



Verbale di deliberazione adottata nell'adunanza del 30 Dicembre 1997

In Aosta, il giorno trenta (30) del mese di Dicembre dell'anno millenovecentonovantasette con inizio alle ore quattordici e trentuno minuti, si è oggi riunita, nella consueta sala delle adunanze del Palazzo della Regione - Piazza Deffeyes n° 1,

LA GIUNTA REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA

Partecipano alla trattazione della presente deliberazione :

Il Presidente Sig. Dino VIERIN

e gli Assessori

Sig. Roberto LOUVIN
Sig. Gino AGNESOD
Sig. Claudio LAVOYER
Sig. Demetrio MAFRICA
Sig. Elio RICCARAND
Sig. Franco VALLET
Sig. Roberto VICQUERY

Si fa menzione che le funzioni di Assessore al Bilancio, Finanze e Programmazione sono state assunte "ad interim" dal Presidente della Giunta regionale.

Svolge le funzioni rogatorie il Dirigente della Segreteria della Giunta regionale Sig. Silvano RUBBO.

E' adottata la seguente deliberazione :

N° **4947** OGGETTO :

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.

LA GIUNTA REGIONALE

- Visto il Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 modificato dal decreto legislativo n. 517/93 recante il riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;
- Visto il Decreto lgs. 3 febbraio 1993, n. 29 recante: "Razionalizzazione dell'organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- Vista la legge regionale 16 aprile 1997, n. 13 recante l'approvazione del piano socio-sanitario regionale per il triennio 1997/1999;
- Visto il D.P.R. 22 luglio 1996, n. 484, che ha reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale rinviando al livello regionale la definizione delle modalità e dei compensi legati alle eventuali prestazioni aggiuntive e alla definizione dei livelli di spesa programmati;
- Considerato che, in osservanza al D.P.R. 484/96 di cui sopra, l'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali ha provveduto, d'intesa con le Organizzazioni sindacali di categoria, ad elaborare il documento allegato alla presente deliberazione di cui ne costituisce parte integrante recante: "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";
- Considerato che in data 29.12.1997 tale documento è stato siglato dall'Assessore regionale della Sanità, Salute e Politiche Sociali, dall'Organizzazione sindacale di categoria F.I.M.M.G. e dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Regione Valle d'Aosta;
- Ritenuto necessario impegnare e liquidare all'U.S.L. della Valle d'Aosta la somma disponibile sul Capitolo 59920 del bilancio di previsione della Regione, quale risorsa aggiuntiva da attribuire al personale medico convenzionato con il S.S.R.;
- Precisato che il presente provvedimento è da ritenersi correlato all'obiettivo 92201 "Gestione delle risorse finanziarie da trasferire all'U.S.L.";
- Richiamata la propria precedente deliberazione n. 317 in data 3 febbraio 1997 concernente: "Ulteriori determinazioni per l'applicazione del bilancio di gestione della Regione per l'anno 1997 e per il triennio 1997/1999 ad integrazione della deliberazione n. 6162 del 30.12.1996";
- Vista la circolare della Presidenza della Giunta regionale n. 7 del 6 febbraio 1997 (prot. n. 320/SGT) recante: "Disposizioni applicative in merito al bilancio di gestione della Regione per l'anno 1997 (deliberazioni della Giunta regionale nn. 6162/1996 e 317/1997)";
- Richiamata la propria precedente deliberazione n. 2436 del 7 luglio 1997 recante: "Assegnazione alla strutture dirigenziali individuate con le deliberazioni di Giunta n. 2248 del 23.6.1997 e n. 2369 del 30.6.1997 delle risorse finanziarie connesse alle funzioni attribuite con le deliberazioni medesime con modificazioni della deliberazione di giunta n. 6162 del 30.12.1996 e successive modificazioni ed integrazioni";

- Visto il parere favorevole di legittimità rilasciato dal Direttore della Direzione Salute dell'Assessorato della Sanità, Salute e Politiche Sociali in assenza del capo-servizio sanità ospedaliera ed economia sanitaria, ai sensi dell'art. 72 della L.R. n. 3/1956 e successive modificazioni, e del combinato disposto dagli artt. 13 - comma 1 - lettera e) e 59 - comma 2 - della L.R. n. 45/1995, sulla presente deliberazione;
- Su proposta dell'Assessore alla Sanità , Salute e Politiche Sociali , Roberto VICQUERY;
- Ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

- 1°) di approvare l'accordo regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, in attuazione del D.P.R. 484/96 allegato alla presente deliberazione di cui ne costituisce parte integrante;
- 2°) di stabilire che il presente atto sia trasmesso all'U.S.L. della Valle d'Aosta per i successivi adempimenti di competenza;
- 3°) di approvare, impegnare e liquidare la spesa di Lire 600.000.000 (seicento milioni) a favore dell'Unità Sanitaria Locale della Valle d'Aosta quale risorsa aggiuntiva da attribuire al personale medico convenzionato con il S.S.R., con imputazione della stessa al capitolo 59920 del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1997 "Spese a carico della Regione per l'esercizio di funzioni sanitarie attribuite al S.S.N." che presenta la necessaria disponibilità (obiettivo n. 92201 - rich. 5794), dando atto che i maggiori oneri derivanti dall'accordo per gli anni successivi sono coperti nell'ambito degli stanziamenti iscritti nel bilancio della Regione per gli anni corrispondenti quale quota indistinta da trasferire all'Unità Sanitaria Locale della Valle d'Aosta;
- 4°) di sottoporre la presente deliberazione al controllo della Commissione di Coordinamento per la Valle d'Aosta ai sensi dell'art. 8 lettera b) del decreto legislativo 22.04.1994, n.320.

CG/cn

In Originale Firmato

IL PRESIDENTE
DELLA GIUNTA REGIONALE
Dino VIERIN

IL DIRIGENTE ROGANTE
Silvano RUBBO

REFERTO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia della presente deliberazione è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione Regionale dal **2 GEN. 1998** per quindici giorni consecutivi.

