a 38 ore settimanali. Fermo restando l'impegno orario previsto dall'ACN che deve essere garantito dai MMG dell'aggregazione, l'attività del medico di C.A., il cui impegno non deve superare le 14 ore settimanali, diurne e feriali, dovrà essere prevista e concordata nell'atto costitutivo dell'aggregazione stessa. Tale atto sarà validato dall'Azienda USL ai sensi dell'art. 54 comma 4, lettera s).

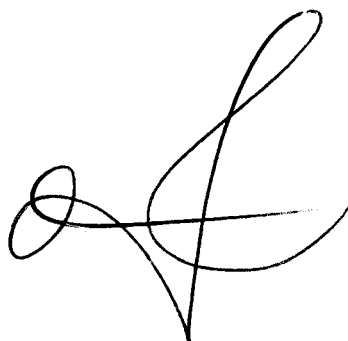
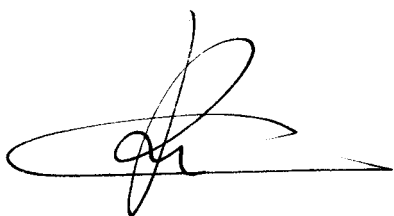
I medici che partecipano alle aggregazioni di tipo A sono remunerati con un compenso annuo di Euro 4,00 per ciascun assistito in carico; quelli che partecipano al modello B1 con un compenso annuo di Euro 10,00 per ciascun assistito in carico e con un compenso annuo di Euro 3,00 quelli che partecipano al modello del tipo B2.

Tali compensi per i medici che appartengono ad una forma di aggregazione di tipo B 1 si intendono comprensivi dell'utilizzo obbligatorio di 1 collaboratore di studio.

Per tutti i MMG appartenenti a forme di aggregazione a tali compensi si aggiunge la quota parte, pari a € 1,00 annuo, destinata all'obiettivo della disponibilità telefonica intesa quale strumento di governo clinico.

Le forme di aggregazione si configurano come obiettivo regionale e come tali saranno oggetto di monitoraggio e verifica da parte dell'Azienda USL.

Qualora dalla verifica effettuata non risultasse la rispondenza ai requisiti previsti, l'Azienda USL provvederà alla sospensione del pagamento degli incentivi connessi alla forma aggregativa e attiverà la procedura del recupero dell'incentivazione economica prevista dall'Accordo regionale a decorrere dalla data della verifica effettuata.



Art. 4 - Informatizzazione

L'indennità informatica è riconosciuta a tutti i medici, aggregati e non, che utilizzino nella loro quotidiana attività, e nei termini richiesti dall'Accordo Nazionale, (art. 59, lettera B, comma 11) apparecchiature e programmi informatici.

Considerata l'importanza strategica che l'informatizzazione sta assumendo nel nostro territorio, è riconosciuta al medico - a carico dell'Azienda Sanitaria - oltre alla indennità forfetaria mensile secondo le modalità previste dall'ACN - la licenza del software Millewin, il canone annuo di manutenzione e di aggiornamento del software stesso, la relativa formazione, la connessione remota, l'assistenza remota *Ida help desk* e tre interventi di assistenza in loco gratuiti nel corso del primo anno.

In applicazione del comma 275 dell'art. 1 della Legge Finanziaria 2006, l'Azienda subordina l'erogazione dell' indennità di collaborazione informatica, per ogni medico di medicina generale, al rispetto della soglia del 70% della stampa informatizzata delle prescrizioni.

Al fine di favorire il raggiungimento dell'obiettivo comune del governo clinico nell'assistenza primaria nonché l'avvio di un sistema informativo distrettuale, in applicazione del combinato disposto degli art. 45 comma 2, lettera b) e art. 59 lettera B, comma 11, le parti concordano che i dati contenuti nella scheda sanitaria individuale rivestono carattere di debito informativo nei confronti dell'Azienda USL e della Regione. Le modalità di trasmissione, attraverso la messa a regime di idonei flussi informativi, i contenuti, i tracciati e le scadenze saranno definiti e concordati a livello di Comitato regionale.

