

**ACCORDO REGIONALE**  
**PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI**  
**CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**  
**IN ATTUAZIONE DELL'ACN**  
**RESO ESECUTIVO IN DATA 15 DICEMBRE 2005**

## INDICE

**Dichiarazione preliminare**

**Obiettivi strategici e compiti specifici**

**Art.1 – Campo di applicazione**

**Art.2 – Graduatoria Regionale**

**Art.3 – Incompatibilità**

**Art.4 – Partecipazione a Comitati e Gruppi di lavoro**

**Art.5 – Esercizio del diritto di sciopero**

**Art.6 – Comitato Regionale e Collegio Arbitrale**

**Art.7 – Comitato Aziendale**

**Art.8 – Rapporto ottimale e zone carenti**

**Art.9 – Massimale scelte e deroghe consentite**

**Art.10 – Requisiti ed apertura degli studi medici**

**Art.11 – Sostituzioni**

**Art.12 – Forme associative pediatriche**

**Art.13 – Personale di studio**

**Art.14 – Prestazioni informatiche**

**Art.15 – Assistenza in zone disagiate**

**Art.16 – Progetto Salute Infanzia**

**Art.17 – Prestazioni Aggiuntive**

**Art.18 – Governo clinico**

**Art.19 – Equipe di assistenza territoriale**

**Art.20 – Attività dell'equipe di assistenza territoriale**

**Art.21 – Fondo per le Attività Distrettuali**

**Art.22 – Contattabilità telefonica**

**Art.23 - Tavolo di Confronto, Monitoraggio e Valutazione**

**Art.24 – Area di formazione in Pediatria di Libera Scelta**

**Dichiarazioni a Verbale**

**Norme Finali**

**Allegati**

## **DICHIARAZIONE PRELIMINARE**

1. Il presente Accordo Regionale si ispira ai principi stabiliti dalla Legge n. 833/78 e dal D.Lgs. n. 502/92 e s.m. e i. e intende valorizzare le funzioni del medico pediatra di libera scelta in correlazione alle esigenze delle singole Aziende Sanitarie, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza.

2. Esso é strumento idoneo a favorire, con gli istituti dell'organizzazione del lavoro e della retribuzione flessibile, il processo di rinnovamento in corso creato dalla modifica del Titolo V della Costituzione e dalle nuove regole sul federalismo sanitario e intende realizzare il processo devolutivo in atto nonché la completa utilizzazione degli istituti contrattuali che richiedono una rapida e complessiva attivazione, da parte della Regione e delle Aziende Sanitarie, e di quegli strumenti gestionali e organizzativi previsti dal SSR.

3. In particolare, va tenuto conto che il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, approvato con D.P.R. il 23 maggio 2003, nel testo risultante dall'atto di intesa in sede di Conferenza Unificata Stato - Regioni - Città ed Autonomie Locali il 15 Aprile 2003, pone il problema di un ripensamento della organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, individuando il territorio quale punto di forza per l'organizzazione della risposta sanitaria, della integrazione socio sanitaria e del governo dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali e dell'appropriatezza delle prestazioni.

4. Per l'attuazione del presente Accordo le parti concordano sulla rilevanza strategica che rivestono gli interventi relativi all'organizzazione distrettuale, nell'ottica dell'aziendalizzazione del SSN e della centralità dei compiti del pediatra di libera scelta.

## **OBIETTIVI STRATEGICI E COMPITI SPECIFICI**

1. Le cure primarie in età pediatrica sono caratterizzate dall'esigenza di coniugare gli aspetti sociali ed assistenziali così come la diagnosi e la cura con la prevenzione, mettendo al centro dell'attenzione il minore e la sua famiglia dalla nascita fino all'adolescenza, mediante programmi in grado di conseguire i seguenti obiettivi generali:

- a) prevenire le condizioni a rischio, causa di lesioni, disabilità e dipendenza;
- b) prevenire il disagio psichico e sociale, gli abusi ed i maltrattamenti;
- c) stimolare la responsabilizzazione del minore e dei genitori verso scelte e comportamenti orientati alla salute e al miglioramento della qualità di vita;
- d) attuare efficaci modelli di continuità dell'assistenza e di coordinamento delle cure fra strutture di diverso livello;
- e) adeguare il livello d'assistenza per i minori affetti da patologia cronica, in condizioni di terminalità e in stato di disabilità;
- f) strutturare modalità di lavoro orientate alla cooperazione tra servizi e operatori secondo un approccio multidimensionale ai problemi del minore.