Aosta, **2 GEN. 1998**

F.to

IL DIRIGENTE
Silvano RUBBO

Per copia conforme ad uso amministrativo

Aosta,

CONTROLLO DELLA COMMISSIONE DI COORDINAMENTO

Aosta, **23 GEN. 1998**

DECISIONE: **VISTO N. 2948**

IL PRESIDENTE

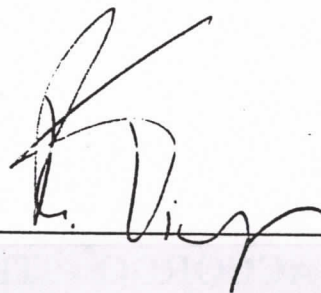
F.TO LUIGI SCIALO'

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

Il giorno 29 dicembre 1997, alle ore 12,30, presso la sala riunioni 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, e l'Ordine dei medici Chirurghi e degli odontoiatri per gli aspetti di deontologia professionale, in attuazione del D.P.R. 22 luglio 1996, n. 484, nelle persone di:

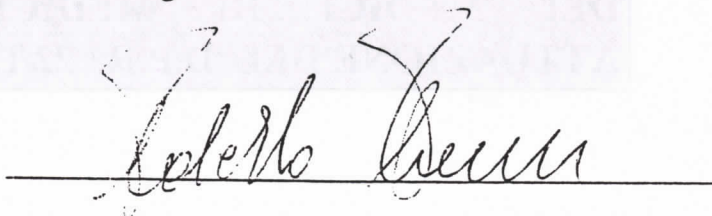
Per la parte pubblica:

DOTT. ROBERTO VICQUERY
ASSESSORE REGIONALE ALLA
SANITA', SALUTE E POLITICHE SOCIALI

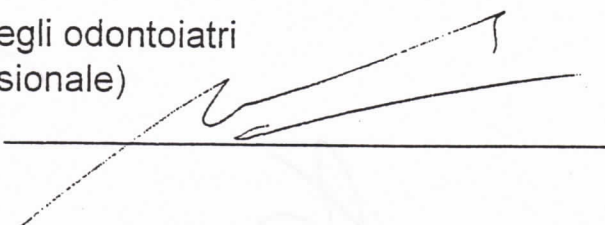


Per le Organizzazioni sindacali di categoria:

F.I.M.M.G.
DOTT. ROBERTO ROSSET
(SEGRETARIO)



Per l'Ordine dei Medici chirurgi e degli odontoiatri
(per gli aspetti di deontologia professionale)
Dott. MARIO MANUELE (delegato)





REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

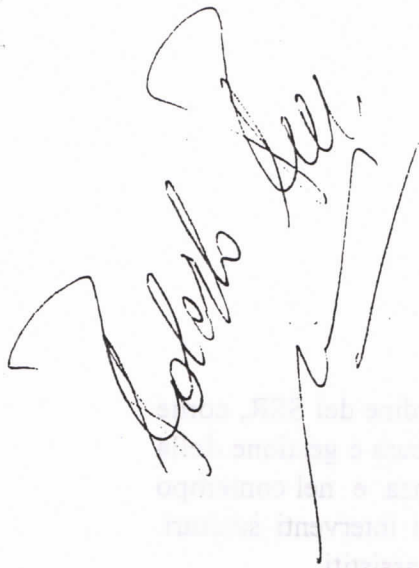
ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE N. 4944 DEL 30.12.1994

ASSESSORATO DELLA SANITÀ', SALUTE E POLITICHE
SOCIALI

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

[Handwritten signatures]





PREMESSA

Premesso che il Servizio Sanitario Nazionale attraverso lo strumento della Convenzione demanda al medico di medicina generale compiti di medicina preventiva individuale, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria intesi come un insieme unitario e qualificante la professione esercitata.

Il medico di medicina generale, ribadisce la Convenzione, è parte attiva, qualificante ed integrata del SSN, nel rispetto della libera scelta e del rapporto di fiducia.

Al medico di medicina generale sono, pertanto, affidati compiti di:



- assistenza primaria
- assistenza programmata
- continuità assistenziale
- educazione sanitaria ed assistenza preventiva
- ricerca
- didattica.

La parte maggiormente innovativa della Convenzione è quella sugli accordi regionali con i quali si completa il processo regionale di riorganizzazione e sviluppo delle prestazioni sanitarie e delle attività così incidendo anche sulla qualità dell'assistenza ai cui livelli rapportare il compenso del medico completandone la retribuzione.

Gli orientamenti del P.S.S.R. di cui alla legge regionale 16 aprile 1997, n. 13 relativamente alla medicina di base, prevedono il coinvolgimento dei medici di medicina generale in alcune sperimentazioni gestionali, con particolare riferimento alla responsabilità diretta delle spese farmaceutiche, al coordinamento con le altre specialità mediche e alla sorveglianza epidemiologica.

Lo stesso P.S.S.R. prevede un maggior coinvolgimento del medico di medicina generale affinché assuma quella figura di regolatore dei processi assistenziali necessari o richiesti dal suo assistito, che i sistemi sanitari moderni gli attribuiscono.





Il medico di famiglia si configura, quindi, come elemento cardine del SSR, come figura centrale che opera prevenzione, promozione della salute, cura e gestione della spesa dei propri assistiti, assicurando loro continuità dell'assistenza e nel contempo alla struttura pubblica appropriatezza della prescrizione e degli interventi sanitari. Egli diventa, inoltre, responsabile della spesa sanitaria dei propri assistiti.

Le indicazioni del P.S.S.R., nonché la necessità di razionalizzazione della spesa e migliore utilizzo delle risorse, determinano la necessità di approvare in via prioritaria disposizioni applicative riguardanti i "I livelli di spesa programmata".

Ciò premesso e considerato che il D.P.R. 484/96 demanda alla contrattazione integrativa regionale la definizione di obiettivi specifici al fine di completare il processo organizzativo e migliorare la qualità dell'assistenza si concorda:

Il presente accordo stipulato ai sensi del D.P.R. 484/96 disciplina:

Attività legate al trasferimento sull'intero territorio regionale del progetto "ITACA"

Attività legate al progetto di screening dei tumori femminili

Attività di educazione sanitaria in collaborazione con il Servizio di Diabetologia

L'assistenza nei confronti di pazienti ospiti in microcomunità e case di riposo

I livelli di spesa programmata e la qualità dell'assistenza, la verifica sul loro rispetto e l'utilizzo dei risparmi ottenuti

L'associazionismo medico e l'incentivo di associazione

L'albo e la formazione degli animatori

I compensi per la formazione specifica in medicina generale

L'individuazione delle zone disagiate, disagiatissime e del relativo compenso

Criteri per l'assegnazione delle zone carenti

Guardia medica del sabato e dei giorni prefestivi

Utilizzo di ambulatori pubblici

Continuità assistenziale

Durata dell'accordo e decorrenza degli effetti economici

Norme finali



ART. 1 (ART. 70 D.P.R. 484/96)

PRESTAZIONI E ATTIVITÀ AGGIUNTIVE

A) TRASFERIMENTO PROGETTO ITACA SULL'INTERO TERRITORIO REGIONALE

Uno degli obiettivi fondamentali del progetto obiettivo "Tutela salute anziani" previsto nel P.S.S.R. è il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi esistenti, attraverso il trasferimento sull'intero territorio regionale del modello di lavoro sperimentato nell'ambito del progetto ITACA, che presuppone la presa in carico multiprofessionale e/o comunitaria delle situazioni problematiche, l'integrazione socio-sanitaria nell'ambito macrodistrettuale e l'avvio di un sistema informativo finalizzato alla valutazione dei servizi.

