

LA GIUNTA REGIONALE

- richiamato l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, 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 15 dicembre 2005;
- visto in particolare l'art. 24 dell'Accordo collettivo nazionale del 15 dicembre 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. 2826 in data 29 settembre 2006 concernente l'individuazione delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative ai fini della composizione dei Comitati permanenti regionali ed aziendali per il personale medico specialista pediatra di libera scelta convenzionato, ai sensi dell'Accordo collettivo nazionale di lavoro del 15 dicembre 2005, 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 deliberazione n. 2827 in data 29 settembre 2006 concernente la nomina del Comitato permanente regionale di cui all'art. 24 dell'Accordo collettivo nazionale di lavoro del 15 dicembre 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta;
- preso atto che il suddetto Comitato è preposto alla definizione degli accordi regionali;
- considerato che in data 30 marzo 2007 è stato siglato l'Accordo regionale per i medici pediatri di libera scelta, 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 pediatri di libera scelta, in attuazione dell'Accordo collettivo nazionale del 15 dicembre 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;
- vista la deliberazione della Giunta regionale n. 4223 in data 29 dicembre 2006 concernente l'approvazione del bilancio di gestione per il triennio 2007/2009, con

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

- visto il parere favorevole 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 legittimità della 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 pediatri di libera scelta, in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale del 15 dicembre 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 pediatri di libera scelta che rinnoverà l'Accordo Collettivo Nazionale del 15 dicembre 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.

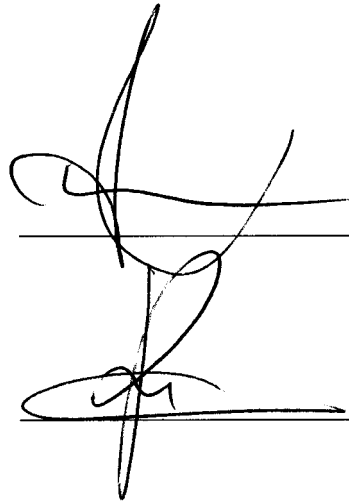
SF

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

Il giorno 30 marzo 2007, alle ore 12,45 presso la sala riunioni dell'Assessorato Sanità, salute e Politiche Sociali – Via De Tillier, 30 Aosta - è stato sottoscritto l'allegato accordo tra la Regione Autonoma Valle d'Aosta e le organizzazioni sindacali partecipanti, rappresentative dei medici specialisti pediatri di libera scelta, in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale del 15 dicembre 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, nelle persone di:

Per la parte pubblica:

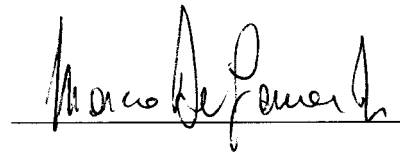
DOTT. ANTONIO FOSSON
ASSESSORE REGIONALE ALLA SANITA',
SALUTE E POLITICHE SOCIALI




Per l'Azienda USL della Valle d'Aosta
DOTT. CLEMENTE PONZETTI
DIRETTORE SANITARIO

Per le organizzazioni sindacali di categoria:

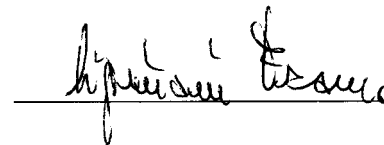
F.I.M.P.
DOTT. MARCO DEBERNARDI



S.A.V.T.
DOTT.SSA CRISTINA FERRÈ



C.I.P.E.
DOTT. FRANCO CIPRIANI



Aosta, 30 marzo 2007

ACCORDO REGIONALE PER I MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

PREMESSA

In data 15 dicembre 2005 è entrato in vigore l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Pediatri di libera scelta, 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 della 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.

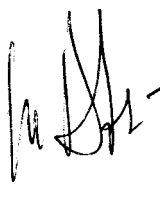
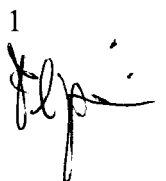
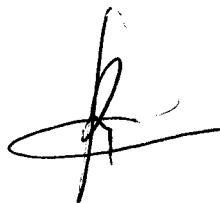
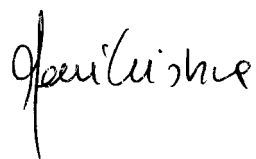
Il livello aziendale individua i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

Considerazioni generali

In accordo con l'articolato del nuovo accordo nazionale, che disegna uno scenario innovativo per il PLS nell'ambito dell'assistenza primaria, si ritiene che il ruolo del PLS non sia più esclusivamente finalizzato a fornire un servizio sanitario ambulatoriale e domiciliare, ma che sia contestualmente impegnato a favorire una reale integrazione socio sanitaria dell'assistenza territoriale, a realizzare nel territorio la più ampia continuità assistenziale e, con una concreta responsabilità dei PLS, a evidenziare i bisogni di salute ed orientare la domanda di servizi in una logica di ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali, a garanzia degli obiettivi di salute definiti.

Si tratta, in pratica, di mettere in atto il tentativo di superare il *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 - per puntare ad un *nuovo paradigma* che mira invece a **misurare la performance, premiare la qualità e motivare i professionisti**.