Art. 5 - Medico di struttura

Al fine di superare l'attuale modalità di accesso nelle microcomunità e nelle case di riposo pubbliche e convenzionate, la Regione ritiene fondamentale istituire la figura del " *medico di struttura* " con l'obiettivo di migliorare l'assistenza per tutti gli ospiti della struttura stessa, in base ad una programmazione di accesso orario settimanale in capo ai medici dell' *équipe* cui afferisce la struttura.

Tale figura rappresenta il superamento del concetto di *accesso* a favore di quello di *una presenza medica* responsabile dei processi di cura di *tutti gli ospiti* della residenza, di concerto con le altre figure sanitarie ed assistenziali, fermo restando il rapporto fiduciario con il proprio medico di famiglia, i cui accessi sono compresi in quota capitaria.

Fatta salvo l'obiettivo finale di copertura di tutte le strutture residenziali per anziani presenti sul territorio della Valle d'Aosta con la presenza del medico di struttura da realizzarsi entro il 31 dicembre 2006, si concorda che tali medici saranno individuati in via prioritaria tra quelli di assistenza primaria componenti l'*equipe* territoriale cui fa riferimento la struttura, che abbiano espresso la loro disponibilità, che non esercitino attività libero professionale strutturata con impegno orario superiore a cinque ore/settimanali o, in sub-ordine, tra i medici titolari di continuità assistenziale.

In caso di impossibilità di copertura del servizio, il Direttore di distretto avrà cura di organizzare il servizio stesso attraverso una turnazione di tutti i medici di medicina generale afferenti all' *équipe* di riferimento.

Le parti concordano che l'attività del medico di struttura si espletterà di norma sulla base del rapporto di 1 ora/settimana ogni 10 ospiti della struttura, e sarà corrisposta al medico la tariffa oraria omnicomprensiva di 35 €/ora.

Tenuto conto del carattere sperimentale del servizio e delle diverse realtà distrettuali le modalità organizzative del servizio saranno individuate dal Direttore di distretto.

Nelle more dell'applicazione da parte dell'Azienda USL di quanto sopra, rimangono valide le procedure vigenti al momento dell'entrata in vigore del presente accordo.

A tal fine, l'Azienda USL utilizza una quota non superiore alla spesa sostenuta nel corso dell'anno 2005, per gli accessi programmati in strutture protette.

Art. 6 - Collaboratore di studio, infermiere professionale

Fermo restando quanto concordato all'articolo 3 comma 2, l'indennità del collaboratore di studio è riconosciuta, oltre ai MMG che già ne beneficiano e fino ad un limite massimo di ulteriori 5000 assistiti, prioritariamente nell'ordine:

- ai MMG che aderiscono a forme di aggregazione di tipo A nella misura di uno per aggregazione,
- ai MMG che non aderiscono a forme di aggregazione.

L'orario minimo di servizio previsto per l'attività è pari a un'ora giornaliera, ovvero a cinque ore settimanali per ogni medico, di presenza in studio durante l'orario di apertura per l'attività convenzionata.

Tale condizione deve essere riportata esplicitamente nel contratto o con apposita autocertificazione da parte del medico.

Il medico è tenuto ad assumere il collaboratore di studio o di personale infermieristico direttamente o da altri soggetti (società di servizi, cooperative) secondo quanto previsto dai contratti nazionali dei dipendenti per gli studi professionali di IV categoria e degli infermieri professionali, o contratto di natura libero professionale o rapporto di collaborazione coordinata e continuativa.

Per i MMG aggregati in forma B2, le cinque ore settimanali minime richieste dovranno essere moltiplicate per il numero di MMG aggregati.