Fermo restando che nulla viene innovato rispetto a quanto già approvato dalla Regione con precedenti disposizioni sulla metodologia di presa in carico interprofessionale dell'utente nell'ambito del progetto "ITACA", e tenuto conto che il coinvolgimento dei medici di base a livello formativo sarà affrontato nella seconda fase del progetto, si ritiene che per l'applicazione del metodo di lavoro suddetto siano considerate prestazioni aggiuntive quelle previste dall'art. 70 lettera a) del D.P.R. 484/96.

Pertanto nell'ambito della prassi lavorativa introdotta il medico di medicina generale interviene, previa intesa con il servizio competente, nella presa in carico dell'utente attraverso la partecipazione a riunioni d'équipe per la rilevazione e definizione dei bisogni, per la formulazione del piano assistenziale e per la messa a punto dei piani di lavoro e la loro verifica nonché, per la compilazione di tutta la documentazione di sua competenza sia nella gestione del caso a livello territoriale sia per i rapporti con l'ospedale.

Per la partecipazione a ciascuna riunione necessaria alla presa in carico del soggetto nonché per la compilazione della scheda sanitaria o di altri strumenti ritenuti necessari verrà corrisposto un compenso lordo onnicomprensivo di lire 35.000 secondo modalità stabilite dall'U.S.L., ai sensi del punto 4) allegato D della Convenzione.





**B) ATTIVITÀ DI PREVENZIONE NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA
DI SCREENING DEI TUMORI FEMMINILI NELLA REGIONE**

Premesso che con legge regionale 10 aprile 1997, n. 10 la Regione ha approvato l'intervento finanziario per l'avvio da parte dell'U.S.L. della Valle d'Aosta di un programma di screening finalizzato alla prevenzione dei tumori femminili.

Tenuto altresì conto delle indicazioni del P.S.S.R. che individua quale azione programmata il progetto "prevenzione e cura delle malattie oncologiche" ivi comprendendo il progetto di screening dei tumori femminili tra le strategie da seguire.

Evidenziato che per il raggiungimento degli obiettivi dello screening risulta essenziale il coinvolgimento e l'intervento attivo del medico di medicina generale attraverso l'attività di informazione alle persone da loro assistite al fine di rendere consapevole la decisione di aderire allo screening e contemporaneamente garantirne l'accesso. I medici di medicina generale sono tenuti ad operare nell'ambito del progetto secondo i protocolli definiti dal programma.

Per le attività di prevenzione svolte nell'ambito del progetto di screening, secondo protocolli operativi stabiliti dall'U.S.L., per ogni propria assistibile che abbia effettuato i previsti test di screening dopo l'inizio della campagna di prevenzione, al medico è riconosciuto un compenso lordo forfetario di lire 4.000. L'elenco sarà fornito dal medico all'azienda con cadenza trimestrale. Il pagamento avverrà secondo le modalità stabilite dall'U.S.L. con apposito provvedimento.

**C) ATTIVITÀ DI EDUCAZIONE SANITARIA IN COLLABORAZIONE
CON IL SERVIZIO DI DIABETOLOGIA E MALATTIE
ENDOCRINO - METABOLICHE**

Il P.S.S.R. tenuto conto che il diabete colpisce oltre il 2% della popolazione e che in Valle d'Aosta sono stati censiti circa 2.600 pazienti ha previsto la realizzazione di un progetto obiettivo regionale sul Diabete.

Nell'ambito di tale progetto spetta al medico di medicina generale una importante attività assistenziale nei confronti dei propri assistiti affetti da tale patologia in attuazione degli indirizzi del Servizio Diabetologico di prossima attivazione da parte dell'U.S.L.. A tal fine si prevede la partecipazione dei medici di medicina generale alla elaborazione e applicazione di linee guida assistenziali nonché la partecipazione a programmi di formazione per lo sviluppo di attività di educazione sanitaria da rivolgere alla popolazione in generale e ai diabetici in particolare, relativamente alla prevenzione, alla diagnosi precoce, all'autocontrollo della glicemia e alla corretta alimentazione.



Limitatamente per l'anno 1998, per le prestazioni ed attività aggiuntive richieste per l'assistenza ai pazienti diabetici nonché per la partecipazione ad almeno tre incontri annui di aggiornamento professionale di cui al paragrafo precedente, rivolta ai medici di medicina generale, si concorda che spetta a ciascun medico un compenso lordo onnicomprensivo di L. 300.000 annue non frazionabili da corrispondersi secondo modalità stabilite con apposito provvedimento dell'U.S.L..

ART. 2 (ART. 39 D.P.R. 484/96)

**ASSISTENZA NEI CONFRONTI DI PAZIENTI OSPITI IN
MICROCOMUNITA' E CASE DI RIPOSO (PUBBLICHE E
CONVENZIONATE)**

Tenuto conto del forte sviluppo previsto per questo settore assistenziale nonché della dislocazione dei servizi per anziani sul territorio regionale ed evidenziato che la nuova convenzione prevede la possibilità di inserire negli accordi regionali modalità di organizzazione del lavoro quanto più flessibili e rispondenti alle nuove ed emergenti esigenze della popolazione e fermo restando, comunque, la libera scelta dell'assistito, si concorda che l'assistenza medica erogata nelle strutture per anziani pubbliche e convenzionate si differenzia a seconda che si tratti di ricovero temporaneo o permanente.

Nel caso di ospitalità temporanea l'assistenza continua ad essere erogata ai sensi della convenzione vigente.

Nel caso di ospitalità permanente o comunque superiore a tre mesi, la struttura viene considerata "domicilio di soccorso" per cui l'assistenza sanitaria viene di norma erogata da un medico operante nel distretto sede della struttura medesima, tenuto conto dei massimali in carico allo stesso sanitario.