In tal modo i Medici specialisti pediatri di libera scelta saranno 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 pediatrica, 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 interprofessionale
 - adozione linee guida
 - applicazione percorsi diagnostico terapeutici
 - 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

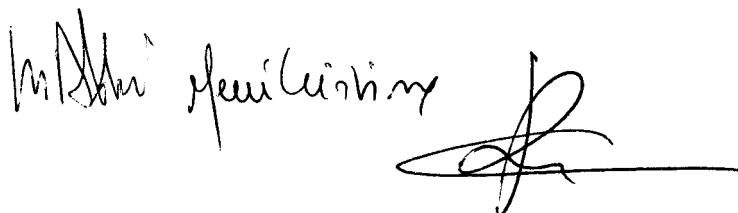
Inteso come strumento di appropriatezza e razionalizzazione dell'uso delle risorse, esso si articola in:

- 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 adeguato ambito di cure, verso un profilo diagnostico terapeutico.
- Appropriatezza prescrittiva: farmacologica, visite specialistiche, esami diagnostici, ricoveri ospedalieri
- Controllo delle liste di attesa

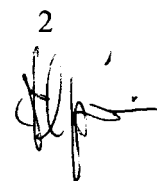
Art. 2 - Obiettivi regionali

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

1. Realizzazione del modello organizzativo dell'équipe territoriale finalizzata all'integrazione socio sanitaria
2. Sviluppo delle forme associative
3. Potenziamento dell'informatizzazione
4. Incentivazione dell'attività pediatrica *decentrata*
5. Sviluppo della continuità delle cure primarie (*progetto PLS/PS*)



2



Art. 3 - Modello organizzativo regionale delle cure primarie pediatriche

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, tanto più si riesce a dare risposte "in loco" alla domanda di salute della popolazione.

Ne deriva che il modello organizzativo che la Regione VDA 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 équipes costituisce obbligo convenzionale per ciascun pediatra a prescindere dal suo status di "medico associato" o "medico non associato".

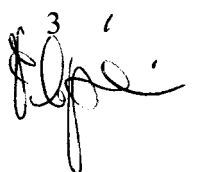
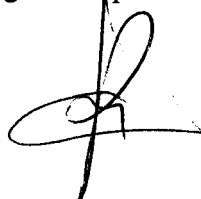
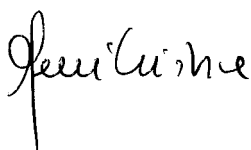
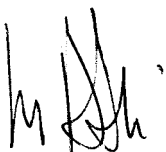
Nel caso di *associazione*, la partecipazione all'attività di équipes può essere delegata ad un pediatra designato dalla associazione stessa, mentre i medici non associati non possono delegare.

Il territorio di operatività dell'équipe 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 pediatrica, fermo restando che nello stesso ambito possono insistere più équipes.

L'équipe 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 primaria e delle altre discipline presenti nel Distretto.

- **L'attività clinica** dell'équipe territoriale, che come detto è remunerata in quota capitaria, 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 distrettuale** si concretizza attraverso gli incontri periodici 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 (*art. 58, lettera B, comma 14*) 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.



2. Forme associative

L'associazionismo medico 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.

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** di cui all'art. 52 dell'A.C.N., mediante l'attivazione di **forme organizzative di aggregazione** dei Medici pediatri di libera scelta, 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**.

Nell'ottica di una politica di incentivazione delle forme associative, attualmente non esistenti nella nostra Regione, al fine di raggiungere la "copertura" con forme aggregative di una popolazione pari ad almeno il 50% della popolazione pediatrica della Regione e considerati i limiti rappresentati dall'incentivo economico di riferimento (Art. 58, lettera B commi 1 e 3), le parti concordano sulla necessità di:

- **razionalizzare** l'utilizzo della quota variabile di cui all'art. 58 lettera B.
- **derogare** alle percentuali previste dal ACN (art 58, lettera B, comma 7) fermo restando il tetto di spesa previsto, al fine di permettere il coinvolgimento di un numero maggiore di PLS
- **sopraspedere** ai compensi relativi al collaboratore di studio e all'infermiere professionale al fine di evitare l'eventualità di mancato utilizzo dei fondi disponibili
- **individuare**, come sede preferenziale delle forme associative nel Distretto 2, la zona della Valle de G. S. Bernardo.

Per i principi generali, la definizione e la disciplina delle forme organizzative di aggregazione si prevede pertanto:

- a) Conferma di quanto previsto dall'art. 52 dell'ACN ai commi 3, 4, 5, 6, 7.
- b) Individuazione di due forme di aggregazione:
 - Aggregazione tipo A
 - Aggregazione tipo B

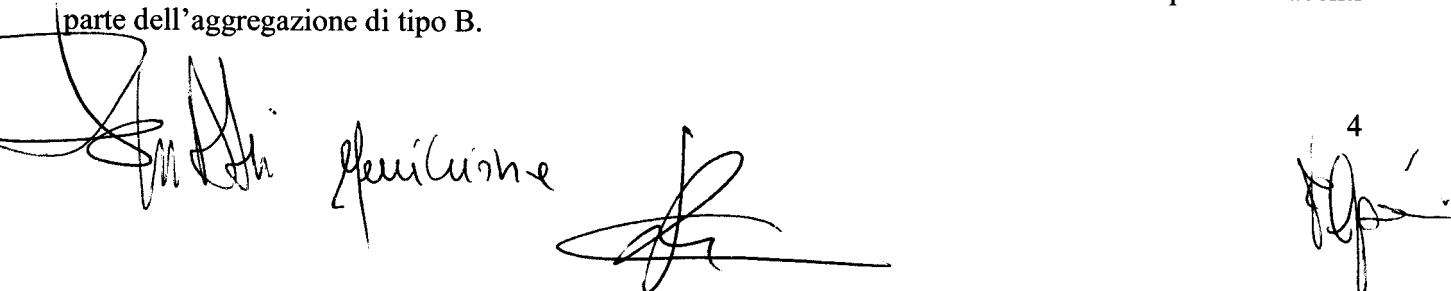
L'aggregazione di tipo A si identifica con i requisiti previsti ai commi 10, 12 e 13 dell'art. 52. L'aggregazione di tipo B (*pediatria di gruppo in struttura pubblica*) si identifica con i requisiti previsti ai commi 8 e 9 dell'art. 52.

