

parte del personale medico, per una puntuale registrazione di tutta l'attività svolta;

- k) l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta provvede a trasmettere, entro il 31 ottobre 2006, copia di tutta la modulistica, debitamente compilata, all'Assessorato regionale Sanità, Salute e Politiche sociali – Servizio Sanità territoriale, unitamente ad una relazione conclusiva sull'andamento del servizio e ad un riepilogo delle prestazioni rese e delle spese sostenute suddiviso per ciascun ambulatorio e per ciascun medico incaricato.

---

---

**Deliberazione 19 maggio 2006, n. 1451.**

**Approvazione dell'Accordo regionale per i medici di assistenza primaria, in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale di lavoro del 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.**

LA GIUNTA REGIONALE

Omissis

delibera

1) di approvare l'Accordo regionale per i medici di assistenza primaria, in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005, allegato alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante;

2) di dare atto che alla spesa derivante dall'allegato Accordo provvederà l'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta attraverso l'utilizzo delle somme assegnate annualmente alla stessa per il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale;

3) di stabilire che il suddetto Accordo entrerà in vigore il primo giorno del mese successivo alla data di adozione della presente deliberazione che lo rende esecutivo e che lo stesso scadrà il primo giorno del mese successivo alla data di esecutività del prossimo Accordo regionale da stipularsi ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per i medici di medicina generale che rinnoverà l'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005, fatte salve diverse ed incompatibili disposizioni nazionali e regionali in materia;

4) di stabilire che la presente deliberazione sia trasmessa all'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta per i successivi adempimenti di competenza;

5) di stabilire che la presente deliberazione venga pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione.

---

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

mulaires doivent être remplis par les médecins, qui doivent enregistrer ponctuellement toutes les activités qu'ils exercent ;

- k) L'Agence USL de la Vallée d'Aoste pourvoit à transmettre, au plus tard le 31 octobre 2006, une copie desdits formulaires, dûment remplis, au Service de la santé territoriale de l'Assessorat régional de la santé, du bien-être et des politiques sociales, avec un rapport final et le récapitulatif des prestations fournies et des dépenses supportées, réparties par dispensaire et par médecin.

---

---

**Délibération n° 1451 du 19 mai 2006,**

**portant approbation de l'accord régional des médecins de base, en application de la convention collective nationale du travail du 23 mars 2005 pour la réglementation des rapports avec les médecins généralistes.**

LE GOUVERNEMENT RÉGIONAL

Omissis

délibère

1) Est approuvé l'accord régional des médecins de base, annexé à la présente délibération dont il fait partie intégrante, en application de la convention collective nationale du 23 mars 2005 ;

2) Les dépenses dérivant de l'accord en question, à la charge de l'USL de la Vallée d'Aoste, sont couvertes par les crédits alloués chaque année à celle-ci pour le financement du Service sanitaire régional ;

3) L'accord en cause entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date d'adoption de la présente délibération, qui le rend applicable, et expire le premier jour du mois suivant la date d'applicabilité du prochain accord régional, qui devra être passé au sens de la convention des médecins généralistes portant renouvellement de la convention collective nationale du 23 mars 2005, sauf dispositions contraires ou incompatibles de l'État ou de la Région ;

4) La présente délibération est transmise à l'Agence USL de la Vallée d'Aoste aux fins de l'accomplissement des obligations qui lui incombent ;

5) La présente délibération est publiée au Bulletin officiel de la Région.

---

RÉGION AUTONOME VALLÉE D'AOSTE

Il giorno 4 maggio 2006, alle ore 17,00, presso la sala sita al piano terreno dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali è stato sottoscritto l'allegato accordo tra la Regione Autonoma Valle d'Aosta e l'organizzazione sindacale partecipante, rappresentativa dei medici di medicina generale, in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005 della medicina generale, nelle persone di:

Per la parte pubblica:

Dott. Antonio FOSSON  
Assessore regionale alla Sanità, Salute e Politiche sociali

Per l'Azienda USL della Valle d'Aosta  
Dott. Clemente PONZETTI  
Direttore Sanitario

Per le Organizzazioni sindacali di categoria:  
F.I.M.M.G.  
Dott. Roberto ROSSET  
(Segretario)

Aosta, 4 maggio 2006.

---

ACCORDO REGIONALE  
PER I MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA

PREMESSA

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

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

*Livelli di negoziazione*

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

Il livello nazionale individua:

1. le garanzie per i cittadini;
2. il ruolo, il coinvolgimento nell'organizzazione e programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato;

Le 4 mai 2006, à 17 h, dans la salle du rez-de-chaussée de l'Assessorat de la santé, du bien-être et des politiques sociales, la Région autonome Vallée d'Aoste et l'organisation syndicale présente, représentative des médecins généralistes, en les personnes indiquées ci-après, ont signé l'accord figurant ci-après, en application de la convention collective nationale des médecins généralistes du 23 mars 2005 :

Pour la partie publique :

M. Antonio FOSSON  
Assesseur régional à la santé, au bien-être et aux politiques sociales

Pour l'Agence USL de la Vallée d'Aoste :  
M. Clemente PONZETTI  
Directeur sanitaire

Pour les organisations syndicales catégorielles :  
M. Roberto ROSSET  
Secrétaire de la F.I.M.M.G.

Fait à Aoste, le 4 mai 2006.

---

ACCORD RÉGIONAL  
DES MÉDECINS DE BASE

PRÉAMBULE

La convention collective nationale pour la réglementation des rapports avec les médecins généralistes est entrée en vigueur le 23 mars 2005 ; cette convention met particulièrement l'accent sur le nouveau rôle de la négociation régionale.

Le mécanisme de la souplesse des normes (mécanisme par lequel une partie de la réglementation nationale peut être remplacée, totalement ou partiellement, par des dispositions régionales analogues) permet de passer de la définition d'un outil essentiellement complémentaire à l'élaboration d'un accord régional dans le cadre duquel s'inscrivent les opportunités de planification et de gestion de l'assistance territoriale.

*Niveaux de négociation*

La nouvelle convention prévoit trois niveaux de négociation : national, régional et d'entreprise.

Au niveau national sont établis :

1. les garanties pour les citoyens ;
2. le rôle et la mobilisation des personnels sanitaires conventionnés dans le cadre de l'organisation et de la planification, les responsabilités de ces derniers, ainsi que les critères d'évaluation et les garanties y afférents ;

3. i servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza;
4. la compatibilità economica;
5. la responsabilità delle istituzioni (Regioni e Aziende) nei confronti della piena applicazione dell'ACN.

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

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

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

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

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

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

#### Art. 1 Strumenti operativi

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

##### 1. GOVERNO CLINICO

Rappresenta il tentativo di trovare un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, e pertanto va in-

3. les services fournis afin que les niveaux essentiels d'assistance soient assurés ;
4. la compatibilité économique ;
5. la responsabilité des institutions (Régions et Agences) vis-à-vis de l'application de la CCN.