Annualmente il medico prescelto è tenuto a redigere una relazione, secondo un apposito schema-tipo, sull'attività svolta e sulle condizioni sanitarie dei pazienti in carico da trasmettere al Direttore del macrodistretto sede della struttura.

Per ogni accesso concordato con l'U.V.G., verrà corrisposto al medico un compenso lordo di Lire 35.000 secondo modalità stabilite dall'U.S.L., ai sensi del punto 4) dell'allegato D della Convenzione.

Fermo restando che ai soggetti interessati sono garantite le prestazioni sanitarie previste dall'accordo collettivo nazionale reso esecutivo con D.P.R. 484/96, l'assistenza di cui al presente articolo è svolta assicurando, all'interno delle strutture stesse, la presenza effettiva del medico secondo le cadenze proposte dal medico e concordate con l'U.V.G., competente per territorio sede della struttura medesima, per

[Handwritten signatures and scribbles at the top of the page]

un impegno di almeno mezz'ora mensile per ogni assistito in carico per l'effettuazione delle prestazioni aggiuntive di cui all'allegato G - art. 1 punto 1. del D.P.R. 484/96.

Il medico concorderà con il responsabile della struttura o chi per esso il giorno o i giorni della settimana in cui sarà presente nell'arco della giornata, compatibilmente con le esigenze della struttura stessa, per assolvere gli obblighi previsti per ciascuno dei suoi assistiti.

Il rispetto dell'impegno complessivo di presenza, determinato in base al numero degli assistiti in carico nei confronti dei quali è stata concordata l'assistenza di cui al presente articolo, sarà documentato mediante firma di apposito modulo contenente l'indicazione dell'ora di inizio e di fine di ogni accesso durante il quale devono essere comunque garantite tutte le prestazioni necessarie.

E' fatto divieto al medico di fruire dell'ambulatorio della struttura per i propri assistiti non ricoverati.

Fermo restando le competenze del medico di sanità pubblica, il medico di medicina generale che, nello svolgimento della propria attività, rileva situazioni carenti o non corrette dal punto di vista sanitario le segnala all'Unità Sanitaria Locale per gli interventi di competenza.

Il responsabile della struttura o chi per esso è tenuto a segnalare all'U.S.L. le inadempienze del medico per i provvedimenti di competenza di cui all'art. 13 del D.P.R. 484/96.

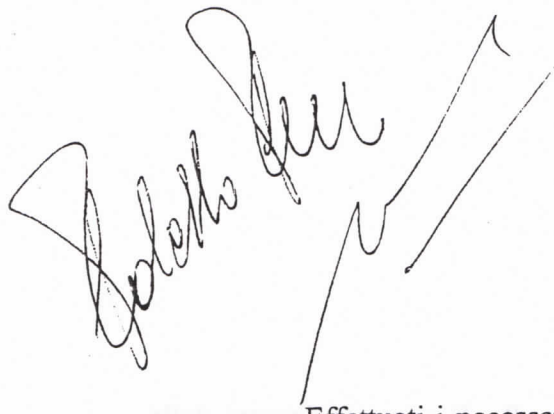
Gli accessi del medico alla struttura devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze stabilite nel piano assistenziale concordato con l'U.V.G. che deve essere trasmesso al Direttore del macrodistretto di riferimento.

Il suddetto trattamento economico cessa immediatamente in caso di dimissione temporanea o continuativa dalla struttura ovvero in caso di ricovero in struttura sanitaria.

Per la liquidazione dei compensi, la struttura segnala mensilmente al Direttore del macrodistretto tramite un foglio riepilogativo il numero degli accessi eseguiti nel mese sulla base di quanto concordato con l'U.V.G. e riportante:

- generalità dell'assistito
- ora d'inizio e di fine della prestazione
- firma del medico curante
- firma del responsabile o di chi per esso della struttura protetta





Effettuati i necessari riscontri, i documenti sono inoltrati a cura del Direttore del macrodistretto al competente servizio della U.S.L. per la liquidazione.

E' compito del medico la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale ad uso esclusivo del medico stesso che deve essere custodita a cura della struttura.

La scheda sanitaria individuale dovrà essere restituita al medico curante al momento della dimissione.

A livello di macrodistretto è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico di medicina generale che eroga l'assistenza prevista dal presente articolo.

L'U.S.L. promuove riunioni periodiche con i responsabili dell'attività sociale e sanitaria al fine di assicurare l'uniformità dei criteri di ammissione ai trattamenti, di verificare congiuntamente l'andamento del processo erogativo agli effetti della sua efficienza ed efficacia e di esaminare, per le relative soluzioni, gli eventuali problemi connessi alla gestione di quanto concordato nel presente articolo.

Alla riunione sono invitati i medici di medicina generale in relazione ai singoli problemi assistenziali in discussione.

Il medico di medicina generale, avvertito in tempo utile, è tenuto a partecipare.

L'U.S.L. tramite i propri servizi o i componenti dell'U.V.G. può in ogni momento recarsi presso le strutture per verificare la necessità, l'efficienza e l'efficacia degli interventi attivati.

Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo con il medico di medicina generale.

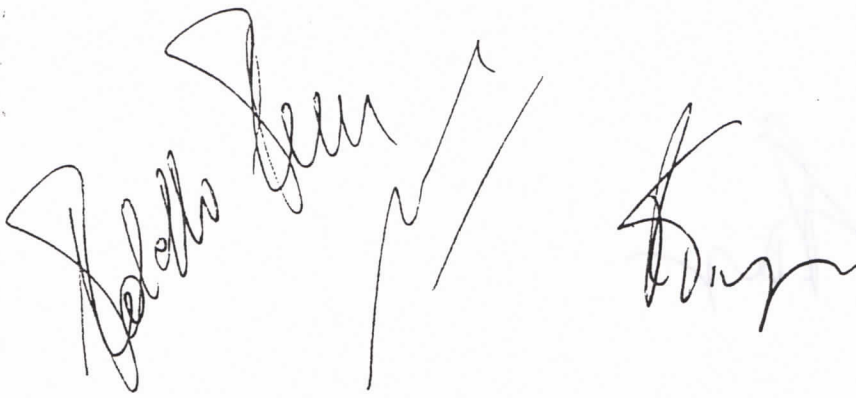
ART. 3 (ART. 72 D.P.R. 484/96)

LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATI E QUALITÀ' DELL'ASSISTENZA

L'applicazione della norma relativa ai livelli di spesa programmata ed al raggiungimento di tale obiettivo sarà attuata secondo i principi che seguono.