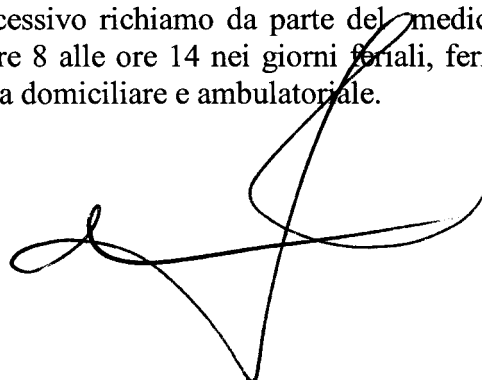
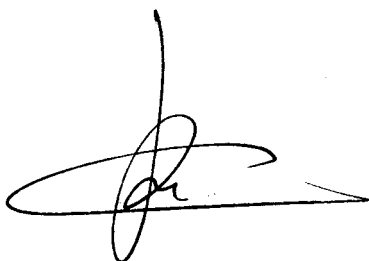
I medici di medicina generale che ricevono le prestazioni relative al collaboratore di studio o al personale infermieristico da società o Aziende terze, dovranno esibire fatture contenenti il numero di ore prestate dal suddetto personale.

Tutti gli istituti incentivanti sopra richiamati saranno oggetto di monitoraggio e valutazione da parte dell'Azienda USL.

Art. 7 - Obiettivi aziendali (fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico, di cui al art. 59 lettera b comma 15)

1. Disponibilità telefonica

Disponibilità telefonica intesa come contattabilità del medico in modo diretto o suoi collaboratori o attraverso apparati elettronici e successivo richiamo da parte del medico stesso entro 60 minuti dalla chiamata dell'assistito, dalle ore 8 alle ore 14 nei giorni feriali, fermo restando gli obblighi convenzionali in materia di assistenza domiciliare e ambulatoriale.



Tale attività si configura come obiettivo aziendale e come tale sarà oggetto di monitoraggio da parte dell'Azienda, per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e valutata sulla base di indicatori condivisi.

Si demanda al Comitato Regionale la definizione dell'indicatore relativo a tale obiettivo da definire al massimo entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente Accordo.

Tale obiettivo aziendale sarà remunerato nella misura di € 2,00 annui per assistito, nel caso del medico singolo. Per le forme associative vale quanto previsto al punto 2 dell'art.3 del presente accordo.

2. Appropriately prescriptive.

Attraverso la predisposizione dei progetti aziendali sotto indicati, l'Azienda USL individua gli indicatori di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva e del corretto utilizzo delle risorse secondo principi di qualità e di Evidence Based Medicine:

- farmacovigilanza
- rispetto delle liste di attesa
- appropriatezza invii in P.S.

L'appropriatezza prescrittiva del Medico di assistenza primaria sarà oggetto di monitoraggio da parte dell'Azienda, per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e pertanto sarà valutata sulla base di indicatori condivisi.

Si demanda al Comitato Regionale la definizione degli indicatori relativi a tali obiettivi da definire al massimo entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente Accordo

a) Farmacovigilanza: sartanici, inibitori di pompa, statine ed eparine a basso peso molecolare.

Razionalizzazione della spesa relativa alla prescrizione di tutte e quattro le classi farmaceutiche sopraindicate.

b) Accessi in P.S.

Razionalizzazione degli accessi in P.S.

c) Liste di attesa

Partecipazione al contenimento delle liste di attesa secondo gli standards previsti dalla normativa vigente.

3. Attività organizzativa distrettuale

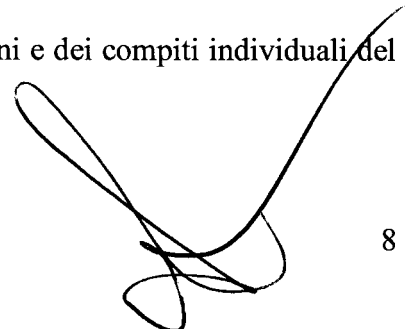

Partecipazione all'attività organizzativa così come definito art. 3 del presente Accordo.