Au niveau régional sont fixés les objectifs de santé, les modèles organisationnels et les instruments opérationnels pour réaliser lesdits objectifs, conformément aux stratégies et aux buts du Service sanitaire régional.

Au niveau de l'Agence sont établis les projets et les activités du personnel sanitaire conventionné nécessaires aux fins de la réalisation des objectifs fixés par la planification régionale.

La nouvelle convention sanctionne, pour les médecins de base, le passage du vieux paradigme – qui se basait principalement sur le contrôle de l'utilisation des ressources, la fonction de *gatekeeping*, l'encouragement de la réduction des consommations et la mise en place de systèmes d'information axés sur le contrôle de la gestion – à un nouveau paradigme dont les buts sont les suivants :

- Mesurer la performance ;
- Primer la qualité ;
- Motiver les professionnels.

Les accords régionaux se fondent sur le principe que le rôle charnière des médecins de base vise non seulement à fournir un service sanitaire ambulatoire, à domicile ou en établissement, mais également à mettre en évidence les besoins en santé et à orienter la demande de services, dans une logique d'optimisation des parcours diagnostiques, thérapeutiques et d'assistance.

Ainsi, les médecins de base sont-ils de plus en plus mobilisés dans un district organisé de manière à fournir les réponses nécessaires en matière de santé, suivant des critères d'efficacité, d'adéquation, d'évidence scientifique et d'utilisation correcte des ressources selon le projet de santé établi par le Plan sanitaire régional.

#### Art. 1<sup>er</sup> Outils opérationnels

Il est nécessaire d'établir les formes et les outils qui garantissent à la médecine générale – qui fait partie intégrante du « système santé » – une place stable dans les différents niveaux de « gouvernance » à l'échelon régional et à celui de l'Agence. Grâce à la participation à ces différents niveaux de gouvernance, il est possible de réaliser les objectifs fixés.

##### 1. GOUVERNANCE CLINIQUE

Elle représente la tentative de mettre en place une approche intégrée du problème de la qualité de l'assistance et

teso come strumento per la realizzazione della qualità dei servizi prodotti dall'Azienda Sanitaria.

Esso si articola sostanzialmente in cinque punti:

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

## 2. GOVERNO DELLA DOMANDA

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

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

### Art. 2 Obiettivi regionali

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

1. Realizzazione del modello organizzativo dell'équipe territoriale finalizzata all'integrazione socio sanitaria
2. Sviluppo delle forme associative

doit donc être considérée comme un outil pour la réalisation de la qualité des services fournis par l'Agence.

Elle s'articule substantiellement en cinq points :

- Définition des standards qualitatifs de l'assistance ;
- Partage multidisciplinaire et trans-professionnel :
  - adoption de lignes directrices ;
  - application de parcours diagnostiques et thérapeutiques partagés ;
  - coordination et intégration des services par des solutions organisationnelles adéquates ;
- Recherche de l'efficacité des procédures de l'EBM (médecine factuelle);
- Responsabilisation professionnelle avec documentation de la qualité des prestations et des services fournis grâce à des critères d'évaluation et à des indicateurs appropriés (customer satisfaction) ;
- Formation.

## 2. GOUVERNANCE DE LA DEMANDE

La gouvernance de la demande, qui est un outil d'adéquation et de rationalisation de l'utilisation des ressources, s'articule comme suit :

- Éducation de la population et prévention ;
- Élimination, par une action de suivi, de la demande inappropriée, même lorsqu'elle découle de l'intervention d'autres professionnels du SSN ;
- Réduction du recours inapproprié au service des urgences et à l'hospitalisation ;
- Orientation des usagers vers un secteur de soins ou vers un parcours diagnostique et thérapeutique ;
- Adéquation des prescriptions (médicaments, visites spécialisées, examens diagnostiques, hospitalisation) ;
- Contrôle des listes d'attente ;
- Suivi des maladies chroniques.

### Art. 2 Objectifs régionaux

Les objectifs stratégiques que la Région entend poursuivre sont les suivants :

1. Réalisation du modèle organisationnel de l'équipe territoriale visant à l'intégration socio-sanitaire ;
2. Développement des formes d'association ;

3. Potenziamento dell'informatizzazione

4. Sviluppo della continuità delle cure primarie

Art. 3

Modello organizzativo regionale delle cure primarie

1. Equipe territoriale

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

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

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

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

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

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

Il territorio di operatività dell'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 generale, 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 generale e delle altre discipline presenti nel

3. Renforcement de l'informatisation ;

4. Développement de la continuité des soins de base.

Art. 3

Modèle organisationnel régional des soins de base

1. Equipe territoriale

L'expérience de ces dernières années dans différentes réalités régionales a prouvé qu'en sortant de la logique d'une activité clinique isolée pour réaliser des formes intégrées d'assistance sanitaire et reconnaître la centralité du rôle du médecin de base, l'on réussit davantage à donner des réponses sur place aux requêtes de la population en matière de santé.

Par conséquent, le modèle organisationnel que la Région juge le plus approprié du point de vue stratégique aux fins de la réalisation de l'objectif visé ci-dessus, ainsi que des objectifs de gouvernance clinique et de gouvernance de la demande, est celui de l'équipe territoriale intégrée de montagne, en tant que renforcement et réorganisation des actuelles équipes de district, qui se composent uniquement d'opérateurs socio-sanitaires et ne comptent parmi leurs membres aucun médecin.

Afin d'assurer l'intersectorialité et l'intégration des actions socio-sanitaires, l'équipe en question se compose de toutes les figures professionnelles œuvrant sur le territoire de référence : médecins de base, médecins spécialistes, pédiatres de famille, médecins de la continuité de l'assistance, infirmiers, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues, assistants sociaux, assistantes médicales.

Elle représente donc l'expression la plus haute de l'intégration socio-sanitaire et le cadre dans lequel s'exercent la gouvernance clinique et la gouvernance de la demande.

La participation aux activités de l'équipe représente une obligation conventionnelle pour chaque médecin, qu'il ait le statut de « médecin groupé » ou de « médecin non groupé ».

Les médecins groupés peuvent déléguer un autre médecin du groupement à l'effet de participer aux activités de l'équipe, alors que les médecins non groupés n'en ont pas la faculté.

Le territoire d'action de l'équipe est établi, dans le cadre du district, par le directeur de ce dernier, les opérateurs concernés entendus.

Ce territoire coïncide en général avec les zones fixées pour la médecine générale, sans préjudice du fait que plusieurs équipes peuvent œuvrer dans une même zone.

L'équipe territoriale ne revêt pas uniquement une importance de type clinique, mais elle représente également un outil d'application de la planification sanitaire, donc une occasion d'organisation de la médecine générale et des

Distretto.