La definizione dei livelli di spesa deve essere vista quale strumento di conoscenza della spesa indotta sul Servizio Sanitario Regionale dall'attività svolta dal medico con conseguente responsabilizzazione dello stesso al loro rispetto.





L'obiettivo prioritario che si vuole raggiungere è quello di un contenimento della spesa accompagnato dalla qualità dell'assistenza per cui i risparmi ottenuti, attraverso il rispetto dei livelli di spesa programmati, verranno utilizzati in parte per finalità di interesse aziendale, con particolare riferimento al potenziamento delle attività sanitarie distrettuali ed in parte per la corresponsione di incentivi al personale medico.

In particolare nell'ambito dello sviluppo della qualità dei servizi resi all'utente, in sede di prima applicazione, vengono identificati i seguenti obiettivi strategici quali indicatori di qualità e parametri di risultato epidemiologici e clinici:

- mantenere e potenziare le sedi ambulatoriali sull'intero territorio regionale;
- provvedere, successivamente alla scelta da parte dell'assistito, ad una visita di accoglienza finalizzata alla compilazione della scheda personale dell'utente;
- adottare modalità organizzative dirette ad una selezione delle prestazioni tali da determinare tempi di attesa per la visita ambulatoriale e per la visita domiciliare non superiori a quelli necessari per un efficace intervento;
- effettuare le visite domiciliari in rapporto alle caratteristiche di età e bisogno sanitario dei propri assistiti;
- adottare misure tese a limitare i ricoveri incongrui, nonché l'accesso in Pronto Soccorso;
- collaborare a ricerche epidemiologiche (alcolismo, tossicodipendenze, salute mentale, ecc.)

Le parti concordano di incontrarsi entro il mese di ottobre 1998 per verificare il raggiungimento o meno di tali obiettivi ed adottare le determinazioni conseguenti.

I livelli di spesa programmati dovranno essere progressivamente determinati attraverso i seguenti adempimenti:

- I livelli di spesa programmati sono riferiti all'intero anno solare ed al comportamento prescrittivo riferito all'intera azienda.
- Esame dei dati di spesa disponibili nell'azienda.
- Pianificazione della raccolta dei dati per la definizione della spesa storica ad essi relativa, tenendo conto della popolazione pesata per età, per sesso per mortalità e per particolari patologie.
- Definizione delle condizioni che consentono il riconoscimento della spesa indotta dai medici convenzionati da quella indotta da altri professionisti, anche appartenenti a strutture specialistiche e di ricovero.
- Per l'adeguata definizione dei livelli di spesa programmati dovranno essere sviluppati idonei fattori di misurazione della popolazione iscritta nella lista del medico. In ogni caso, al momento della verifica del rispetto dei livelli di spesa

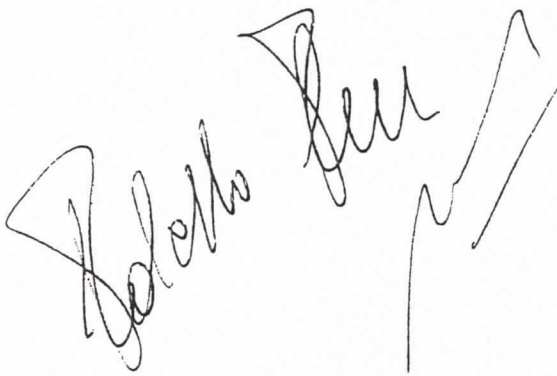
programmati si dovrà tener conto dei fattori di correzione positiva o negativa, che influiscono sui livelli di spesa complessivi o per singoli settori (assistenza farmaceutica, assistenza specialistica ed assistenza in regime di ricovero).

- Il Comitato consultivo di cui all'art. 12 del D.P.R. 484/96, integrato dal Presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Valle d'Aosta o suo delegato, nonché dal Direttore Generale dell'U.S.L. della Valle d'Aosta o suo delegato, individuerà i livelli di spesa programmati ed il possibile contenimento della spesa stabilendo il relativo margine di oscillazione minimo/massimo dalla cui realizzazione far discendere una valutazione positiva, nonché i parametri di qualità dei servizi erogati.
- La definizione dei tetti di spesa programmata dovrà tener conto dei livelli di attività indotta dai medici specialisti nonché dell'erogazione di farmaci ad alto costo.

In ogni caso i livelli di spesa relativi all'assistenza sanitaria di base, dell'assistenza specialistica e semiresidenziale territoriale, dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza residenziale sanitaria non possono superare i corrispondenti livelli registrati nella Regione nell'anno 1997 ridotti dell'1 per cento e pari a lire 1.765.556 così determinate

• QUOTA CAPITARIA CALCOLATA SUL BILANCIO DI PREVISIONE DELL'U.S.L. PER L'ANNO 1997 PARI A LIRE 1.971.000

LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA PREVISTI DAL PIANO SANITARIO NAZIONALE	INCIDENZA SULLA QUOTA CAPITARIA ESPRESSA IN PERCENTUALE	IMPORTO
ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	20,6882	407.764
ASSISTENZA SPECIALISTICA E SEMIRESIDENZIALE TERRITORIALE	10,4576	206.119
ASSISTENZA OSPEDALIERA	53,7254	1.058.927
ASSISTENZA RESIDENZIALE SANITARIA	5,6103	110.579
	TOTALE	1.783.389
	RIDUZIONE 1%	17.833
	TOTALE	1.765.556



- Fermo restando che la determinazione dei livelli di spesa programmata dovrà essere effettuata in rapporto al complesso delle attività assistenziali indotte dal medico di medicina generale, in sede di prima applicazione, al fine della definizione dei livelli di spesa programmati, si procederà sulla base dei parametri relativi alla spesa farmaceutica, all'assistenza specialistica e semiresidenziale territoriale ed all'assistenza ospedaliera stabiliti nel PSN nell'ambito dei livelli uniformi di assistenza riferiti all'anno 1997 e ricalcolati sulla base dell'effettiva spesa sostenuta dall'Azienda rispettivamente corrispondenti a lire:

ASSISTENZA FARMACEUTICA LIRE 159.930

**ASSISTENZA SPECIALISTICA
E SEMIRESIDENZIALE
TERRITORIALE LIRE 206.119**

ASSISTENZA OSPEDALIERA LIRE 1.058.927

**ART. 4 (COMMA 4. E 5. DELL'ART. 72 D.P.R. 484/96)
VERIFICA SUL RISPETTO DEI LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATA
ED UTILIZZAZIONE DEI RISPARMI**

Per ciascun anno solare secondo modalità concordate con il Comitato consultivo di cui all'art. 12 del D.P.R. 484/96, integrato dal Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Valle d'Aosta o suo delegato, nonché dal Direttore generale dell'U.S.L della Valle d'Aosta o suo delegato, si procederà alla verifica dei risultati ottenuti ed alla determinazione del risparmio aziendale conseguito.