Si precisa che la quota parte del fondo eventualmente non distribuita per il mancato raggiungimento degli obiettivi da parte di alcuni professionisti sarà ridistribuita tra i MMG che avranno raggiunto l'obiettivo con modalità da concordare in sede di Comitato aziendale.

ART. 8 - Assistenza domiciliare programmata e integrata

- Assistenza domiciliare programmata (art. 53 – allegato g)

L'ADP erogata dal Medico di assistenza primaria è una delle funzioni e dei compiti individuali del sanitario di cui all'art. 45, comma 1, lettera b) dell'ACN.



La corresponsione del trattamento economico è subordinato alla corretta tenuta della scheda sanitaria degli accessi al domicilio dell'utente all'effettività degli accessi programmati certificata dalla firma dell'utente e alle cadenze stabilite con il Direttore di Distretto.

Eventuali momenti di verifica da parte dell'Azienda USL potranno realizzarsi così come previsto dall'art. 8 dell'Allegato G dell'ACN.

Per tale forma assistenziale viene confermata la quota già prevista dall'art. 10 del precedente accordo regionale (D.G.R. 3883/2002)

- Assistenza domiciliare integrata (art. 53 – allegato h e DGR n.° 4248 del 13 settembre 2004)

L'ADI erogata dal Medico di assistenza primaria è una delle funzioni e dei compiti individuali del sanitario di cui all'art. 45 comma 1 lettera b) dell'ACN.

La corresponsione del trattamento economico è subordinato all'effettività degli accessi programmati, alle cadenze stabilite con il Direttore di Distretto nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa regionale.

Per tale forma assistenziale viene confermato il trattamento economico previsto all'art. 8 del precedente accordo regionale (D.G.R. 3883/2002).

Art. 9 - Attività di prevenzione

L'adesione alle campagne di vaccinazione antinfluenzale rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse e organizzate dall'Azienda USL è una delle funzioni e dei compiti individuali del sanitario di cui all'art. 45, comma 2, lettera n) e comma 4 lettera c) dell'ACN.

Ciascuna vaccinazione erogata dal medico è retribuita come da nomenclatore tariffario delle prestazioni aggiuntive di cui all'allegato D dell'ACN.

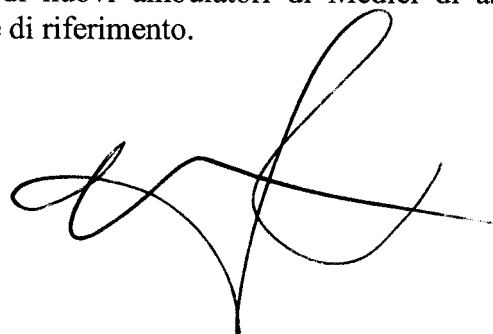
La partecipazione del medico di famiglia alle campagne vaccinali e ad altre attività di prevenzione quali ad esempio screening, indagini di stratificazione del rischio, ecc., sarà remunerata sulla base di specifici progetti aziendali e sarà oggetto di monitoraggio da parte dell'Azienda USL.

Art. 10 - Zone disagiate e disagiatissime

Si conferma quanto previsto dall'accordo vigente di cui alla D.G.R. n. 3883 del 21 ottobre 2002.

Art. 11 - Potenziamento degli ambulatori nei Comuni della "cintura" e della collina di Aosta.

Le parti concordano sulla necessità di definire modalità organizzative finalizzate a fornire ulteriori servizi alla popolazione residente nei Comuni della "cintura" e della collina di Aosta, anche in accordo con gli Enti Locali, attraverso l'apertura di nuovi ambulatori di Medici di assistenza primaria, nell'ambito dell'organizzazione dell'equipe di riferimento.