I Medici pediatri che aderiscono a forme aggregative di tipo B, devono mantenere su tutto il territorio regionale l'attività nelle sedi attualmente previste, fatta salva diversa programmazione definita e concordata con il Direttore di distretto di riferimento, e sentito il parere del Comitato Regionale.

I Medici pediatri di libera scelta 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.

Alla luce di quanto sopra e per la durata del presente Accordo, sono previste ed attuabili nella nostra Regione un numero massimo di quattro forme associative, una per distretto, di tipo A o B.

Per l'aggregazione di tipo B formata da pediatri titolari di incarico in ambiti diversi, purché appartenenti allo stesso distretto, si applicano le vigenti disposizioni in materia di scelta e revoca degli assistiti. Qualora nella stessa aggregazione venga inserito il pediatra titolare di zona carente straordinaria quest'ultimo mantiene le prerogative legate alla particolarità dell'incarico e quindi può acquisire le scelte su tutto il territorio distrettuale senza l'autorizzazione dei restanti pediatri facenti parte dell'aggregazione di tipo B.



Four handwritten signatures in black ink are located at the bottom of the page. From left to right, they appear to be: a stylized signature, a signature that looks like 'Spicciolino', a signature that looks like 'R', and a signature that looks like 'P' with a small '4' written above it.

Sarà sottoposta a valutazione ed approvazione da parte del Comitato regionale, fermo restando il tetto di spesa ex art. 58 dell'ACN, la proposta di un'ulteriore forma aggregativa nel Distretto 2 in caso di mancata presentazione di istanza di autorizzazione per l'attivazione di una forma aggregativa in uno dei distretti, entro 1 anno dalla data di entrata in vigore del presente Accordo.

E' richiesto, per le aggregazioni di tipo A e B, un ulteriore livello aggiuntivo:

- **Disponibilità telefonica:** fermo restando gli obblighi convenzionali in materia di assistenza domiciliare e ambulatoriale, la disponibilità telefonica è intesa come contattabilità del medico pediatra in modo diretto o attraverso 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.

I medici pediatri di libera scelta che partecipano alle aggregazioni di tipo A sono remunerati con un compenso annuo di € 7,00 per ciascun assistito in carico. Quelli che partecipano al modello B con un compenso annuo di € 2,50 per ciascun assistito in carico.

Per tutti i Medici pediatri di libera scelta appartenenti a forme di aggregazione A o B a tali compensi si aggiungono:

- una quota parte, pari a € 1,00 annuo per assistito, destinata all'obiettivo della **disponibilità telefonica** intesa quale strumento di governo clinico. (art. 58, lettera B, comma 14)
- Una quota parte, pari ad € 1,00 annuo per assistito a titolo di **indennità di aggregazione** (art. 58, lettera B, comma 14)

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.

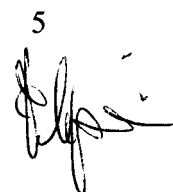
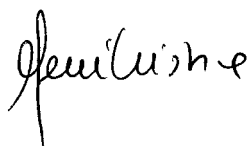
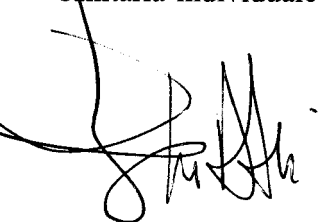
Art. 4 - Informatizzazione

L'indennità informatica è riconosciuta a tutti i medici pediatri, aggregati e non, che utilizzino nella loro quotidiana attività, e nei termini richiesti dall'Accordo Nazionale, (art. 58, lettera B, comma 10) 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, il canone annuo di manutenzione e di aggiornamento del software stesso, la relativa formazione iniziale, la connessione remota, l'assistenza remota da 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 specialista di pediatria di libera scelta, 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 artt. 44 comma 2, lettera d) e 58 lettera B, comma 10, 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 – Incentivazione attività pediatrica in Comuni disagiati e disagiatissimi.

In considerazione delle particolarità orografiche del territorio regionale che determinano difficoltà organizzative e logistiche per l'espletamento dell'attività pediatrica, al fine di assicurare un'adeguata assistenza primaria alle zone montane e alle vallate laterali, fermo restando il tetto di spesa previsto e i Comuni individuati dall'art. 8 dell'Accordo regionale di cui alla D.G.R. n. 4947 del 30 dicembre 1998, si riconosce la necessità di prevedere una **indennità di disagio**.