2. Nell'ambito della programmazione regionale si definiscono, inoltre, i seguenti obiettivi strategici:

- promozione di un sistema vaccinale ad alto livello di copertura;
- realizzazione di una rete organizzata di continuità dell'assistenza che consenta al cittadino la possibilità di ricevere risposte coerenti ed appropriate durante l'intero arco della giornata, in modo progressivo e coordinato tra Pediatria di Libera Scelta, Continuità Assistenziale e Strutture Ospedaliere;
- integrazione funzionale tra il Territorio e l'Ospedale mediante l'individuazione di percorsi diagnostici e terapeutici condivisi;
- incentivazione della pediatria di gruppo e della rete, volte al miglioramento della qualità delle cure;
- agevolazione degli inserimenti dei medici pediatri negli ambiti territoriali carenti ed incentivazione per le zone più disagiate, al fine del miglioramento dell'assistenza a favore dei soggetti in età esclusiva;
- sviluppo del sistema informativo finalizzato a supportare le complessità organizzative e a facilitare la comunicazione tra tutti gli operatori del SSR.

3. Ciò premesso, il presente Accordo definisce compiti e attività del pediatra di libera scelta nell'ambito di 4 aree:

#### **I° area – Prevenzione delle condizioni a rischio**

- individuare precocemente le condizioni patologiche durante lo sviluppo del minore;
- favorire la consapevolezza del rischio di incidenti negli abituali ambienti di vita (casa, scuola, ambiti di gioco e mezzi di trasporto) e di esposizione ad inquinanti ambientali (fumo passivo);
- promuovere l'adesione ai programmi vaccinali. Essendo fondamentale la collaborazione tra i Servizi Aziendali di Prevenzione ed i pediatri di libera scelta nella realizzazione e nel monitoraggio delle corrette coperture vaccinali, nonché nella segnalazione dei soggetti cronici per completarne il calendario, rientrano tra i compiti convenzionali:
  - La promozione attiva delle vaccinazioni prioritarie;
  - La sorveglianza e la segnalazione di eventuali effetti collaterali;
  - La rilevazione anamnestica delle avvenute vaccinazioni nel corso dei Bilanci di Salute;
  - L'informazione sulle vaccinazioni non prioritarie a tutti i pazienti.

## **II° area - Prevenzione del disagio psichico e sociale**

- individuare i minori sottoposti a maltrattamento fisico, psichico e abuso sessuale e le situazioni di disagio psico-sociale.

## **III° area - Stimolazione della responsabilizzazione**

- favorire l'adozione di corretti comportamenti alimentari;
- contribuire al raggiungimento di una buona capacità genitoriale;
- favorire la consapevolezza della validità dell'allattamento al seno;
- incentivare la partecipazione alle attività ginnico-motorie;
- prevenire l'uso delle sostanze che causano dipendenza ed aiutare l'acquisizione di corretti stili di vita nell'adolescenza;
- fornire mezzi educativi alle famiglie per la corretta gestione dei più frequenti eventi che interferiscono con lo stato di salute del minore.

## **IV° area – Promozione del coordinamento e della cooperazione**

- migliorare il percorso di nascita;
- garantire la continuità delle cure e i percorsi diagnostici per le patologie acute;
- definire percorsi specifici per i minori affetti dalle patologie croniche a maggior prevalenza;
- sostenere, con la collaborazione di servizi specificatamente dedicati, l'assistenza a minori in stato di terminalità neoplastica e per altra patologia grave;
- definire le azioni volte all'integrazione sociale e relazionale del minore con disabilità grave.