Art. 12 – La carta dei servizi

Per garantire il rispetto e la fiducia tra medico e assistito che si fonda sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti, ogni assistito deve esser messo a conoscenza dell'attività del medico di famiglia tramite una Carta dei Servizi, predisposta dall'Azienda USL in un unico modello condiviso, che comprenda in particolare:

- l'organizzazione dell'assistenza medica in Valle d'Aosta tra cui il servizio di Continuità assistenziale e Medici di Emergenza Territoriale
- l'accessibilità allo studio del medico e la disponibilità telefonica
- i certificati rilasciati gratuitamente dal medico di famiglia o suo sostituto e quelli invece rilasciabili su compenso
- le modalità della scelta/revoca del medico
- le forme di aggregazione a cui eventualmente aderisce (funzioni e modalità)

Art. 13 - Linee guida, percorsi assistenziali e profili di cura

Il Medico di assistenza primaria è responsabile dell'applicazione di linee guida, profili di cura e percorsi assistenziali diagnostico-terapeutici individuati a livello aziendale.

La partecipazione del Medico di assistenza primaria alla stesura di linee guida, percorsi assistenziali e profili di cura sarà remunerata con un compenso orario lordo di Euro 26,00 (la frazione di ora > a 30 minuti è considerata pari all'ora) secondo modalità definite a livello aziendale, fermo restando che nulla è dovuto per l'eventuale sostituzione.

Art. 14 - Formazione

La formazione continua del medico di assistenza primaria costituisce requisito indispensabile per lo svolgimento dell'attività convenzionale, come definito dall'art. 20 dell'ACN.

La formazione del medico di assistenza primaria è volta principalmente a:

- aspetti pratici della professione medica
- obiettivi aziendali e distrettuali
- argomenti deontologici e legali

I corsi di aggiornamento devono essere tutti eventi formativi accreditati con il rilascio dei relativi crediti ECM e ciascun medico è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi

Le parti stabiliscono che l'Azienda USL organizza in sede eventi accreditati per almeno 30 ore annuali nelle giornate di sabato con l'attivazione del servizio di Continuità Assistenziale a partire dalle ore 8,00.

L'Azienda USL comunica il calendario degli eventi con un preavviso di trenta giorni e con cadenza trimestrale ai medici di Assistenza Primaria

Il medico è tenuto a partecipare agli eventi organizzati localmente, per un minimo di 20 ore.

Ai fini del raggiungimento del monte ore di cui all'art. 20, comma 12, il medico può partecipare inoltre ad eventi fuori sede, purché accreditati, con spese a suo carico.

Ai fini del comma 15 dell'art. 20 dell'ACN, la Regione crea un elenco regionale di animatori di formazione ove, in fase di prima applicazione, vengono inseriti gli animatori già iscritti nell'albo di

cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 4791/98 del 21 dicembre 1998, previa verifica del curriculum formativo relativo all'ultimo quinquennio, da parte del Comitato regionale. L'iscrizione al registro regionale degli animatori di formazione costituisce elemento utile per lo svolgimento della funzione di tutor nell'ambito del corso di formazione in medicina generale.

Si prevedono complessivamente 5 animatori, uno per i distretti 1, 3 e 4 e due per il distretto 2, ai quali è riconosciuta un'indennità lorda mensile di € 300,00.

Gli animatori di formazione devono svolgere, in collaborazione con il Direttore di distretto, le seguenti funzioni:

- definizione i bisogni formativi distrettuali
- elaborazione del piano annuale di aggiornamento professionale
- collaborazione alla organizzazione delle iniziative
- valutazione dell'attività formativa e dell'impatto della stessa sulle attività del medico di medicina primaria
- monitoraggio della formazione svolta al di fuori del territorio regionale
- docenza nell'ambito dei corsi di formazione organizzati in sede

Possono partecipare ai corsi di formazione per animatori organizzati dall'USL i medici in possesso dei seguenti requisiti:

1. Possesso di almeno 5 anni di attività convenzionale, anche non continuativa, con il SSN
2. Curriculum formativo riferito all'ultimo quinquennio.