- L'attività clinica dell'équipe territoriale, si concretizza attraverso la predisposizione di un programma di lavoro concordato e mediante la produzione di valutazioni multidimensionali di un bisogno complesso, da cui discendono le risposte appropriate alle diverse condizioni.
- L'attività organizzativa fatta salva l'attività organizzativa dell'équipe afferente al distretto e remunerata in quota capitaria, l'attività organizzativa distrettuale si concretizza attraverso gli incontri con il Direttore di distretto ed in connessione con le attività dell'Ufficio di Coordinamento distrettuale. L'attività organizzativa distrettuale si configura come obiettivo aziendale e come tale sarà oggetto di monitoraggio da parte dell'Azienda, per il raggiungimento degli obiettivi regionali/aziendali e valutata sulla base di indicatori condivisi. Si demanda al Comitato Regionale la definizione dell'indicatore relativo a tale obiettivo da definire al massimo entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente Accordo.  
(Indicatore: partecipazione alle riunioni distrettuali => 4)  
(Allegato 1)

## 2. Forme associative

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

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

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

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

autres disciplines présentes dans le cadre du district concerné.

- L'activité clinique de l'équipe territoriale se concrétise par l'élaboration d'un plan de travail concerté et par la production d'évaluations multidimensionnelles du besoin global permettant de trouver les solutions appropriées ;
- Sans préjudice de l'activité de l'équipe dans le cadre du district, qui est rémunérée au titre du quota par tête, l'activité organisationnelle de district se concrétise dans des rencontres avec le directeur de ce dernier et dans la collaboration avec le bureau de coordination des districts. Ladite activité représente l'un des objectifs de l'Agence ; elle fera donc l'objet d'un suivi de la part de cette dernière aux fins de la réalisation des objectifs régionaux/de l'Agence, et sera évaluée sur la base d'indicateurs établis à cet effet. Le Comité régional est chargé de la définition de l'indicateur relatif à ladite activité dans les 60 jours qui suivent l'entrée en vigueur du présent accord.  
(Indicateur : participation aux réunions de district =>4)  
(Annexe 1)

## 2. Formes d'association

Afin de favoriser la confrontation entre les professionnels et la croissance de chaque médecin dans le cadre de l'équipe, la Région considère comme un objectif prioritaire le dépassement, en sens transversal, des formes classiques d'association, et ce, par la mise en place de formes organisationnelles de groupements de médecins pouvant être conduites à des modèles évolutifs qui soient l'expression d'un associacionisme conforme aux particularités du territoire régional et caractérisé par des prestations complémentaires convenablement rémunérées.

Le groupement des médecins représente une garantie de la continuité de l'assistance, d'un plus haut niveau qualitatif des prestations fournies, d'un meilleur accès aux services territoriaux et d'une meilleure utilisation de ces derniers, ainsi que de standards de l'activité professionnelle plus élevés du point de vue structurel, instrumental et organisationnel.

En vertu des dispositions combinées des treizième et dix-septième alinéas de l'art. 54 de la CCN, pour ce qui est de la définition des formes organisationnelles de groupement, des principes généraux et de la réglementation y afférents, il est prévu ce qui suit :

- a) Confirmation des dispositions de l'art. 54 de la CCN (premier, deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième alinéas) ;
- b) Établissement de deux formes de groupement :
  - Groupement du type A ;
  - Groupement du type B.

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

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

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

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

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

- I MMG attualmente già organizzati in forme associative semplici o in rete dovranno presentare domanda di trasformazione di tale medicina di associazione verso una forma di aggregazione tra quelle sopra indicate oppure lo scioglimento del loro accordo.
- Le istanze giacenti in Azienda, e non ancora autorizzate alla data di entrata in vigore del presente Accordo, dovranno essere ripresentate e adeguate alle nuove forme aggregative previste secondo le modalità di cui al presente accordo.

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

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

Le groupement du type A doit répondre aux conditions fixées par les septième et huitième alinéas de l'art. 54. Le groupement du type B doit répondre aux conditions fixées par le neuvième alinéa de l'art. 54 et peut être créé dans le cadre de cabinets privés (B1) ou publics (B2).

Pour toute la durée du présent accord, les groupements du type B1 et B2 autorisés sont au nombre de quatre maximum, un pour chaque district, priorité étant donnée aux demandes déjà déposées à l'Agence à l'entrée en vigueur du présent accord. La non-présentation – dans les six mois qui suivent la date d'entrée en vigueur du présent accord – de la demande d'autorisation aux fins de la mise en place d'un groupement du type B1 ou B2 dans l'un des districts permet la création d'un groupement supplémentaire dans le district n° 2, sans préjudice du respect du plafond de dépense fixé par l'art. 46 de la CCN.

Les parties établissent qu'afin de garantir à tous les médecins généralistes le droit d'adhérer à un groupement, des dérogations au nombre minimum fixé par la lettre e) du quatrième alinéa de l'art. 54 de la CCN sont prévues, limitativement aux zones auxquelles sont affectés deux médecins seulement. Par ailleurs, les médecins généralistes qui se trouvent dans cette situation peuvent se grouper avec d'autres médecins généralistes dans le cadre d'une zone autre que celle de leur compétence, à condition que celle-ci soit limitrophe et relève du même district.

À partir du quatrième mois qui suit l'entrée en vigueur du présent accord, l'Agence USL reconnaît et rémunère exclusivement les groupements du type A, B1 ou B2.

Par conséquent, dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur du présent accord :

- Les médecins généralistes qui font déjà partie d'une association simple ou d'un réseau doivent présenter une demande visant à la transformation de l'association en l'une des formes de groupement visées ci-dessus ou bien à la dissolution de l'accord passé précédemment.
- Les demandes déjà déposées à l'Agence et pour lesquelles l'autorisation n'a pas encore été accordée à la date d'entrée en vigueur du présent accord doivent être présentées de nouveau et adaptées aux nouvelles formes de groupement visées au présent accord.

Pour les demandes ne relevant pas des cas visés aux alinéas précédents, l'autorisation est accordée sur la base de la date de présentation de celles-ci, sans préjudice du respect du plafond de dépenses fixé par l'art. 46 de la CCN.

Les médecins généralistes qui adhèrent à des groupements du type B1 et B2 doivent continuer d'exercer leur activité sur tout le territoire régional, dans les centres de consultation situés dans les communes autres que celle où leur groupement a son siège principal. Les médecins généralistes communiquent à l'Agence USL les modalités organisationnelles leur permettant d'assurer l'activité susdite, dont la conformité aux dispositions régionales et nationales fera l'objet d'une vérification de la part de l'Agence.

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

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

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

Tali compensi per i medici che appartengono ad una forma di aggregazione di tipo B1 si intendono comprensivi dell'utilizzo obbligatorio di 1 collaboratore di studio.