### **ART. 1 - CAMPO DI APPLICAZIONE**

1. Il presente Accordo regola, ai sensi dell'ACN del 15/12/05, il rapporto di lavoro esistente fra le Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte ed i Pediatri di libera scelta in esse operanti.

2. Detto rapporto professionale costituisce vincolo funzionale tra ASL e singolo pediatra e si concretizza con l'organico inserimento delle attività del pediatra di libera scelta nell'apparato organizzativo del Distretto per lo svolgimento dei compiti rientranti nell'area pediatrica, dalle attività assistenziali primarie alla continuità di cura, fino alla promozione della salute.

3. Il presente Accordo avrà efficacia a partire dalla data di assunzione del relativo provvedimento deliberativo da parte della Giunta Regionale e resta in vigore, in regime di prorogatio legis, fino alla stipula degli Accordi Regionali previsti dal successivo A.C.N.

## **ART. 2 – GRADUATORIA REGIONALE**

1. La pubblicazione della graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta verrà effettuata secondo quanto stabilito dall'art 15 dell'ACN vigente.
2. In proroga a tutto l'anno 2006, per effetto della Norma Transitoria n. 2 del vigente ACN, é da considerarsi valida la graduatoria regionale approvata nell'anno 2005 la cui validità esauriva i propri effetti al 30 Giugno 2006.
3. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del vigente ACN non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria regionale ma potranno concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento. Tale disposizione decorrerà dalla graduatoria regionale valevole per l'anno 2007. Le domande presentate in precedenza non saranno accolte.

## **ART. 3 – INCOMPATIBILITÀ**

1. Considerato che l'attività di medico specialista ambulatoriale convenzionato anche nella branca di Pediatria è divenuta incompatibile con l'iscrizione negli elenchi della Pediatria di libera scelta, in relazione al punto c), comma 1, art.17 dell'ACN del 15/12/05, si prevede che i rapporti in atto alla data di entrata in vigore dell'ACN medesimo rimangono in essere senza riduzione del massimale.

## **ART. 4 – PARTECIPAZIONE A COMITATI E GRUPPI DI LAVORO**

1. Al fine di consentire la piena e produttiva partecipazione dei pediatri di libera scelta ai momenti di programmazione e gestione regionale, aziendale e distrettuale, così come previsto dal comma 1, art.21 dell'ACN, ivi compresa la partecipazione agli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) e agli Uffici di Monitoraggio e Valutazione, nonché ai Comitati Regionali e Aziendali, a titolo di rimborso forfetario delle spese di viaggio e di sostituzione é riconosciuta:
  - a) un'indennità di partecipazione di €. 55,00 per un impegno pari a ½ giornata;
  - b) un'indennità di partecipazione di €. 110,00 per un impegno superiore a ½ giornata;
  - c) un'indennità di spostamento di €. 27,00 in aggiunta alle precedenti di cui ai punti a) e b), per i medici pediatri il cui studio dista più di 30 KM dalla sede in cui si svolge la riunione.
2. Tali compensi dovranno essere corrisposti dall'ASL territorialmente competente direttamente al medico pediatra titolare.
3. Ai pediatri eletti a far parte dell'UCAD, degli Uffici di Monitoraggio e Valutazione nonché della Commissione per l'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse di cui all'art.25, comma 4 e all'art.27, comma 5 del vigente ACN sono riconosciute per le attività da esse derivanti:
  - €. 55,00 per i lavori direttamente connessi a ciascuna riunione dell'UCAD, dell'Ufficio di Monitoraggio e Valutazione nonché della Commissione per l'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse;
  - Indennità mensile lorda di €. 330,00 per i lavori connessi al funzionamento complessivo degli istituti di cui al presente comma;

4. Le attività previste nel presente articolo non comportano limitazioni al massimale individuale né incompatibilità tra di esse e/o con altri incarichi.