COMPENSI PER LA FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Fermo restando quanto previsto per la disciplina dell'attività didattica e tutoriale dei medici di medicina generale dalle disposizioni statali e regionali vigenti, al medico di medicina generale che svolge funzioni di tutor e didattiche nell'ambito del corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368, è riconosciuta un' indennità mensile lorda pari ad Euro 220,00 per l'attività di tutor.

Art. 15 – Assistenza ai turisti

L'Azienda è autorizzata ad attivare nel periodo estivo e nelle località con maggiore afflusso turistico, tenuto conto dei volumi di attività riscontrati nell'anno precedente, il servizio di assistenza ai villeggianti, secondo disposizioni regionali.

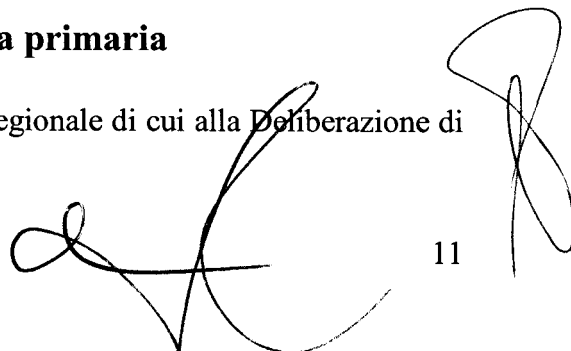
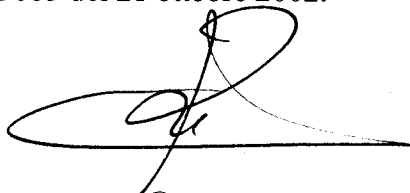
Le parti concordano di mantenere invariati i compensi previsti nell'anno 2005 per lo svolgimento di tale attività.

Art. 16 - Determinazione della quota di detrazione ai medici che usufruiscono di poliambulatori dell'Azienda USL

Le parti confermano quanto stabilito dall'art. 16 dell'Accordo regionale di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 3883 del 21 ottobre 2002.

Art. 17 - Copertura degli ambiti carenti di assistenza primaria

Le parti confermano quanto stabilito dall'art. 17 dell'Accordo regionale di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 3883 del 21 ottobre 2002.



ART. 18 - Appropriatelyzza delle cure e dell'uso delle risorse.

L' Azienda quando rileva comportamenti prescrittivi del medico di MMG ritenuti **non** conformi alle norme di cui all'articolo art. 27 dell'ACN, sottopone i casi ad una Commissione aziendale unica così composta:

- Un rappresentante del Comitato di area territoriale con funzione di Presidente
- Due rappresentanti dei Medici di assistenza primaria, designati dalla componente medica rispettivamente dei Comitati Regionale e Aziendale
- Un rappresentante per ogni categoria medica (MMG, C.A., MET, PLS e Specialisti ambulatoriali) che sarà convocato per l'esame dei casi inerenti la rispettiva categoria
- Un rappresentante dell'U.B. Farmacia dell'Azienda USL
- Un rappresentante della Direzione Sanitaria Ospedaliera dell'Azienda USL

ART. 19 - Scelta/revoca del medico di famiglia

MASSIMALE DI SCELTA - art. 39 comma 11 e comma 12 e art. 40 comma 8

Fatto salvo quanto previsto dal comma 8 dell'art. 40 dell'ACN, le scelte temporanee devono essere oggetto di monitoraggio da parte dell'Azienda.

Qualora il conteggio di tali scelte in deroga nell'ambito del massimale individuale raggiungesse livelli di criticità l'Azienda sottopone la problematica al Comitato Regionale per un'opportuna valutazione e regolamentazione, tesa ad armonizzare l'assistenza sull'intero territorio regionale.