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

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

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

#### Art. 4 Informatizzazione

L'indennità informatica è riconosciuta a tutti i medici, aggregati e non, che utilizzino nella loro quotidiana attività, e nei termini richiesti dall'Accordo Nazionale, (art. 59, let-

Pour les groupements du type A et du type B, les prestations supplémentaires indiquées ci-après sont requises :

- Disponibilité téléphonique : sans préjudice des obligations conventionnelles en matière d'assistance ambulatoire et à domicile, l'on entend par disponibilité téléphonique la possibilité, pour le patient, entre 8h et 14h des jours ouvrables, de contacter le médecin ou l'un de ses collaborateurs par téléphone ou au moyen d'appareils électroniques, avec rappel dans les 40 minutes qui suivent.
- Présence de médecins de la continuité de l'assistance : lorsque cela est possible, dans le cadre des activités de jour, des médecins de la continuité de l'assistance doivent être présents, priorité étant donnée aux médecins titulaires, à condition qu'ils soient conventionnés avec l'Agence sanitaire de la Vallée d'Aoste et qu'ils aient un contrat de travail de 38 heures hebdomadaires. Sans préjudice du nombre d'heures qui doit être garanti par les médecins généralistes du groupement au sens de la CCN, la présence du médecin de la continuité de l'assistance – dont l'activité ne doit pas dépasser 14 heures diurnes par semaine, pendant les jours ouvrables – doit être concertée et prévue dans l'acte constitutif du groupement. Ledit acte est validé par l'Agence USL au sens de la lettre s) du quatrième alinéa de l'art. 54 de la CCN.

Les médecins appartenant à un groupement du type A ont droit à une rémunération annuelle de 4,00 euros pour chaque patient qu'ils ont en charge ; les médecins appartenant à un groupement du type B1 ou B2 ont droit respectivement à une rémunération de 10,00 euros et de 3,00 euros pour chaque patient qu'ils ont en charge.

La rémunération relative aux médecins appartenant à un groupement du type B1 couvre également les frais occasionnés par le recours obligatoire à un collaborateur de cabinet.

Tous les médecins généralistes appartenant à un groupement touchent, en sus de ladite rémunération, une quote-part de 1,00 € par an au titre de la disponibilité téléphonique en tant qu'outil de gouvernance clinique.

Les groupements figurent au nombre des objectifs régionaux et font donc l'objet d'un suivi et d'une vérification de la part de l'Agence USL.

Au cas où la vérification effectuée ferait ressortir qu'un groupement ne réunit pas les conditions requises, l'Agence USL procède à la suspension du paiement de la rémunération y afférente et met en route la procédure de recouvrement des sommes déjà versées à compter de la date de ladite vérification.

#### Art. 4 Informatisation

La prime informatique est versée à tous les médecins, groupés ou non, qui utilisent dans leur activité quotidienne et selon les modalités prévues par la convention nationale



tera B, comma 11) apparecchiature e programmi informatici.

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

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

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

#### Art. 5 Medico di struttura

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

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

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

(lettre B du onzième alinéa de l'art. 59), des appareils informatiques et des logiciels.

Compte tenu de l'importance stratégique que l'informatisation revêt sur notre territoire, l'Agence sanitaire assure au médecin, en sus du versement de la prime forfaitaire mensuelle prévue par la CCN, la licence du logiciel Millewin, la redevance annuelle de maintenance et de mise à jour dudit logiciel, la formation aux fins de l'utilisation de ce dernier, la connexion à distance, la téléassistance *Ida help desk* et trois interventions d'assistance sur place gratuits au cours de la première année.

En application du deux cent soixante-quinzième alinéa de l'art. 1<sup>er</sup> de la loi de finances 2006, l'Agence subordonne le versement de la prime informatique au respect du seuil de 70 p. 100 d'impression informatique des prescriptions.

Afin de favoriser la réalisation de l'objectif commun de gouvernance clinique dans le cadre de l'assistance de base et la mise en place d'un système d'information de district, en application des dispositions combinées de l'art. 45, deuxième alinéa, lettre b), et de l'art. 59, lettre B, onzième alinéa, les parties décident que les données contenues dans la fiche médicale individuelle revêtent un caractère de dette d'information vis-à-vis de l'Agence USL et de la Région. Les modalités de transmission des données, par la mise en place de flux d'information adéquats, les contenus, les tracés et les échéances seront établis de concert dans le cadre du Comité régional.

#### Art.5 Médecin de structure

Afin de surmonter les modalités actuelles d'accès aux prestations du médecin dans les micro-communautés et les maisons de repos publiques et conventionnées, la Région estime fondamentale l'institution du profil professionnel de « médecin de structure », dans le but d'améliorer l'assistance fournie à toutes les personnes hébergées dans la structure en cause, sur la base d'une planification horaire et hebdomadaire que doivent établir les médecins de l'équipe dont relève la structure.

Grâce à la création de ce profil professionnel, le simple accès aux prestations est remplacé par la présence d'un médecin qui est responsable des processus de traitement de toutes les personnes hébergées, en collaboration avec les autres opérateurs sanitaires et d'assistance, sans préjudice du rapport de confiance du patient avec son médecin de famille, dont les interventions relèvent du quota par tête.

Sans préjudice de l'objectif final de la présence d'un médecin de structure dans toutes les établissements d'hébergement pour personnes âgées présentes sur le territoire de la Vallée d'Aoste au 31 décembre 2006, les médecins de structure seront désignés prioritairement parmi les médecins de l'assistance de base qui font partie de l'équipe territoriale dont relève l'établissement, qui se sont déclarés disponibles et qui exercent en libéral pour cinq heures maximum par semaine, ou subsidiairement parmi les médecins

li o, in sub-ordine, tra i medici titolari di continuità assistenziale.

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

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

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

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

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

#### Art. 6

##### Collaboratore di studio, infermiere professionale

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

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

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

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

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

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

de la continuité de l'assistance.

Au cas il s'avérerait impossible de réaliser l'objectif susmentionné, le directeur du district devra prévoir le roulement de tous les médecins de médecine générale relevant de l'équipe de référence.

Les parties décident que chaque semaine l'activité du médecin de structure doit être exercée, en règle générale, selon le rapport 1 heure / 10 personnes hébergées et qu'elle est rémunérée par un tarif global de 35 €/heure.

Compte tenu du caractère expérimental dudit service et des différentes réalités, les modalités organisationnelles y afférentes seront établies par le directeur de chaque district.

Dans l'attente de l'application des dispositions ci-dessus par l'Agence USL, les procédures suivies au moment de l'entrée en vigueur du présent accord demeurent valables.

À cette fin, l'Agence USL utilise une somme ne dépassant pas la dépense supportée en 2005 pour les accès programmés dans les structures protégées.

#### Art. 6

##### Collaborateur de cabinet, infirmier professionnel

Sans préjudice des dispositions du deuxième alinéa de l'art. 3 du présent accord, l'indemnité pour le collaborateur de cabinet est versée aux médecins généralistes qui en bénéficient déjà et, jusqu'à un maximum de 5 000 assistés supplémentaires, dans l'ordre :

- aux médecins généralistes qui adhèrent à un groupement du type A (un médecin pour chaque groupement) ;
- aux médecins généralistes qui n'adhèrent à aucun groupement.