#### **ART. 5 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO**

1. In caso di agitazioni sindacali, si concorda che l'adesione alle stesse da parte della singola Organizzazione Sindacale abbia valore per tutti gli iscritti alla medesima sigla. Qualora il singolo pediatra, iscritto a tale Organizzazione Sindacale, non intenda partecipare all'agitazione, é tenuto a fornire la comunicazione prevista dal comma 5 dell'art.31 dell'ACN vigente nella forma scritta in qualsiasi espressione legale.

2. Le prestazioni indispensabili definite ai sensi della legge n.146/90, così come modificata ed integrata dalla legge n.83/00, quali le visite urgenti, ivi comprese le visite domiciliari e l'assistenza programmata ai malati terminali, devono essere assicurate da tutti i medici pediatri convenzionati.

3. Durante le giornate di sciopero, al pediatra che garantisce le suddette prestazioni, che dovranno essere appositamente documentate, sarà corrisposto il 10% del compenso di cui all'art. 58, lettera A, punto 1 ACN .

#### **ART. 6 – COMITATO REGIONALE E COLLEGIO ARBITRALE (ART. 24 e ART. 30 ACN)**

1. Il comma 2 dell'art.24 ACN prevede che il Comitato Regionale sia composto, per la parte sindacale, da un rappresentante per ogni Organizzazione firmataria dell'ACN (FIMP-CIPE) nonché da una quota aggiuntiva di rappresentanti delle stesse OO.SS. firmatarie direttamente proporzionale alla rispettiva consistenza associativa, purché espressione di almeno il 10% del numero complessivo degli iscritti alle OO.SS, oltre al requisito della domiciliarità nella Regione.

2. La consistenza associativa utile al raggiungimento del 10%, ai fini della quota aggiuntiva, é stata raggiunta, a livello regionale, unicamente dal Sindacato FIMP; pertanto, si concorda che, per la parte sindacale, il Comitato Regionale sia composto nella seguente misura:

- N. 1 membro rappresentante di diritto dell'Organizzazione Sindacale FIMP e N. 3 membri rappresentati sindacali regionali della medesima O.S., come quota aggiuntiva;
- N. 1 membro rappresentante di diritto dell'Organizzazione Sindacale CIPE senza ulteriori rappresentanti sindacali regionali della medesima O.S., per la quota aggiuntiva.

Qualora una delle Organizzazioni Sindacali non provveda a designare il proprio rappresentante, o questi non partecipi ai lavori del Comitato Regionale, subentrerà un componente dell'altra sigla sindacale. Resta facoltà della stessa sigla di nominarlo successivamente. La quota aggiuntiva verrà rivista di anno in anno e rapportata proporzionalmente alla consistenza associativa riferita all'anno precedente .

3. La parte pubblica sarà composta da N. 5 rappresentanti della Regione di cui 1, individuato nel Responsabile del Settore Regionale competente in materia e 4 nei Dirigenti delle Aziende Sanitarie piemontesi esperti nel Settore.

4. Si concorda che i due componenti di parte sindacale previsti nel Collegio Arbitrale ex art.30 ACN vengano designati dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative nel numero di 1 per ogni sigla sindacale.

### **ART. 7 – COMITATO AZIENDALE**

1. I componenti di parte sindacale previsti dal comma 1 dell'art.23 ACN a far parte del Comitato Aziendale verranno designati dalle OO.SS maggiormente rappresentative nel numero minimo di due appartenenti all'Azienda Sanitaria Locale. Qualora un'Organizzazione Sindacale non provveda a designare il proprio rappresentante, o questi non partecipi ai lavori del Comitato Aziendale, subentrerà un componente dell'altra sigla sindacale. Resta facoltà della stessa sigla di nominarlo successivamente.

2. Oltre ai compiti esplicitati nel comma 3 dell'art.23 dell'ACN si aggiungono:

- a) individuazione di eventuali zone carenti straordinarie;
- b) valutazione ed eventuale risoluzione di contenziosi tra Pediatri ed Utenza, non risolvibili dall'URP, che non prefigurino l'attivazione delle procedure di cui all'art.30 dell'ACN.