I medici pediatri di libera scelta che hanno diritto a tale indennità di disagio sono:

- a) coloro che hanno incarico di titolarità a seguito della pubblicazione da parte dell'Azienda USL delle zone carenti straordinarie, individuate ai sensi dell'art 15 dell'ACR approvato con D.G.R. n. 3781 del 14 ottobre 2002, per i quali rimangono invariati i vincoli di apertura collegati alla titolarità stessa e che operano su più ambiti distrettuali
- b) coloro che svolgono la loro attività ambulatoriale settimanale nei Comuni a disagio massimo e disagio medio, individuati dalla D.G.R. 4947/98.

I criteri di applicabilità saranno ispirati non più alla residenza del bambino, bensì al riconoscimento del disagio legato al **numero complessivo di Comuni sede di ambulatorio (minimo 2)** ed al numero delle **sedute settimanali svolte nei Comuni a disagio medio e massimo**.

L'indennità di disagio prevederà pertanto dei compensi, lordi annui, così suddivisi:

PEDIATRI CON INCARICO IN ZONE CARENTI STRAORDINARIE E PEDIATRI CON ATTIVITA' IN COMUNI A DISAGIO MEDIO E MASSIMO			
Numero complessivo di Comuni sede di ambulatorio	n. 3 (o più)		
Numero di sedute settimanali in Comuni di cui alla D.G.R. 4947/98	0	1-2	3-4
Indennità di disagio	4000,00 €/anno	5000,00 €/anno	6192,00 €/anno
Numero complessivo di Comuni sede di ambulatorio	n. 2		
Numero di sedute settimanali in Comuni di cui alla D.G.R. 4947/98	0	1-2	3-4
Indennità di disagio	3000,00 €/anno	4000,00 €/anno	4500,00 €/anno

[Handwritten signatures]

6
[Handwritten signature]

Art. 6 – Zone carenti straordinarie

Al fine di garantire la libertà di scelta del medico ed assicurare una assistenza pediatrica adeguata, qualora dall'applicazione dei parametri di cui all'art. 32 dell'A.C.N. del 15 dicembre 2005 non risulti alcuna carenza, è inseribile, previo parere del Comitato Regionale, un ulteriore pediatra con incarico a tempo indeterminato, qualora tutti i pediatri già presenti nell'ambito territoriale di riferimento abbiano raggiunto il massimale individuale.

Affinché sia garantito il principio di libera scelta e per la maggiore capillarizzazione dell'assistenza, si stabilisce inoltre che per ogni Distretto siano inseribili, a tempo indeterminato e previo parere favorevole del Comitato regionale, anche al di fuori delle date di pubblicazione delle zone carenti previste dall'A.C.N. del 15 dicembre 2005, almeno 3 pediatri compresi quelli già operanti, anche se non massimalisti o che non abbiano raggiunto la quota individuale alla data di entrata in vigore del presente accordo.

Questi ultimi mantengono la loro operatività nell'esclusivo ambito territoriale distrettuale in cui già prestano servizio. Le parti stabiliscono infine che, a seguito della pubblicazione delle zone carenti straordinarie di cui sopra, il nuovo pediatra inserito nel Distretto 2 dovrà assicurare l'apertura di una sede ambulatoriale nell'ambito territoriale numero 1 e numero 2 dello stesso Distretto.

Le sedi di apertura degli ambulatori nell'ambito dei Distretti, saranno definiti sulla base della programmazione distrettuale, sentito il parere del Direttore di Distretto interessato.

Art. 7 - Apertura degli studi medici

Le parti concordano che l'attività ambulatoriale dei pediatri con doppio rapporto di lavoro convenzionale (pediatri di libera scelta e consultoriali) di cui all'art. 17 lettera c) dell'ACN, deve essere svolta per 5 giorni alla settimana e preferibilmente dal lunedì al venerdì, fermo restando l'apertura del lunedì e nel rispetto del numero di ore definite dall'articolo citato, fatto salvo, in deroga a quanto previsto dall'art. 35 comma 5 dell'ACN la possibilità da parte dell'Azienda USL, di modificare le fasce di apertura pomeridiane o mattutine.

I pediatri che superano il numero di 900 assistiti assicurano l'apertura degli ambulatori per 16 ore settimanali.

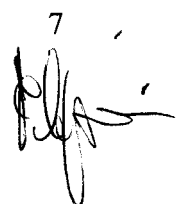

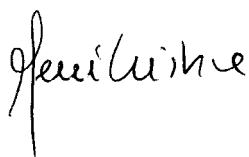
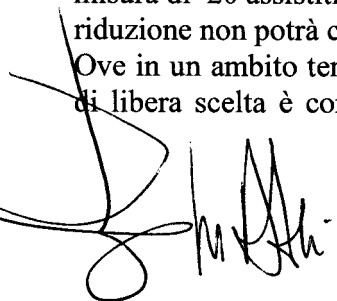
Art. 8 - Massimale di scelte (limitazioni e deroghe)

La contemporanea attività di medico specialista di pediatria di libera scelta e di medico specialista ambulatoriale nella branca di pediatria possono essere esercitate, ai sensi dell'A.C.N. del 15/12/2005, art. 17, lettera c), limitatamente ai rapporti già in atto alla data di entrata in vigore dell'A.C.N. medesimo.