Se la riduzione di spesa è maggiore dell'1% del tetto complessivo come determinato in base all'articolo precedente il risparmio conseguito sarà suddiviso secondo le seguenti percentuali:

66% del Fondo costituito con i risparmi ottenuti sarà destinato da parte dell'U.S.L. al potenziamento delle prestazioni sanitarie distrettuali sentito il Comitato ex. art. 11 D.P.R. 484/96. Da questi Fondi l'U.S.L. attingerà per la corresponsione della quota variabile ai medici partecipanti fermo restando che la percentuale utilizzabile non potrà superare la quota del 33%.



1% del Fondo sarà destinato ad attività di formazione ed aggiornamento finalizzati al raggiungimento dell'obiettivo individuato per l'anno successivo.

Il restante 33% del Fondo risulterà essere l'effettivo risparmio ottenuto dall'U.S.L..

UTILIZZAZIONE DELLE QUOTE

Il 66% verrà destinato in parte al potenziamento da parte dell'U.S.L. di attività territoriali ivi comprendendo gli oneri riflessi di cui al presente accordo regionale e comportanti un maggiore onere per l'U.S.L. (comma 1 - art. 46 D.P.R. 484/96)

Il 33% della cifra così determinata sarà destinata alla corresponsione di una quota variabile a favore di tutti i medici che hanno contribuito positivamente al raggiungimento dell'obiettivo prefissato nonché per il conseguimento dei risultati di qualità.

La quota variabile dovrà prevedere:

- una quota uguale per tutti i medici che hanno contribuito positivamente al raggiungimento dell'obiettivo sulla base dell'oscillazione minimo/massimo stabilita a priori, da ripartire in modo proporzionale tenuto conto del numero degli assistiti di ciascun medico;
- una quota differenziata a seconda che il risultato sia più vicino o meno all'obiettivo di risparmio prefissato;
- una quota differenziata a secondo dei risultati di qualità conseguiti in rapporto agli indicatori di cui all'art. 3 del presente accordo.

l'1% verrà destinato ad attività di formazione ed aggiornamento suscettibili di favorire il pieno raggiungimento dell'obiettivo che verrà prefissato per l'anno successivo;

- Il restante 33% del fondo costituisce l'effettivo risparmio aziendale.

ART. 5 (ART. 71 D.P.R. 484/96)

ASSOCIAZIONISMO MEDICO

Con l'obiettivo di un miglioramento del livello delle prestazioni e per facilitare il rapporto tra cittadino e medico, nell'ambito di progetti di sperimentazione, l'U.S.L. può autorizzare forme di associazionismo medico praticato da un minimo di due ad un massimo di 5 medici di medicina generale il cui ambito di riferimento deve essere il macrodistretto per cui possono far parte del gruppo solo



medici operanti nello stesso distretto o in quelli confinanti purché dello stesso macrodistretto.

Con l'associazionismo si vuole, inoltre, garantire nei confronti degli assistiti una maggiore continuità assistenziale, un più stretto e diretto rapporto con il medico di medicina generale, e, nel contempo elevare il livello qualitativo e quantitativo dell'assistenza territoriale e domiciliare anche attraverso l'utilizzo di operatori non medici. L'associazionismo tra i medici convenzionati si estrinseca pertanto, in una maggiore qualificazione del lavoro medico, nella garanzia di una totale disponibilità del medico per l'effettuazione delle visite domiciliari, nella gestione di locali, attrezzature e personale da utilizzare per l'esecuzione di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.

L'associazione deve essere costituita con apposita scrittura da depositare presso la USL che lo autorizza previa presa d'atto da parte dell'Ordine professionale dei medici.

I medici associati debbono coordinare l'orario di apertura degli ambulatori che dovrà essere assicurata fino alle ore 19,00 e per almeno 6 ore al giorno, dal Lunedì al Venerdì. Al sabato dovranno essere assicurate almeno 3 ore di attività ambulatoriale.

Ciascun associato mantiene comunque l'obbligo di assicurare l'apertura dell'ambulatorio individuale per almeno 5 giorni alla settimana.

Ciascun medico associato è tenuto ad assicurare le prestazioni a tutti i cittadini utenti iscritti nelle liste dei medici facenti parte dell'associazione medesima.

I medici associati concordano anche turni di attività domiciliare con riferimento a tutti i cittadini utenti iscritti nelle proprie liste.

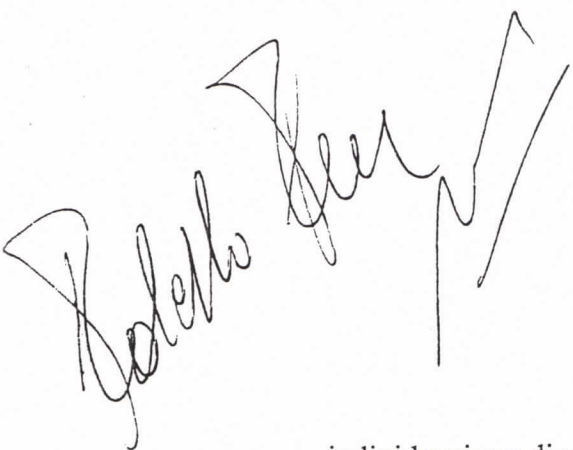

Gli accessi domiciliari programmati e quelli di Assistenza domiciliare Integrata possono essere parimenti svolti secondo turni concordati dai medici che appartengono alla associazione medesima.

I medici dell'associazione si impegnano ad eseguire nei confronti degli assistiti in carico e di quelli occasionalmente presenti, prestazioni ambulatoriali di primo intervento e di medicazione allo scopo di contenere il ricorso improprio al Pronto Soccorso Ospedaliero.