3. Ai sensi del comma 2 dell'art.23 ACN, le parti concordano che i pareri obbligatori previsti per le materie elencate nel comma 3 dell'art.23 ACN, comprensive dei compiti aggiunti nel comma precedente del presente articolo, debbano essere espressi entro il termine di 30 gg. dalla richiesta. Per le istanze relative alle scelte in deroga ad ambiti territoriali per le quali il parere richiesto investa la competenza di Aziende Sanitarie differenti, il termine entro il quale è necessaria l'espressione del parere medesimo è quello di 60 gg. dalla richiesta.

### **ART.8 – RAPPORTO OTTIMALE E ZONE CARENTI**

1. Ai sensi di quanto previsto dall'art. 32, comma 8, del vigente ACN per ciascun Comune o altro ambito, definito secondo specifiche esigenze organizzative aziendali, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo, deve essere iscritto un pediatra per ogni 600 residenti o frazione superiore a 300, di età compresa tra 0 e 6 anni non compiuti (0-5 anni e 364 gg.) risultante alla data del 31 Dicembre dell'anno precedente, tenendo anche conto dei cittadini residenti che hanno effettuato la scelta a favore dei pediatri iscritti al di fuori dell'ambito.

2. Nella determinazione di un nuovo ambito territoriale, anche in seguito ad accorpamenti di più Comuni, il rapporto ottimale a cui riferirsi rimane 1/600 (o frazione superiore a 300) bambini residenti in età 0-6 anni non compiuti.

3. Quando in un ambito territoriale si verifica una situazione di carenza assistenziale a causa del raggiungimento del proprio massimale da parte dei pediatri inseriti, o vi sia cessazione del rapporto

convenzionale da parte di uno o più pediatri, con conseguente impossibilità di effettuare ulteriori scelte pediatriche, senza che il calcolo del rapporto ottimale, come definito all'art. 32 dell'A.C.N., consenta la pubblicazione di una zona carente ordinaria, l'ASL, sentito il Comitato Aziendale ex art. 23 ACN, attiva le procedure di deroga previste dall'art. 38 comma 3.

4. Nel caso in cui i pediatri interpellati non accettino la deroga al massimale in numero sufficiente da garantire la copertura assistenziale, l'ASL potrà richiedere, sentito il Comitato Aziendale ex art.23 ACN, la pubblicazione di una zona carente operativa per l'inserimento, con incarico definitivo, di un pediatra individuato nel rispetto della relativa graduatoria regionale vigente e contemporaneamente assegnare i nuovi nati e i trasferiti con età inferiore a sei anni ai medici pediatri. Tale pubblicazione potrà avvenire anche in deroga alle scadenze di Aprile e Ottobre previste dall'art. 33 del vigente A.C.N. Potranno concorrere a tali carenze operative anche i pediatri già inseriti con le procedure previste in materia di trasferimenti.

5. Qualora, per motivi di particolare gravità ed eccezionalità, che comportino un improvvisa ed imprevista cessazione del rapporto convenzionale, quali dimissioni (non legate a trasferimento e/o pensionamento ordinario del medico) o decesso del pediatra, si determini in un ambito territoriale la mancata assistenza pediatrica ad almeno 300 bambini in età esclusiva, che non sia possibile risolvere con le procedure ordinarie e tecniche sopra descritte, l'ASL, previo parere favorevole del Comitato Aziendale, può richiedere al Comitato Regionale ex art.24 ACN l'approvazione di una zona carente straordinaria in deroga alle scadenze temporali prestabilite nei mesi Aprile e Ottobre, per l'inserimento, con incarico definitivo, di un pediatra individuato nel rispetto della relativa graduatoria regionale vigente o per trasferimento. Tale procedura non si applica quando dal calcolo del rapporto ottimale non risulti determinabile la carenza ordinaria.

6. E' demandata al Comitato Aziendale ex art.23 ACN la definizione dell'ambito geografico in cui deve essere assicurata l'assistenza pediatrica in caso di assegnazione delle sopra citate zone carenti.