Ai medici specialisti pediatri di libera scelta che svolgono anche attività di medico specialista ambulatoriale della branca di pediatria alla data di pubblicazione del suddetto A.C.N., è confermato il numero di ore di attività specialistica ambulatoriale attribuite alla data di pubblicazione del medesimo e non è consentito l'aumento delle stesse, in quanto incompatibili con la doppia titolarità di incarico.

Ai sensi del combinato disposto dell'art. 17, lettera c) e dell'art.38, comma 5 dell'A.C.N., si prevede la riduzione del massimale individuale di scelte, alla data di entrata in vigore del presente Accordo, nella misura di 20 assistiti per ciascuna ora di incarico di specialistica ambulatoriale, fermo restando che tale riduzione non potrà comportare un massimale inferiore a 600 scelte.

Ove in un ambito territoriale non siano disponibili ovvero sia disponibile un unico pediatra specialista di libera scelta è consentita, ai sensi del comma 2 dell'art 38 dell'A.C.N., per particolari motivi di



carezza dei pediatri, l'attribuzione di ulteriori scelte nel limite del 15% del massimale individuale pari ad un massimo di 1012 assistiti.

L'attribuzione delle scelte in deroga al massimale individuale nel caso suddetto, per i nuovi nati e per gli assistiti in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari in cui il Pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica, ove il medico abbia dichiarato la propria disponibilità, è subordinata alla scelta insindacabile dell'assistito.

Le deroghe di cui sopra non concorrono a modificare i massimali di scelta individuali da cui sono tenute distinte.

Ai PLS che si sono autolimitati sotto il massimale di 800 assistiti non sono accordabili deroghe di sorta, se non al fine dei ricongiungimenti familiari.

Art. 9 - Scelta/revoca del Pediatra di libera scelta / Revoca d'ufficio (Art. 39-40-41 ACN)

Ove in un ambito territoriale sia presente o disponibile un unico pediatra specialista di libera scelta e qualora sia venuto meno l'elemento di fiducia, colui che esercita la patria potestà o un familiare autorizzato, può, con motivata domanda, revocare la scelta del pediatra ed effettuare nuove scelte di carattere provvisorio, a favore di un altro Pediatra dell'ambito territoriale o, in subordine, distrettuale limitrofo, sentito il parere del Comitato Aziendale permanente.

• Mantenimento delle scelte degli ultra quattordicenni.

Il mantenimento degli ultraquattordicenni a carico del pediatra fino al sedicesimo anno di età e non oltre, è possibile in presenza delle seguenti condizioni, regolarizzate dagli Uffici di scelta e revoca sulla base dei criteri definiti dal presente articolo e su apposita modulistica definita a livello Aziendale. :

- patologia grave, cronica e persistente (di cui all'allegato A del presente Accordo)
- immaturità psico-fisica
- documentate situazioni di disagio psicosociale

Ulteriori gravi situazioni particolari dovranno invece essere portate all'attenzione del Comitato Aziendale.

La richiesta deve essere presentata dal genitore e deve essere accompagnata dalla certificazione del pediatra nonché dalla accettazione da parte dello stesso.

L'Azienda comunica alle famiglie degli assistiti, almeno un mese prima del compimento del quattordicesimo anno di età, la possibilità di mantenere la scelta del pediatra, limitatamente ai casi sopra individuati. Il genitore, o l'esercente la patria potestà, può richiedere agli uffici scelta e revoca il mantenimento del pediatra entro e non oltre il compimento del quattordicesimo anno di età.

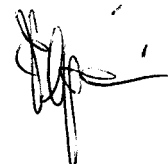
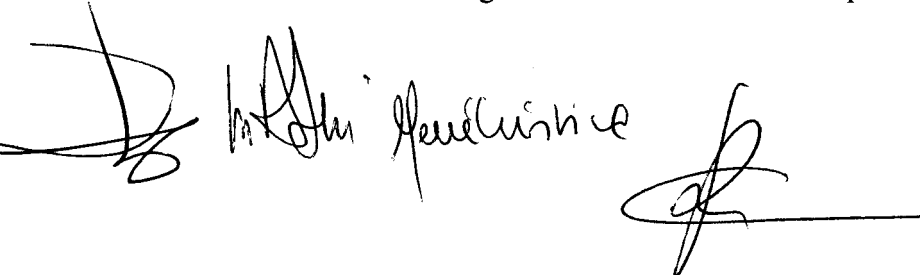
La richiesta viene considerata accettata se l'Azienda non comunica decisione avversa.

Le determinazioni di cui sopra sono soggette a verifica su richiesta di una delle parti.

Art. 10- Sostituzioni (ACN art. 36)

Per le sostituzioni superiori ai trenta giorni, le parti concordano quanto previsto all'art. 36, comma 4 e dall'allegato F) dell'ACN vigente.

In considerazione delle particolarità geografiche in cui operano i pediatri presenti sul territorio regionale e delle difficoltà di sostituzione, le disposizioni previste al comma 4 dell'art. 36 dell'ACN sono parzialmente derogabili in caso di sostituzioni inferiori ai trenta giorni. Pertanto, fermo restando la necessità di mantenere un adeguato livello assistenziale e professionale, le parti concordano che gli



standards previsti al comma 4 dell'art. 36 sono parzialmente modificabili qualora il pediatra attesti una oggettiva difficoltà a trovare il proprio sostituto.