REVOCA SCELTA - art. 41 comma 2

Al fine di garantire la continuità assistenziale le parti concordano che il medico revocato è tenuto a mettere a disposizione dell'utente stesso le notizie cliniche relative al proprio stato di salute.

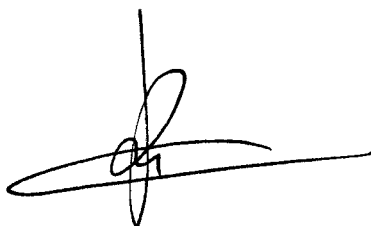
REVOCHE D'UFFICIO - art. 42 comma 9

Le parti concordano che la materia sarà oggetto di apposita regolamentazione definita dal Comitato Regionale tenuto conto delle peculiarità del territorio regionale.

Art. 20 - Diritti sindacali e definizione del rimborso spese sostenute dal medico per la partecipazione ai Comitati.

Per la partecipazione ai Comitati Regionale e Aziendale ex art. 23 e 24 dell'A.C.N si concorda la corresponsione di un compenso lordo di Euro 75,00 a incontro. Tale compenso è onnicomprensivo e quindi nulla è dovuto dall'Azienda U.S.L. per la sostituzione e per il rimborso spese al medico interessato.

Per il rimborso delle spese di sostituzione, relative alla partecipazione dei rappresentanti sindacali designati ai sensi del comma 5 dell'art. 21 e per le modalità organizzative si concorda quanto previsto al comma 6 dell'art. 21 dell'ACN.



Art. 21 - Sostituzioni (ACN art. 37)

Per le sostituzioni superiori ai 30 giorni l'Azienda è tenuta a designare un medico sostituto tenuto conto delle incompatibilità del massimale di scelta e delle sue limitazioni.

In considerazione delle oggettive difficoltà riscontrate nell'assicurare tali sostituzioni le parti concordano che nel caso di sostituzione di un medico appartenente ad una forma associativa, l'Aggregazione collabora al fine di sostituire il collega assente, attraverso:

- a) un medico sostituto esterno all'Aggregazione
- b) un medico sostituto interno all'Aggregazione
- c) tutti i MMG della forma aggregativa

Nel caso di cui al punto c) il compenso spettante per la sostituzione (Allegato C comma 2 dell'ACN) sarà suddiviso in parti uguali tra i componenti della forma aggregativa., indipendentemente dal numero di assistiti presi in carico nel periodo considerato.

ART. 22 - Graduatoria unica regionale

Si prevede la formazione di una graduatoria unica regionale per tutte le attività disciplinate dal vigente ACN per la medicina generale.

ART. 23 - Rapporto ottimale

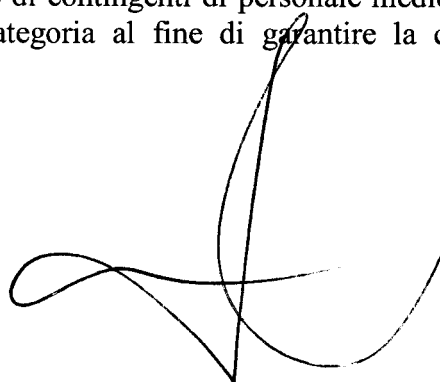
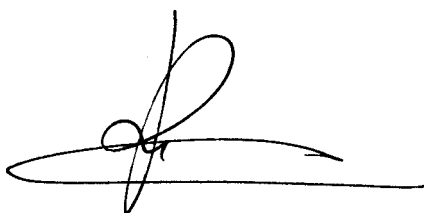
In considerazione delle particolarità orografiche del territorio regionale ed al fine di assicurare una adeguata assistenza primaria alle zone montane, si conferma il rapporto ottimale 1/1200 su tutto il territorio.

ART. 24 - Diritto di sciopero. (Art. 31 dell'ACN).

