

# L'accordo regionale della Valle d'Aosta

**Nell'intesa siglata, la Regione punta allo sviluppo delle cure primarie attraverso un modello organizzativo centrato sulle équipe territoriali, incentivando l'associazionismo.**

**T**ra i pochi accordi regionali integrativi (Air) siglati bisogna annoverare anche quello relativo alla Valle d'Aosta, regione montana con 103 medici e 119mila abitanti. Tenuto conto della particolarità del territorio di questa Regione, nell'accordo assume particolare rilevanza il modello lavorativo d'aggregazione come l'équipe territoriale con annesso forme associative e potenziamento della rete informatica. Per il segretario regionale della Fimmg, **Roberto Rosset**, firmatario dell'intesa, "è rilevante l'investimento della parte pubblica sulla sanità territoriale. Vanno in questo senso gli incentivi che incoraggiano l'aggregazione tra i medici di famiglia in gruppo e l'assunzione da parte degli stessi di collaboratori di studio e personale infermieristico".

"È decisamente importante - precisa - questa sorta di inversione di tendenza del Ssr con la percezione dell'assunzione da parte della Regione non più di strategie ospedalocentriche, ma di spinte verso l'assistenza domiciliare e il più possibile vicine al paziente. Occorre tener presente, altresì, che la Valle d'Aosta ha una sua specificità territoriale nel senso che il 60% della popolazione vive in piccoli centri, con un indice di vecchiaia superiore a quello nazionale, e con nuclei familiari molto frammentati. Il fatto che si cominci a invertire la tendenza nella concentrazione di risorse verso il territorio non può che farci ben sperare nello sviluppo della continuità assistenziale".

Concetti analoghi sono stati ribaditi anche dalla Regione, che ha messo in evidenza come gli aspetti qualificanti contenuti nell'accor-

do regionale siano riconducibili all'obiettivo strategico dell'assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali "finalizzato al potenziamento dei servizi territoriali decentrati, in una logica di recupero del ruolo del Mmg e di soddisfacimento della domanda di salute il più possibile vicino a casa dei pazienti. Un accordo che recepisce il modello organizzativo che la Regione ha ritenuto più consono alla finalità di offrire risposte in loco, tenuto conto delle problematiche assistenziali e sanitarie legate al contesto territoriale".

## Il modello regionale

Questa inversione di tendenza ben si evidenzia nell'articolo 3 dell'accordo relativo proprio al modello organizzativo delle cure primarie: équipe territoriali e forme associative fanno la parte da leone.

Delle équipe territoriali, con compiti clinici e organizzativi, faranno parte, al fine di assicurarne l'intersectorialità e la necessaria integrazione degli interventi socio-sanitari, tutte le figure professionali operanti nell'ambito territoriale di riferimento compresi i Mmg, i pediatri di libera scelta e i medici di continuità assistenziale. Sinora, invece, nelle attuali équipe distrettuali operavano solo professionisti sociosanitari. E le forme associative potranno essere di tipo A, associazione in studi separati, ma in rete, e di tipo B, medicina di gruppo che se effettuata in studi privati è definita B1, se in studi pubblici B2.

Per entrambi i modelli A e B è richiesta la disponibilità telefonica intesa come rintracciabilità del medico, oltre a quanto previsto

dall'ACN, dalle ore 8.00 alle 14.00 di tutti i giorni, escluso il sabato (in cui la reperibilità è limitata alla fascia oraria 8.00-10.00).

Il rationale di queste misure è di ovviare all'isolamento "storico" del Mmg e offrire al cittadino una più ampia possibilità di accesso agli studi e di contatto con i propri curanti. I medici che parteciperanno alle aggregazioni di tipo A saranno remunerati con un compenso annuo di 4 euro per assistito in carico. Quelli che parteciperanno al modello di tipo B1 avranno un compenso di 10 euro per assistito. Compenso che invece sarà di 3 euro per il modello di tipo B2. Un euro l'anno in più andrà ad ogni Mmg per la disponibilità telefonica intesa quale strumento di governo clinico.

Parte pubblica e sindacale hanno deciso di incentivare (prima novità assoluta) con 700 euro lordi/anno quei medici di famiglia che esplicheranno l'attività ambulatoriale sull'intero territorio regionale in almeno 3 ambulatori, purché ubicati nell'ambito di appartenenza.

## Il medico di struttura

La seconda novità su scala nazionale è l'istituzione del "medico di struttura" che modifica l'attuale modalità di accesso nelle microcomunità e nelle Case di riposo pubbliche, in base a una programmazione di accesso di orario settimanale in capo ai medici dell'équipe territoriale cui afferisce la struttura. Il fine è quello di assicurare una presenza medica responsabile dei processi di cura di tutti gli ospiti della residenza, fermo restando il rapporto fiduciario con il proprio Mmg i cui accessi sono compresi in quota capitaria.

L'attività del "medico di struttura", per 35 euro/ora, si espletterà sulla base di 1 ora/settimana ogni 10 ospiti.