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 Medici pediatri della forma aggregativa

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

Art. 11 - 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 omnicomprendivo 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. 12 – La carta dei servizi

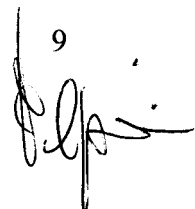
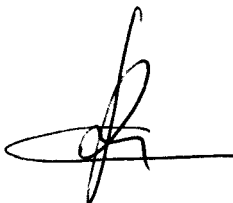
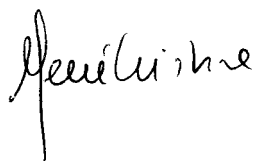
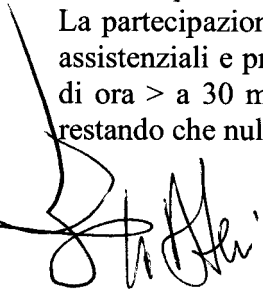
Per garantire il rispetto e la fiducia tra medico e famiglia dell'assistito che si fonda sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti, ogni genitore deve esser messo a conoscenza dell'attività del pediatra di libera scelta tramite una Carta dei Servizi, predisposta dall'Azienda USL in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

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

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

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

La partecipazione del Medico pediatra specialista di libera scelta 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 - Determinazione della quota di detrazione ai medici che usufruiscono di ambulatori dell'Azienda USL

Le parti confermano quanto stabilito dall'art. 12 dell'Accordo regionale di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 3781 del 14 ottobre 2002, ad esclusione della quota oraria da detrarre di cui al comma 2, che si concorda di fissare come quota oraria unica pari a € 4.

Art. 15 - Appropriatelyzza delle cure e dell'uso delle risorse.

L' Azienda quando rileva comportamenti prescrittivi da parte del medico di pediatria di libera scelta ritenuti non conformi alle norme di cui all'articolo art. 27 dell'ACN, sottopone i casi ad una Commissione aziendale unica di cui all'art. 18 dell'Accordo per i Medici di assistenza primaria approvato con D.G.R. 1451 del 19 maggio 2006.

E' 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. 16 - Vaccinazioni ed attività di prevenzione

L'adesione alle campagne di vaccinazione, promosse e organizzate dall'Azienda USL come da piano nazionale e regionale vaccini è una delle funzioni e dei compiti individuali del sanitario di cui all'art. 44, comma 2, lettera l) dell'ACN.

Ciascuna vaccinazione erogata dal medico è retribuita nella misura lorda di € 18,00.

La partecipazione del medico di pediatria di libera scelta alle campagne vaccinali e ad altre attività di prevenzione quali ad esempio screening, indagini di stratificazione del rischio con particolare riferimento ai disturbi generalizzati dello sviluppo (Cheecklist for Autism in Toddlers), ecc., sarà remunerata sulla base di specifici progetti aziendali e sarà oggetto di monitoraggio da parte dell'Azienda USL.

Art. 17 – Prestazioni ed attività aggiuntive - Progetto salute infanzia


Le parti concordano di confermare quanto previsto all'articolo 13 del precedente accordo regionale approvato con DGR n. 3781 del 14 ottobre 2002.

Art. 18 - Obiettivi aziendali (dal fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico, di cui al art. 58 lettera B comma 14)

a) Disponibilità telefonica



10



Disponibilità telefonica intesa come contattabilità del pediatra 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.

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.

Gli indicatori relativi a tale obiettivo e l'individuazione dei reports necessari, sono parte integrante del presente Accordo all'allegato B.

b) 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 PLS che avranno raggiunto l'obiettivo con modalità da concordare in sede di Comitato aziendale.

Gli indicatori relativi a tale obiettivo e l'individuazione dei reports necessari, sono parte integrante del presente Accordo all'allegato B.

c) Contenimento degli accessi impropri in PS

Partecipazione del PLS al governo della domanda mirata al contenimento degli accessi impropri in pronto soccorso nei giorni in cui il PLS è in servizio.

Gli indicatori relativi a tale obiettivo e l'individuazione dei reports necessari, sono parte integrante del presente Accordo all'allegato B.

Art. 19 – Formazione

La formazione continua del pediatra di libera scelta costituisce requisito indispensabile per lo svolgimento dell'attività convenzionale, come definito dall'art. 20 dell'ACN.

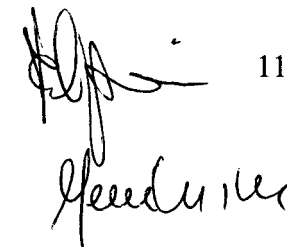
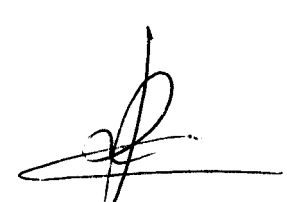
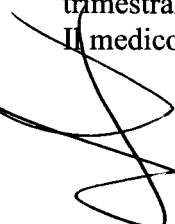
La formazione del pediatra di libera scelta è volta principalmente a ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici degli assistiti in età pediatrica e renderli appropriati alle esigenze di razionalizzazione della spesa sanitaria anche al fine di un'integrazione tra le varie figure professionali dell'Area Pediatrica (PLS, Consultoriali e Ospedalieri).

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

Le parti stabiliscono che l'Azienda USL organizza in sede eventi accreditati, specifici per i Pediatri convenzionati e dipendenti, per almeno 28 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 PLS.

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 dell'ACN, il pediatra può partecipare inoltre ad eventi fuori sede, purché accreditati, con spese a suo carico così come previsto dall'articolo citato.