L'Associazione tra i medici deve, tra l'altro, stabilire nell'atto costitutivo:

- partecipazione di ciascun medico ad una sola associazione;
- esclusione di medici già partecipanti a forme di lavoro di gruppo di cui all'art. 40 del D.P.R. 484/96;
- indicazione delle diverse forme organizzative dell'assistenza che si intendono attuare espresse in obiettivi;



- 
- 
- individuazione di un medico all'interno dell'associazione che svolga funzione di referente nei confronti dell'azienda

L'U.S.L. può fornire all'Associazione, compatibilmente con le risorse disponibili e qualora lo ritenga opportuno per il raggiungimento di obiettivi miranti ad una maggiore qualificazione dell'assistenza nonché a favorire l'accesso dei cittadini ai servizi, i locali, le attrezzature ed il personale per l'erogazione di prestazioni ulteriori rispetto a quelle fornite dai medici associati con particolare riguardo a: prestazioni diagnostiche nel limite della disciplina di appartenenza del medico, assistenza infermieristica e riabilitativa, ambulatoriale e domiciliare.

Queste Associazioni devono avere caratteristica di associazioni interne, fatte salve diverse disposizioni normative, e potranno perseguire, fra l'altro le seguenti finalità :

- Coordinamento degli orari di apertura degli studi secondo protocolli operativi condivisi fra tutti i medici associati;
- Effettuazione, attraverso opportune turnazioni tra i medici associati delle funzioni e delle attività di cui all'art. 48 terzo comma lettera A del D.P.R. 484/96;
- Realizzazione di processi sperimentali di informatizzazione integrata fra medici e strutture dell'U.S.L. per l'accesso alle prestazioni.
- Disponibilità per tutti gli assistiti dei medici dell'associazione della collaborazione di figure professionali diverse: specialistiche, infermieristiche, tecniche e segretariali.

INCENTIVO DI ASSOCIAZIONE

In analogia con quanto stabilito in convenzione per la medicina di gruppo, l'U.S.L. corrisponde ai medici associati un incentivo di associazione da determinare, comunque in misura non superiore a quanto previsto dalle voci contrattuali soggette ad incremento per la medicina di gruppo.

L'incentivo, da determinarsi in sede di Comitato consultivo di cui all'art. 3 del presente accordo, dovrà essere graduato in funzione delle prestazioni ulteriori fornite dall'Associazione rispetto agli standards medi di prestazioni del medico, di medicina generale non associato.



**ART. 6 (ART. 8 COMMA 10 - D.P.R. 484/96)
ALBO E FORMAZIONE DEGLI ANIMATORI**

Ai fini dell'art. 8 comma 10 del D.P.R. 484/96 è istituito e disciplinato con apposito provvedimento della Giunta regionale, l'albo regionale degli animatori di formazione tenuto dal Comitato di cui all'art. 12 della convenzione.

Possono partecipare ai corsi di formazione per animatori organizzati dall'U.S.L., con apposito provvedimento, secondo la programmazione regionale, i medici in possesso almeno dei seguenti requisiti:

- possesso di almeno 5 anni di attività convenzionale ,anche non continuativa, con il SSN ;
- possesso della titolarità di un numero di assistiti nella misura almeno pari alla metà del rapporto ottimale vigente;
- che operano in uno studio professionale che soddisfi i requisiti massimi previsti dall'ACN .

L'animatore di formazione svolge le seguenti funzioni:

- collabora con l'U.S.L. per l'organizzazione e la realizzazione degli incontri di aggiornamento professionale obbligatorio per il personale convenzionato al fine di favorire la partecipazione e l'interesse dei medici partecipanti;
- svolge attività di raccordo tra l'U.S.L. ed i medici operanti nel suo distretto per quanto attiene l'aggiornamento professionale operando in particolare quale referente di programma di aggiornamento;
- partecipa attivamente alla attività didattica anche in funzione della formazione dei formatori.

L'iscrizione al registro regionale degli animatori di formazione costituisce elemento preferenziale per lo svolgimento della funzione di tutor nell'ambito del corso di formazione in medicina generale.

Compensi per lo svolgimento di attività didattica degli animatori:

Al medico animatore che svolge attività didattica spetta:

- un compenso forfettario lordo di lire 50.000 orarie oltre l'I.V.A. ove dovuta, ivi comprendendo l'impegno per la preparazione delle lezioni;
- Il rimborso dell'eventuale sostituzione secondo le disposizioni nazionali e regionali vigenti.
- Il rimborso delle spese di viaggio, con le stesse modalità ed importi utilizzati per il personale dipendente, qualora l'attività didattica venga svolta in una sede al di fuori del proprio domicilio.



Ai medici partecipanti ai corsi per animatori spetta il trattamento previsto dall'art. 8 comma 5 del D.P.R. 484/96.

ART. 7 (ART. 70 - COMMA 4 D.P.R. 484/96)

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 256/91, è riconosciuta una indennità mensile pari a Lire 400.000 lorde per l'attività di tutor e lo stesso trattamento spettante all'animatore di formazione per l'attività didattica, ove svolta.

ART. 8 (ART. 45 LETTERA H - D.P.R. 484/96)

MAGGIORAZIONI PER ZONE DISAGIATE E DISAGIATISSIME

Le zone disagiate sono individuate secondo i seguenti criteri congiuntamente considerati:

- prevalenza della popolazione sparsa
- dislocazione dei Comuni su strade regionali
- percorribilità delle strade

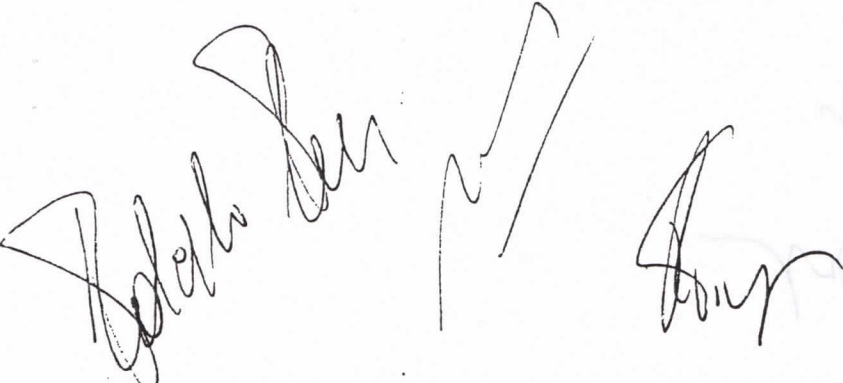
Le zone disagiate risultano pertanto essere le seguenti:

BIONAZ, DOUES, FONTAINEMORE, OYACE, PERLOZ, RHEMES ST. GEORGES, SAINT-DENIS, SAINT-NICOLAS, SAINT-RHEMY, VALGRISENCHE, VALSAVARENCHÉ.

Per la sua propria peculiarità il Comune di Chamois è considerato zona disagiatissima. Al medico convenzionato che presta la propria attività nel predetto Comune verrà fornito l'accesso gratuito secondo quanto disposto dall'art. 24 della l.r. 29 del 1° settembre 1997.