Le collaborateur doit être présent dans le cabinet pendant l'ouverture de celui-ci une heure par jour au moins, soit cinq heures par semaine.

Cette condition doit être précisée dans le contrat ou dans une déclaration sur l'honneur effectuée par le médecin.

Le médecin peut recruter le collaborateur de cabinet ou l'infirmier professionnel directement ou par l'intermédiaire d'autres sujets (sociétés de services, coopératives) selon les modalités des conventions nationales des salariés des cabinets professionnels de IV<sup>e</sup> catégorie et des infirmiers professionnels, sur la base d'un mandat professionnel ou d'un contrat de collaboration coordonnée et continue.

Pour les médecins généralistes appartenant à un groupement du type B2, les cinq heures minimales par semaine requises doivent être multipliées par le nombre de médecins groupés.

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

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

#### Art. 7

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

##### 1. Disponibilità telefonica

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

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

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

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

##### 2. Appropriately prescrivibile.

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

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

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

Si demanda al Comitato Regionale la definizione degli indicatori relativi a tali obiettivi da definire al massimo en-

Les médecins généralistes qui font appel à des collaborateurs de cabinet ou à des infirmiers recrutés par des sociétés ou par des agences, doivent produire les factures attestant le nombre d'heures de travail effectuées par desdits collaborateurs ou infirmiers.

L'indemnité susmentionnée fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation par l'Agence USL.

#### Art. 7

Objectifs de l'Agence (fonds pour la réalisation de plans d'activité spécifiques visant à la gouvernance clinique visée à la lettre b du quinzième alinéa de l'art. 59).

##### 1. Disponibilité téléphonique

L'on entend par disponibilité téléphonique la possibilité, pour le patient, entre 8h et 14h des jours ouvrables, de contacter le médecin ou l'un de ses collaborateurs par téléphone ou au moyen d'appareils électroniques, avec rappel dans les 60 minutes qui suivent, sans préjudice des obligations conventionnelles en matière d'assistance ambulatoire et à domicile.

Cette activité représente un objectif de l'Agence et fera donc l'objet d'un suivi de la part de cette dernière et d'une évaluation sur la base d'indicateurs établis à cet effet.

Le Comité régional est chargé de définir l'indicateur relatif audit objectif dans les 60 jours qui suivent l'entrée en vigueur du présent accord.

La disponibilité téléphonique donne droit à une rémunération de 2,00 € par an par patient, en cas de médecin isolé. Pour les médecins réunis en association, il est fait application des dispositions du point 2 de l'art. 3 du présent accord.

##### 2. Adéquation des prescriptions

Lors de l'élaboration des projets indiqués ci-dessous, l'Agence USL établit les indicateurs d'évaluation de l'adéquation des prescriptions et de l'utilisation correcte des ressources, selon les principes de la qualité et de l'Evidence Based Medicine :

- pharmacovigilance ;
- réduction des listes d'attente ;
- adéquation du recours au service des urgences.

L'adéquation des prescriptions du médecin de base fera l'objet d'un suivi de la part de l'Agence USL aux fins de la réalisation des objectifs fixés par celle-ci et sera donc évaluée sur la base d'indicateurs établis à cet effet.

Le Comité régional est chargé de définir les indicateurs relatifs audit objectif dans les 60 jours qui suivent l'entrée

tro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente Accordo

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

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

- b) Accessi in P.S.

Razionalizzazione degli accessi in P.S.

- c) Liste di attesa

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

### 3. Attività organizzativa distrettuale

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

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

#### Art. 8

##### Assistenza domiciliare programmata e integrata

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

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

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

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

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

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

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

en vigueur du présent accord.

- a) Pharmacovigilance : antihypertenseurs, inhibiteurs de pompe, statines et héparines de bas poids moléculaire.

Rationalisation de la dépense relative à la prescription des médicaments relevant des quatre classes indiquées ci-dessus.

- b) Recours au service des urgences.

Rationalisation du recours au service des urgences.

- c) Listes d'attente

Concours à la réduction des listes d'attente selon les standards prévus par la réglementation en vigueur.

### 3. Activité organisationnelle de district

Participation à l'activité organisationnelle telle qu'elle est définie par l'art. 3 du présent accord.

Il est précisé que la part du fonds éventuellement non distribuée du fait de la non-réalisation des objectifs susmentionnés par certains professionnels sera répartie entre les médecins généralistes ayant atteint leurs objectifs, selon des modalités qui seront établies dans le cadre du Comité de l'Agence.

#### Art. 8

##### Assistance à domicile programmée et intégrée

- Assistance à domicile programmée (art. 53 – annexe g)

L'ADP fournie par le médecin de base figure au nombre des fonctions et des tâches individuelles que le professionnel visé à la lettre b) du premier alinéa de l'art. 45 de la CCN doit remplir.

Le versement du traitement y afférent est subordonné à la tenue correcte de la fiche médicale des interventions au domicile du patient, à l'effectivité des interventions programmées, attestée par la signature du patient, et au respect des échéances fixées de concert avec le directeur du district.

L'Agence USL pourra procéder à des vérifications au sens de l'art. 8 de l'annexe G de la CCN.

Pour cette forme d'assistance, le traitement prévu par l'art. 10 de l'accord régional précédent (DGR n° 3883/2002) est confirmé.

- Assistance à domicile intégrée (art. 53 – annexe h et DGR n° 4248 du 13 septembre 2004)

L'ADI fournie par le médecin de base figure au nombre des fonctions et des tâches individuelles que le professionnel visé à la lettre b) du premier alinéa de l'art. 45 de la CCN doit remplir.

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

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

Art. 9  
Attività di prevenzione

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

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

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

Art. 10  
Zone disagiate e disagiatissime

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

Art. 11  
Potenziamento degli ambulatori nei Comuni della «cintura» e della collina di AOSTA

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

Art. 12  
La carta dei servizi

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

- l'organizzazione dell'assistenza medica in Valle d'Aosta tra cui il servizio di Continuità assistenziale e Medici di Emergenza Territoriale
- l'accessibilità allo studio del medico e la disponibilità telefonica

Le versement du traitement y afférent est subordonné à l'effectivité des interventions programmées et au respect des échéances fixées de concert avec le directeur du district, au sens des dispositions régionales en vigueur en la matière.

Pour cette forme d'assistance, le traitement prévu par l'art. 8 de l'accord régional précédent (DGR n° 3883/2002) est confirmé.

Art. 9  
Activité de prévention

L'adhésion aux campagnes de vaccination antigrippale organisées par l'Agence USL à l'intention de toutes les personnes à risque figure au nombre des fonctions et des tâches individuelles que le professionnel visé à la lettre n) du deuxième alinéa et à la lettre c) du quatrième alinéa de l'art. 45 de la CCN doit remplir.