L'Azienda USL collabora con l'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI (ACP) presente sul territorio regionale anche attraverso l'individuazione di un **referente di formazione**, nominato dai Pediatri di libera scelta presenti sul territorio, che svolge, tra l'altro, le seguenti funzioni:

- definizione dei 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 dei pediatri di libera scelta
- monitoraggio della formazione svolta al di fuori del territorio regionale

A tale referente di formazione, unico per l'intero territorio regionale, è corrisposta un'indennità lorda mensile di 300,00 €.

Art. 20 – Norme finali

1. **MATERIE DI COMUNE INTERESSE.** La Valle d'Aosta e le O.O.S.S. dei pediatri di libera scelta concordano che tutte le materie di comune interesse con la Continuità assistenziale, la Medicina dei Servizi, l'Emergenza Sanitaria territoriale, la Medicina generale 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

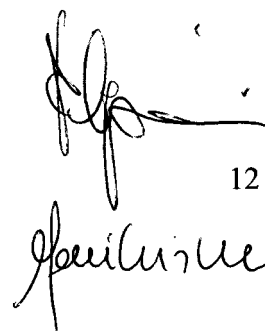
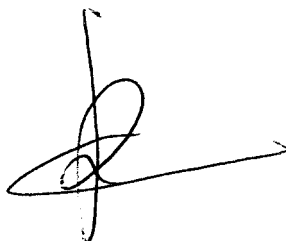
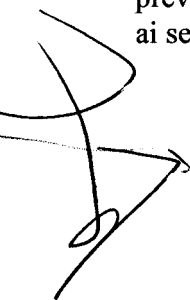
Il servizio di continuità assistenziale nella giornata di sabato è anticipato alle ore 8, secondo disposizioni aziendali, al fine di favorire la partecipazione alla attività di formazione sulla base quanto previsto dall'art. 20, comma 12 dell'ACN.

Le parti concordano che nei giorni prefestivi il servizio di continuità assistenziale è attivato dalle ore 10.

4. AGGREGAZIONI

Fermo restando il disposto di cui all'art. 3, punto 2 del presente accordo è fatta salva la possibilità per il Pediatra di libera scelta di aderire a forme aggregative della medicina generale disciplinate dall'A.C.N. della medicina generale del 23 marzo 2005, nonché dall'Accordo regionale approvato con D.G.R. n. 1451 del 19 maggio 2006.

A ciascun medico pediatra appartenente a tali forme aggregative vengono liquidate le competenze previste dall'Accordo Regionale della medicina generale vigente, relative alle scelte di cui è titolare ai sensi dell'art. 54, comma 4, lettera l).

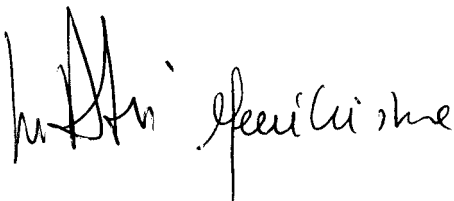


12

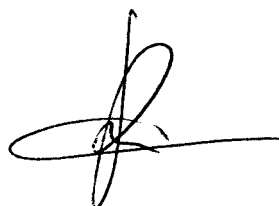
ALLEGATO A

ELENCO PATOLOGIE CRONICHE DI CUI ALL'ART. 9

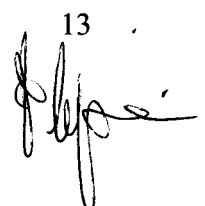
- Artrite cronica giovanile
- Asma
- Autismo
- Cecità mono o binoculare
- Gruppo delle cefalee
- Celiachia
- Cerebropatie
- Deficit immunologici
- Dermatosi croniche
- Diabete mellito
- Displasia broncopulmonare
- Distrofie e ipotonie muscolari
- Disturbi del linguaggio o dell'apprendimento
- Disturbi del metabolismo
- Disturbi endocrini
- Disturbi dell'emotività dell'infanzia e dell'adolescenza
- Epatiti croniche
- Epilessia
- Fibrosi cistica
- Glaucoma
- Ipercinesia,iperattività
- Iperlipemie familiari
- Ipertensione
- Ipo-ipertiroidismo
- Malattie congenite o acquisite dello scheletro(osteopatie-displasie)
- Nanismo ipofisario ed altre auxopatie
- Nefropatie con o senza insufficienza renale
- Obesità e sovrappeso
- Osteocondrosi
- Patologie autoimmuni
- Patologie cardiache congenite e acquisite(compresi i vizi valvolari)
- Patologie ematologiche
- Patologie oncologiche
- Portatori di derivazioni per idrocefalo
- Psoriasi
- Pubertà precoce
- Pubertà tarda
- Reumatismo articolare acuto
- Scoliosi e Paramorfismi
- Sindrome adrenogenitale



Handwritten signature in black ink.

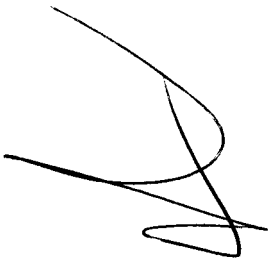



Handwritten signature in black ink.



Handwritten signature in black ink.