Per ciascun assistito che risiede nelle zone disagiate e disagiatissime spetta al medico una indennità aggiuntiva annuale lorda rispettivamente di lire 2.000 e di lire 2.500.





**ART. 9 (COMMA 6 ART. 3 D.P.R. 484/96)
ASSEGNAZIONE ZONE CARENTI**

Per l'assegnazione delle zone carenti di assistenza primaria e di continuità assistenziale, fatto salvo il disposto di cui all'art. 20, comma 3, lettera a) del D.P.R. 484/96, viene riservata una percentuale del 40% a favore dei possessori di attestato di formazione in medicina generale ed una percentuale del 60% a favore dei possessori di titolo equipollente.

**ART. 10 (ART. 48 D.P.R. 484/96)
GUARDIA MEDICA DEL SABATO E DEI GIORNI PREFESTIVI**

Fermo restando che l'attività medica di visita domiciliare deve essere prestata per tutte le richieste pervenute entro le ore 10,00 del sabato e dei giorni prefestivi al fine di garantire la copertura delle chiamate urgenti che insorgono dopo le ore 10 del Sabato e dei giorni prefestivi, negli stessi giorni l'inizio del servizio di guardia medica, effettuato dai medici della continuità assistenziale ai sensi del Capo III del D.P.R. 484/96, è anticipato alle ore 10 fermo restando l'obbligo, nei giorni prefestivi, di effettuare l'attività ambulatoriale per i medici di assistenza primaria che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.

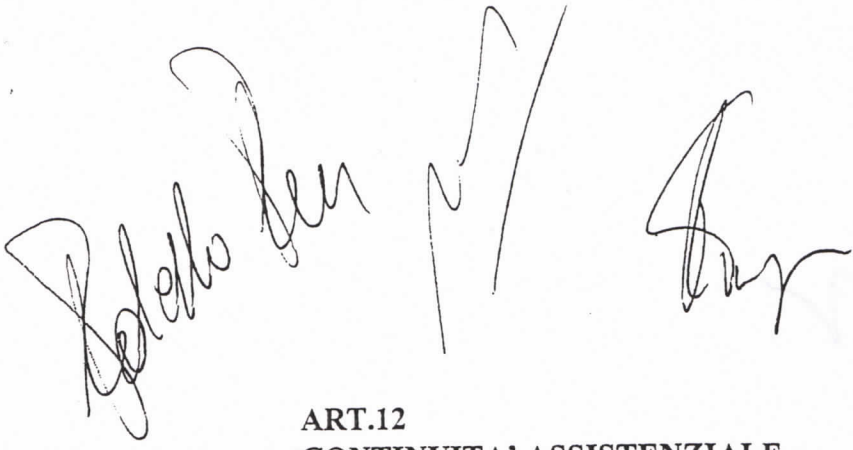
**ART. 11
UTILIZZO DI AMBULATORI PUBBLICI - RIDUZIONE
DELL'IMPORTO DI CUI ALL'ART. 45 - PUNTO E5) DEL D.P.R. 484/96.**

Nel caso di utilizzo da parte del medico di medicina generale di ambulatori pubblici la voce "concorso spese per la erogazione delle prestazioni" di cui all'art. 45 punto E5) dell'accordo, è ridotta nella seguente misura relativamente agli assistiti in carico che gravitano su tale ambulatorio:

- 40% - per l'ambulatorio principale (distrettuale)
- 20% - per gli altri ambulatori a livello comunale

Tale riduzione non opera nel caso in cui il medico corrisponda all'U.S.L. o al Comune per l'utilizzo dell'ambulatorio un canone superiore a quello risultante dal calcolo di cui al precedente punto.

L'U.S.L. rilascia al medico interessato apposita dichiarazione circa le somme trattenute a tale titolo.



ART.12
CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Per quanto attiene il medico di continuità assistenziale e di emergenza territoriale si stabilisce un pacchetto massimo di 1200 ore/annue remunerate, da utilizzarsi per attività aggiuntive richieste ed autorizzate dal Primario dell'U.O. Soccorso Sanitario "118".

ART. 13
DURATA DELL'ACCORDO E DECORRENZA DEGLI EFFETTI ECONOMICI

Il presente accordo entra in vigore il primo giorno del mese successivo alla data di apposizione del visto sulla deliberazione della Giunta regionale che lo rende esecutivo e scade il primo giorno del mese successivo alla data di esecutività del prossimo accordo regionale da stipularsi ai sensi dell'accordo nazionale per la medicina generale che rinnoverà l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo col D.P.R. 484 del 22 luglio 1996, fatte salve diverse ed incompatibili disposizioni nazionali e regionali in materia.

Con la stessa decorrenza decorrono gli effetti economici derivanti dal presente accordo.

Eventuali pregressi accordi economici in materia sono assorbiti dal presente accordo.

ART. 14
NORME FINALI

Ai medici chiamati dall'U.S.L. a partecipare ad incontri d'interesse aziendale e regionale è riconosciuto il rimborso delle spese di sostituzione. L'onere è a carico dell'Azienda, è onnicomprensivo e non può essere inferiore al costo globale orario previsto dall'accordo per gli incarichi a rapporto orario per le attività territoriali ex art. 48 legge 833/78. Mensilmente ciascuno dei rappresentanti designati ai sensi del presente articolato comunica all'Azienda il nominativo del medico che l'ha sostituito nel mese precedente e il numero delle ore di sostituzione. Entro il mese successivo si provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto. Tale attività non si configura come rapporto di lavoro continuativo.

Per quanto non espressamente richiamato dal presente accordo, si fa riferimento al D.P.R. 484/96.

Sono revocate le deliberazioni della Giunta regionale n. 2755 del 19 aprile 1983, n. 3986 del 20 aprile 1989 e n. 4741 del 17 maggio 1991.

Le parti concordano, inoltre, di verificare annualmente quanto previsto nel presente accordo entro il prossimo mese di ottobre o, comunque, su richiesta da parte di una delle parti firmatarie qualora ne ravvisi la necessità.

Aosta il 29 dicembre 1997

Per la parte pubblica:

L'ASSESSORE ALLA SANITA'
SALUTE E POLITICHE SOCIALI
Dott. Roberto VICQUERY

Per le organizzazioni
sindacali di categoria:

F.I.M.M.G.
Dott. Roberto ROSSET
(Segretario)

PER L'ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
(per gli aspetti di deontologia professionale)
Dott. Mario MANUELE (delegato)