Chaque vaccination effectuée par le médecin est rétribuée selon les tarifs des prestations complémentaires visées à l'annexe D de la CCN.

La participation du médecin de famille aux campagnes de vaccination antigrippale et aux autres activités de prévention (dépistage, enquêtes sur la stratification du risque, etc.) est rémunérée sur la base de projets spécifiques et fait l'objet d'un suivi de la part de l'Agence USL.

Art. 10  
Zones défavorisées et très défavorisées

Les parties confirment les dispositions de l'accord visé à la DGR n° 3883 du 21 octobre 2002.

Art. 11  
Renforcement de l'activité des cabinets de consultation de la ceinture et de la colline d'AOSTE

Les parties sont d'accord sur la nécessité de définir des modalités organisationnelles visant à fournir des services supplémentaires à la population des communes de la ceinture et de la colline d'AOSTE, de concert avec les collectivités locales, par l'ouverture de nouveaux cabinets de médecins de base, dans le cadre de l'organisation de l'équipe de référence.

Art. 12  
La charte des services

Afin de garantir le respect et la confiance entre le médecin de base et son patient, qui se fondent sur la connaissance réciproque et sur la transparence des relations, chaque patient doit connaître l'activité dudit médecin grâce à une charte des services préparée par l'Agence USL sur la base d'un modèle unique précisant tout particulièrement :

- l'organisation de l'assistance médicale en Vallée d'Aoste, y compris le service de la continuité de l'assistance et le service territorial des urgences ;
- l'accessibilité au cabinet médical et la disponibilité téléphonique ;

- i certificati rilasciati gratuitamente dal medico di famiglia o suo sostituto e quelli invece rilasciabili su compenso
- le modalità della scelta/revoca del medico
- le forme di aggregazione a cui eventualmente aderisce (funzioni e modalità).

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

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

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

Art. 14  
Formazione

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

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

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

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

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

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

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

Ai fini del raggiungimento del monte ore di cui

- les certificats que le médecin de famille ou son remplaçant est tenu de délivrer gratuitement et les certificats qui au contraire comportent le paiement d'un tarif ;
- les modalités de choix et de révocation du médecin ;
- les formes éventuelles de groupement auxquelles le médecin adhère (fonctions et modalités).

Art. 13  
Lignes directrices, parcours d'assistance  
et profils de traitement

Le médecin de base est responsable de l'application des lignes directrices, des profils de traitement et des parcours d'assistance diagnostiques et thérapeutiques fixés par l'Agence.

Le médecin de base qui participe à la rédaction des lignes directrices, des profils de traitement et des parcours d'assistance susmentionnés a droit à une rémunération horaire brute de 26,00 euros (toute fraction d'heure de plus de 30 minutes étant considérée comme une heure entière), selon des modalités établies par l'Agence et sans préjudice du fait qu'aucune rémunération n'est due au cas où le médecin concerné se ferait remplacer.

Art. 14  
Formation

La formation continue du médecin de base représente une condition indispensable pour le déroulement de l'activité conventionnelle, telle qu'elle est définie par l'art. 20 de la CCN.

La formation du médecin de base porte notamment sur les volets suivants :

- aspects pratiques de la profession médicale ;
- objectifs de l'agence et des districts ;
- aspects déontologiques et légaux.

Les cours de recyclage doivent être accrédités et prévoir la délivrance des crédits ECM et chaque médecin est tenu d'atteindre le nombre de crédits de formation requis.

Les parties décident que l'Agence USL doit organiser sur place, les samedis, des cours accrédités pour 30 heures par an au moins, avec activation du service de la continuité de l'assistance à partir de 8 heures.

L'Agence USL communique aux médecins de base la date desdits cours trente jours au moins auparavant et tous les trois mois.

Le médecin est tenu de participer aux cours organisés sur place pour un minimum de 20 heures.

Afin d'atteindre le nombre d'heures de cours visé au

all'art. 20, comma 12, il medico può partecipare inoltre ad eventi fuori sede, purché accreditati, con spese a suo carico.

Ai fini del comma 15 dell'art. 20 dell'ACN, la Regione crea un elenco regionale di animatori di formazione ove, in fase di prima applicazione, vengono inseriti gli animatori già iscritti nell'albo di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 4791/98 del 21 dicembre 1998, previa verifica del curriculum formativo relativo all'ultimo quinquennio, da parte del Comitato regionale.

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

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

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

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

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

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

#### COMPENSI PER LA FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Fermo restando quanto previsto per la disciplina dell'attività didattica e tutoriale dei medici di medicina generale dalle disposizioni statali e regionali vigenti, al medico di medicina generale che svolge funzioni di tutor e didattiche nell'ambito del corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368, è ricono-

scritto l'art. 20, le médecin peut participer, à ses frais, à des cours organisés en dehors de l'Agence, à condition qu'ils soient accrédités.

Aux fins visées au quinzième alinéa de l'art. 20 de la CCN, la Région crée une liste régionale des animateurs de formation sur laquelle sont inscrits, au départ, les animateurs déjà immatriculés au registre visé à la délibération du Gouvernement régional n° 4791 du 21 décembre 1998, sur vérification, de la part du comité régional, du curriculum de ces derniers relatif aux cinq dernières années.

L'immatriculation au registre régional des animateurs de formation représente un élément utile pour l'exercice de la fonction de tuteur dans le cadre du cours de formation en médecine générale.

Le nombre total d'animateurs prévu s'élève à 5, un chacun pour les districts n° 1, n° 3 et n° 4 et deux pour le district n° 2. Lesdits animateurs ont droit à une indemnité brute mensuelle de 300,00 €.

Les animateurs de formation doivent exercer, en collaboration avec le directeur du district, les fonctions suivantes :

- définition des besoins en formation du district ;
- élaboration du plan annuel de recyclage professionnel ;
- collaboration à l'organisation des initiatives ;
- évaluation de l'activité de formation et de l'impact de celle-ci sur l'activité des médecins de base ;
- suivi de la formation effectuée en dehors du territoire régional ;
- enseignement dans le cadre des cours de recyclage organisés sur place.

Les médecins qui entendent participer aux cours de formation pour animateurs organisés par l'USL doivent :

1. Justifier de cinq ans au moins d'activité en tant que médecin conventionné avec le SSN, même non continuus ;
2. Présenter leur curriculum de formation au titre des cinq dernières années.

#### RÉMUNÉRATION DE LA FORMATION SPÉCIFIQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Sans préjudice des dispositions nationales et régionales en vigueur en matière d'activité pédagogique et tutorale des médecins généralistes, le médecin généraliste qui exerce les fonctions de tuteur et d'enseignant dans le cadre du cours de formation en médecine générale visé au décret législatif n° 368 du 17 août 1999, a droit à une indemnité mensuelle

sciuta un'indennità mensile lorda pari ad Euro 220,00 per l'attività di tutor.