- Sindromi e malformazioni congenite
- Sindromi genetiche
- Sordità mono o bilaterale e gravi ipoacusie




Dr. Rossi
Foniatra


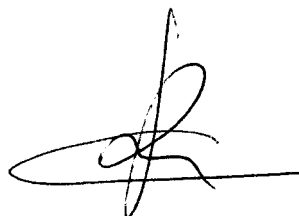
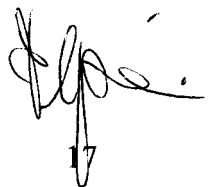
3. APPROPRIATEZZA

ACCESSI IN PS

INDICATORE	RISULTATO	RESP. DEL DATO	PESO	PESO CUM.	NOTE
Rapporto tra il numero accessi in PS NSR/OB tra le ore 8 e le ore 20, esclusi prefestivi e festivi, nel periodo luglio-dicembre 2007 e numero di accessi come sopra in analogo periodo luglio-dicembre 2006	1. 0,96-1 (-4% e 0%) = 100% 2. 1.01- 1,03 (+ 5%) 2a. = 50% 2b. = 80% se compresi nella media regionale dei PLS appartenenti alla stessa fascia per n.° di assistiti ponderati per fascia di età (0-3; 3,1-6; 6,1-14) 3. >1.06 (+ 6%) 3a. = 0% 3b. = 80% se compresi nella media regionale dei PLS appartenenti alla stessa fascia per n.° di assistiti ponderati per fascia di età (0-3; 3,1-6; 6,1-14)	COMITATO DI GESTIONE DAT	19%	100%	La razionalizzazione degli accessi in PS prevede il monitoraggio, per ogni singolo pediatra , del rapporto tra il numero di accessi dei suoi assistiti in PS (codici bianchi e verdi/ pazienti non muniti di impegnativa del curante) non seguiti da ricovero o da osservazione breve , nel periodo luglio-dicembre 2007 e numero di accessi come sopra in analogo periodo luglio-dicembre 2006.



Speciale

ALLEGATO B

OBIETTIVI AZIENDALI

Fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico (di cui all' art. 58, lettera B, comma 14 dell'ACN), pari a € 40.684,00 (3,08 x 13.209 assistiti)

Le voci di spesa riconducibili a tale fondo sono gli obiettivi aziendali, di cui all'art. 19 del presente Accordo.

PLS SINGOLI

Quota base = 3,08 €

3,08 € per assistito, erogati nella misura dell'80% subito, su base mensile, e 20% a verifica del raggiungimento degli obiettivi

Essi sono così suddivisi:

Riunioni distrettuali 0,50 €	Accessi PS 0.58 €	Disponibilità Telefonica 2,00 €
---------------------------------	----------------------	---------------------------------------

PLS AGGREGATI

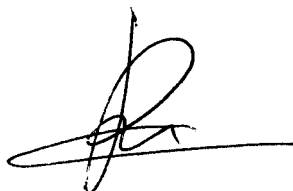

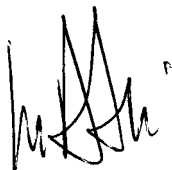
Quota base = 3,08 €

3,08 € per assistito, erogati nella misura dell'80% subito, su base mensile, e 20% a verifica del raggiungimento degli obiettivi.

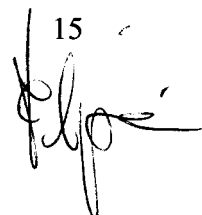
Essi sono così suddivisi:

Riunioni distrettuali 0,50 €	Accessi PS 0.58 €	Disponibilità Telefonica 1,00 € **
---------------------------------	----------------------	--

** Una ulteriore quota di 1 € relativa alla disponibilità telefonica, è già prevista nella tariffa concordata per le forma di aggregazione di cui all'art. 3 del presente accordo



15



1. INTEGRAZIONE
ATTIVITA' ORGANIZZATIVA DISTRETTUALE

INDICATORE	RISULTATO	RESPONSABILI DEL DATO	PESO	PESO CUM.	NOTE
Partecipazione alle riunioni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partecipazione a 4 riunioni su 6 previste (65%) = 100% 2. Partecipazione a 3 riunioni su 6 previste (50%) = 50% 3. Partecipazione a meno di 3 riunioni su 6 previste (<50%) = 0% 	Direttore Distretto	16%	16%	Le riunioni distrettuali sono previste nella misura minima di 6 all'anno. Esse sono convocate, previa predisposizione di calendario semestrale, dal Direttore di Distretto.

2. ACCESSIBILITA'
DISPONIBILITA' TELEFONICA

INDICATORE	RISULTATO	RESPONSABILE DEL DATO	PESO	PESO CUM.	NOTE
Risposta nei termini previsti dall'Accordo Regionale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Risposta corretta a 4 chiamate su 4 previste (100%) = 100% 2. Risposta corretta a 3 chiamate su 4 previste (75%) = 75% 3. Risposta corretta a 2 chiamate su 4 previste (50%) = 50% 4. Risposta corretta ad un numero di chiamate <2 = 0% 	Direttore Distretto	65%	81%	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione da parte del PLS del numero telefonico di riferimento all'Azienda USL entro 1 mese dall'entrata in vigore del vigente Accordo • Risposta, entro i tempi previsti dal vigente Accordo, a 4 chiamate "random" nel corso dell'anno eseguite <u>esclusivamente</u> dal Direttore del Distretto di competenza (o medico di area Territoriale delegato) • Contro deduzione al DD

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

16
[Handwritten signature]