Secondo il combinato disposto comma 3 e comma 7 dell'art. 31 sono considerate prestazioni indispensabili di assistenza primaria e come tali garantite in occasione di agitazioni sindacali, le visite domiciliari urgenti, l'assistenza programmata a malati terminali, l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza programmata in RSA ed in microcomunità.

L'Azienda riconoscerà esclusivamente il compenso spettante per le prestazioni in ADI, RSA microcomunità e visite domiciliari urgenti intese come quelle visite effettuate entro 30 minuti dal recepimento delle chiamate telefonica, secondo modalità definite a livello di Comitato aziendale.

L'Azienda stabilisce, relativamente agli addetti alla Continuità assistenziale ed alla emergenza sanitari territoriale, i criteri per la determinazione di contingenti di personale medico da esonerare dalla partecipazione ad eventuali scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni sull'intero territorio regionale.



ART. 25 – Incentivazione per l'attività ambulatoriale

Al fine di incentivare l'attività ambulatoriale sull'intero territorio regionale, le parti concordano che sarà corrisposto un incentivo economico lordo/anno pari a € 700.00 a tutti i medici di assistenza primaria che svolgano la loro attività in almeno tre ambulatori, purchè ubicati in Comuni differenti nell'ambito di appartenenza.

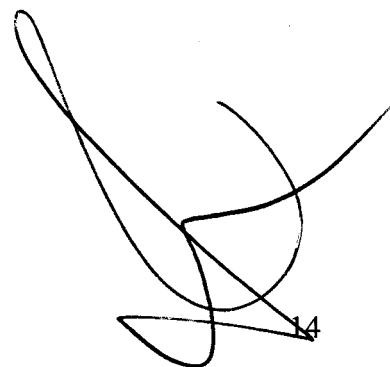
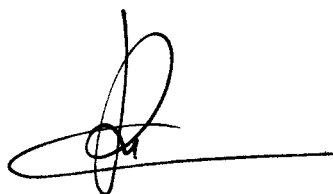
A tal fine l'Azienda dispone di uno specifico fondo pari a € 31.00,00 annuo che sarà interamente utilizzato anche attraverso la redistribuzione di eventuali resti ai medici che svolgono l'attività richiesta.

ART. 26 – (Art. 45, comma 2 – lettera b ACN) Tenuta e aggiornamento scheda sanitaria individuale.

Poiché la scheda sanitaria individuale oltre ad essere ad uso del medico e dell'assistito deve anche essere utilizzabile dal Servizio sanitario regionale, le parti concordano che le modalità organizzative verranno successivamente definite come concordato al precedente articolo 4 del presente accordo.

ART. 27 – Norme finali

1. **MATERIE DI COMUNE INTERESSE.** La Valle d'Aosta e le O.O.S.S. dei Medici di medicina Generale concordano che tutte le materie di comune interesse con la Continuità assistenziale, la Medicina dei Servizi, l'Emergenza Sanitaria territoriale, la Pediatria di famiglia e la Specialistica ambulatoriale devono essere condivise nell'ambito di un tavolo sindacale unico.
2. **MONITORAGGIO ACCORDI.** Il Comitato Regionale di cui all'art. 24 dell'ACN è osservazione del presente accordo ed effettua il monitoraggio dello stesso con cadenza almeno semestrale e con particolare riferimento alla sua corretta applicazione, alla verifica dei servizi erogati ed alla loro qualità.
3. **CONTINUITA' ASSISTENZIALE DEL SABATO**
Il servizio di continuità assistenziale nella giornata di sabato è anticipato alle ore 8, secondo disposizioni aziendali, al fine di favorire la partecipazione alla attività di formazione secondo quanto previsto dall'art. 20, comma 12 dell'ACN.
Le parti concordano che nei giorni prefestivi il servizio di continuità assistenziale è attivato dalle ore 10.



ALLEGATO 1

Esemplificazione dell'attività' del medico di assistenza primaria