Art. 15  
Assistenza ai turisti

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

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

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

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

Art. 17  
Copertura degli ambiti carenti di assistenza primaria

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

Art. 18  
Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse.

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

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

brute de 220,00 € pour l'activité de tuteur.

Art. 15  
Assistance aux touristes

L'Agence est autorisée à mettre en place le service d'assistance aux touristes pendant l'été et dans les localités caractérisées par une grande affluence touristique, compte tenu des volumes d'activité de l'année précédente et suivant les dispositions régionales en vigueur.

Les parties décident de ne pas modifier la rémunération prévue au titre de 2005 pour le déroulement de l'activité en cause.

Art. 16  
Fixation du montant qui doit être déduit de la rémunération des médecins qui utilisent les centres de consultation de l'Agence USL.

Les parties confirment les dispositions de l'art. 16 de l'accord régional visé à la délibération du Gouvernement régional n° 3883 du 21 octobre 2002.

Art. 17  
Attribution des zones où l'assistance de base est absente ou insuffisante

Les parties confirment les dispositions de l'art. 17 de l'accord régional visé à la délibération du Gouvernement régional n° 3883 du 21 octobre 2002.

Art. 18  
Adéquation des traitements et de l'utilisation des ressources.

Lorsque l'Agence constate qu'un médecin généraliste a des comportements non conformes aux dispositions de l'art. 27 de la CCN en matière de prescription, elle soumet le cas à une commission unique composée par :

- un représentant du comité de la zone concernée, en qualité de président ;
- deux représentants des médecins de base, désignés par les médecins qui font partie du comité régional et du comité de l'Agence ;
- un représentant de chaque catégorie médicale (médecins généralistes, médecins de la continuité de l'assistance, médecins du service territorial des urgences, pédiatres de famille et spécialistes des centres de consultation) qui sera convoqué pour l'examen des cas afférents à la catégorie de son ressort ;
- un représentant de l'UB Pharmacie de l'Agence USL ;
- un représentant de la Direction sanitaire hospitalière de l'Agence USL.



Art. 19  
Scelta/revoca del medico di famiglia

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

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

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

REVOCA SCELTA – art. 41 comma 2

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

REVOCHE D'UFFICIO – art. 42 comma 9

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

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

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

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

Art. 21  
Sostituzioni (ACN art. 37)

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

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

Art. 19  
Choix/révocation du médecin de famille

NOMBRE MAXIMAL DE PATIENTS – art. 39, onzième et douzième alinéas, et art. 40, huitième alinéa.

Sans préjudice des dispositions du huitième alinéa de l'art. 40 de la CCN, les choix temporaires doivent faire l'objet d'un suivi de la part de l'Agence USL.

Si le nombre des choix effectués par dérogation au nombre maximal individuel de patients atteint des niveaux de criticité, l'Agence fait appel au Comité régional aux fins de l'évaluation et de la solution du problème, et ce, dans le but d'harmoniser l'assistance sur l'ensemble du territoire régional.

RÉVOCATION DU CHOIX – art. 41, deuxième alinéa.

Afin de garantir la continuité de l'assistance, les parties décident que le médecin révoqué est tenu de mettre à la disposition du patient les informations cliniques relatives à l'état de santé de celui-ci.

RÉVOCATION D'OFFICE – art. 42, neuvième alinéa.

Les parties décident que ce volet doit faire l'objet d'une réglementation ad hoc, fixée par le Comité régional compte tenu des particularités du territoire régional.

Art. 20  
Droits syndicaux et fixation du montant du  
remboursement des frais supportés par les médecins  
pour la participation aux travaux des comités.

Les médecins qui participent aux travaux du Comité régional et du Comité de l'Agence au sens des art. 23 et 24 de la CCN, ont droit à une rémunération brute de 75,00 € pour chaque séance. Ladite rémunération couvre toutes les dépenses que les médecins concernés doivent supporter, y compris celles relatives à leur éventuel remplacement.

Pour ce qui est du remboursement des frais de remplacement supportés lors de la participation des représentants syndicaux désignés au sens du cinquième alinéa de l'art. 21 de la CCN aux travaux desdits comités, ainsi que des modalités organisationnelles y afférentes, il est fait référence aux dispositions du sixième alinéa dudit article.

Art. 21  
Remplacements (art. 37 de la CCN)

Au cas où un médecin serait absent pendant plus de 30 jours, l'Agence est tenue de désigner un remplaçant, compte tenu des incompatibilités liées au nombre maximum de patients et des limitations y afférentes.

Compte tenu des difficultés objectives à assurer ces remplacements, les parties décident qu'en cas d'absence d'un médecin appartenant à un groupement, celui-ci assure sa collaboration aux fins du remplacement :

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

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

Art. 22  
Graduatoria unica regionale

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

Art. 23  
Rapporto ottimale

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

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

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

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

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

Art. 25  
Incentivazione per l'attività ambulatoriale

Al fine di incentivare l'attività ambulatoriale sull'intero territorio regionale, le parti concordano che sarà corrisposto

- a) par un médecin n'appartenant pas au groupement ;
- b) par un médecin appartenant au groupement ;
- c) à tour de rôle, par tous les médecins généralistes appartenant au groupement.

Dans le cas visé au point c) ci-dessus, la rémunération due au titre du remplacement (Annexe C – deuxième alinéa de la CCN) est divisée en parts égales entre tous les membres du groupement, indépendamment du nombre de patients pris en charge par chacun d'entre eux au cours de la période de remplacement.

Art. 22  
Classement régional unique

Un classement régional unique sera prévu pour toutes les activités réglementées par la CCN en vigueur pour la médecine générale.

Art. 23  
Rapport optimal

Compte tenu des particularités du territoire régional et afin qu'une assistance de base adéquate soit assurée dans les zones de montagne, les parties confirment le rapport optimal de 1/1200 sur l'ensemble du territoire régional.

Art. 24  
Droit de grève (Art. 31 de la CCN)

Au sens des dispositions combinées des troisième et septième alinéas de l'art 31 de la CCN, les prestations indiquées ci-après sont considérées comme prestations d'assistance de base indispensables et en tant que telles doivent être garanties même en cas d'agitations syndicales : visites à domicile urgentes, assistance programmée aux malades en phase terminale, assistance à domicile intégrée et assistance programmée dans les établissements d'hébergement et de soins et dans les microcommunautés.

L'Agence verse uniquement la rémunération due au titre des prestations d'assistance à domicile intégrée, des prestations dans les établissements d'hébergement et de soins et dans les microcommunautés et des visites à domicile urgentes, soit les visites effectuées dans les 30 minutes qui suivent l'appel du patient, selon les modalités établies par le Comité de l'Agence.

Pour ce qui est de la continuité de l'assistance et du service territorial des urgences, l'Agence fixe les critères pour la détermination du nombre de médecins qui ne doivent pas participer aux éventuelles grèves catégorielles, et ce afin de garantir la continuité des prestations sur l'ensemble du territoire régional.

Art. 25  
Encouragement de l'activité ambulatoire

Afin d'encourager l'activité ambulatoire sur l'ensemble du territoire régional, les parties décident qu'une prime an-

un incentivo economico lordo/anno pari a € 700,00 a tutti i medici di assistenza primaria che svolgano la loro attività in almeno tre ambulatori, purché ubicati in Comuni differenti nell'ambito di appartenenza.

A tal fine l'Azienda dispone di uno specifico fondo pari a € 31.000,00 annuo che sarà interamente utilizzato anche attraverso la redistribuzione di eventuali resti ai medici che svolgono l'attività richiesta.

Art. 26

(Art. 45, comma 2 – lettera b ACN)

Tenuta e aggiornamento scheda sanitaria individuale

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

Art. 27

Norme finali

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

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

nuelle brute de 700,00 € sera versée à tous les médecins de base qui exercent leur activité dans le cadre d'au moins trois cabinets, à condition qu'ils soient situés dans les différentes communes de la zone de leur ressort.

À cette fin, l'Agence dispose d'un fonds annuel de 31 000,00 € qui sera entièrement utilisé ; les restes éventuels seront redistribués aux médecins qui exercent ladite activité.

Art. 26

Tenue et mise à jour de la fiche médicale individuelle  
(Art. 45, deuxième alinéa, lettre b de la CCN)

Étant donné que la fiche médicale individuelle ne sert pas uniquement au médecin et au patient, mais doit pouvoir être utilisée par le Service sanitaire régional, les parties décident que les modalités organisationnelles de tenue de ladite fiche seront établies à une date ultérieure, aux termes de l'art. 4 du présent accord.

Art. 27

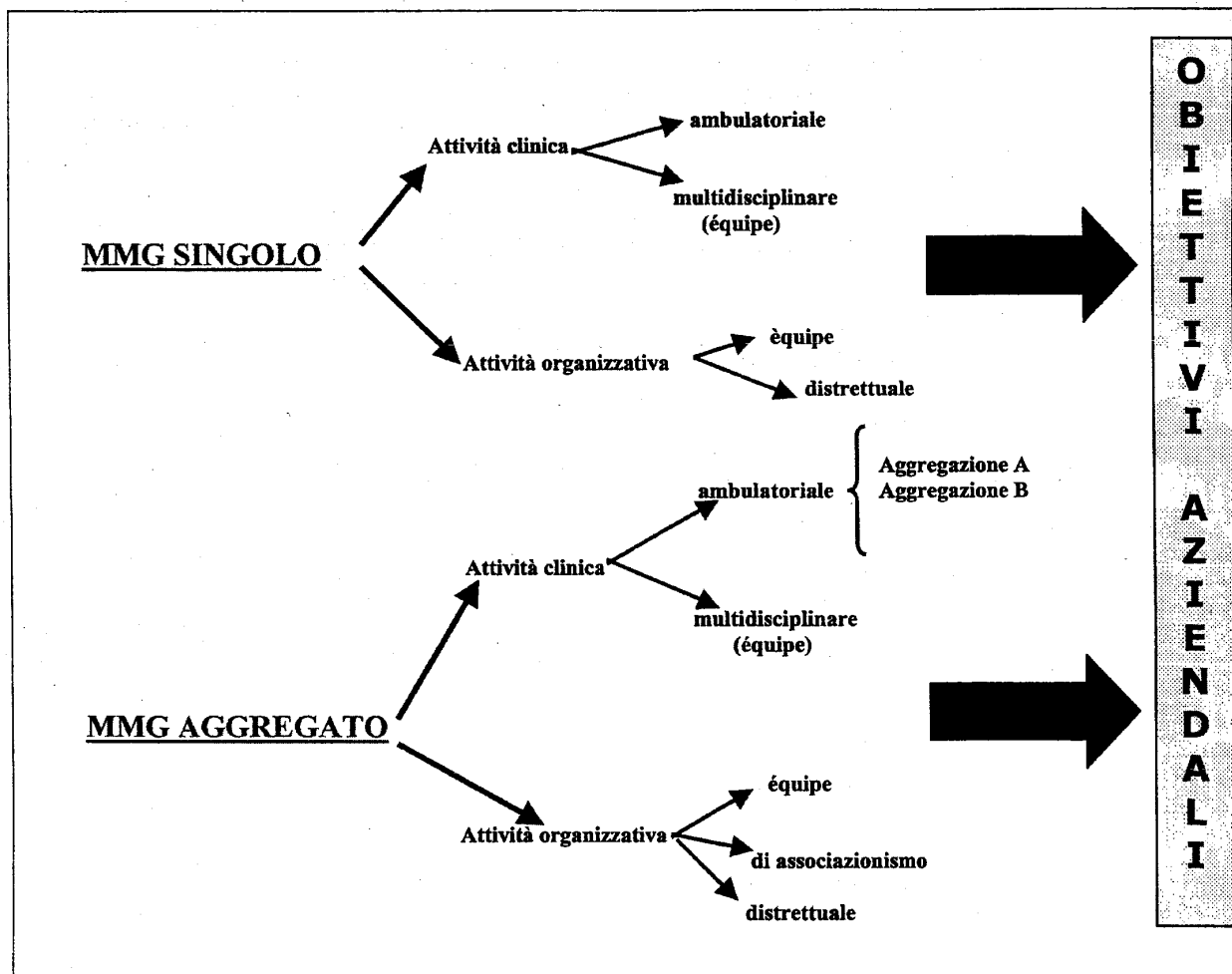
Dispositions finales

1. **MATIÈRES D'INTÉRÊT COMMUN.** La Région Vallée d'Aoste et les organisations syndicales des médecins généralistes décident d'un commun accord que toutes les matières qui concernent à la fois les médecins de la continuité de l'assistance, les médecins des services, les médecins du service territorial des urgences, les pédiatres de famille et les spécialistes des centres de consultation doivent faire l'objet d'une négociation syndicale unique.
2. **SUIVI DE L'ACCORD.** Le Comité régional visé à l'art. 24 de la CCN est chargé du suivi du présent accord et procède, tous les six mois au moins, à des contrôles pour ce qui est notamment de l'application correcte de celui-ci, des services fournis et de la qualité de ces derniers.
3. **CONTINUITÉ DE L'ASSISTANCE ASSURÉE LE SAMEDI.** Le samedi, la continuité de l'assistance doit être assurée à partir de 8h, au sens des dispositions de l'Agence, afin de favoriser la participation des médecins aux activités de formation, au sens du douzième alinéa de l'art. 20 de la CCN.

Les parties établissent que les veilles des jours de fête la continuité de l'assistance doit être assurée à partir de 10 h.

**ALLEGATO 1**

**Esemplificazione dell'attività del medico di assistenza primaria**



ANNEXE 1

Exemplification de l'activité du médecin de base