#### **ART. 9 – MASSIMALE SCELTE E DEROGHE CONSENTITE**

1. Considerato il persistere della situazione delineatasi nella Regione Piemonte, che ha comportato nel passato forti disagi operativi e gestionali anche ai fini dell'individuazione delle zone carenti e ritenuto di dover garantire, nell'ottica di un generale miglioramento, una adeguata assistenza pediatrica a tutela dei bambini in età esclusiva, le parti concordano di ridefinire il limite delle deroghe applicabili al massimale individuale di cui al comma 1 dell'art. 38 del vigente ACN, fino al raggiungimento di 1000 unità, superando di fatto il limite del 10% consentito nel successivo comma 8 del medesimo articolo (880 unità).

2. Il nuovo limite derogabile si applica a tutti i pediatri, fatta salva la facoltà di esplicita rinuncia da comunicarsi, in tal caso, da parte del medico all'A.S.L. competente per territorio; per questi ultimi continuerà ad applicarsi il limite, derogabile con i commi 8 e 9 dell'art.38 ACN, di 800 unità.

3. Le deroghe consentite fino al nuovo limite di 1000 unità potranno essere superate unicamente per le scelte previste dal comma 9 del medesimo art.38 (soggetti appartenenti a nuclei familiari). Le scelte da iscrivere oltre le 880 e fino a 1000 unità potranno essere effettuate esclusivamente per bambini in età 0-3 anni non compiuti. Sono fatte salve, tuttavia, le disposizioni previste nei commi 3, 10 e 13 dell'art.38 ACN nonché del comma 3 dell'art.8 del presente Accordo Regionale.

4. Qualora il pediatra abbia raggiunto la quota 1000 e continui a persistere il bisogno di assistenza pediatrica nei confronti di bambini in età 0-3 anni non compiuti, l'A.S.L., valutato quanto previsto dal comma 3, art.8 del presente Accordo, potrà procedere all'iscrizione di tali assistiti contestualmente alla cancellazione automatica, in ordine anagrafico decrescente, di bambini in età 12-14 anni non compiuti, fatta salva la facoltà di reintegro dei bambini con patologia cronica.

5. Eventuali ed ulteriori cancellazioni di bambini in età inferiore ai 12 anni dovranno essere concordate, di volta in volta, con il medico pediatra.

6. Per ogni scelta attribuita al pediatra oltre le 880 unità e fino al compimento del 36° mese di vita, verrà corrisposto un compenso economico aggiuntivo annuo di €. 28,00.

#### **ART.10 – REQUISITI ED APERTURA DEGLI STUDI MEDICI**

1. Con riferimento all'art. 35, comma 7, dell'ACN si concorda di inserire dopo il nominativo del medico l'indicazione della specializzazione in Pediatria.

2. In accordo con quanto previsto dall'art.35, comma 8, dell'ACN vigente le visite nello studio medico vengono, di norma, erogate attraverso un sistema di prenotazione, fatta salva la possibilità di accesso per casi non differibili. Tale modalità organizzativa si propone di ridurre i disagi dell'Utenza connessa ai tempi di attesa.

#### **ART. 11 - SOSTITUZIONI**

1. Le aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al pediatra sostituito che provvederà a regolare i rapporti economici con il sostituto, nel rispetto della normativa fiscale, secondo quanto disciplinato dalle norme in Allegato sub lettera F) dell'ACN del 15/12/05 per la Pediatria di Libera Scelta. I compensi corrisposti dal titolare al sostituto non in possesso di specializzazione dovranno essere conformi a quanto previsto dal successivo comma 2 del presente articolo. E' ammessa la sostituzione tra pediatri di libera scelta operanti in forme associate sia presso lo studio del pediatra titolare sia presso lo studio del pediatra/i associato/i. In tal caso i rapporti economici sono convenuti tra le parti.

2. Nei casi di sostituzione superiore ai 30 gg., il compenso spettante al sostituto non in possesso del titolo di Specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti, secondo quanto previsto dall'Allegato sub lettera F) dell'ACN del 15/12/05, verrà corrisposto come segue:

- a) 70% del compenso forfetario annuo di euro 38,62, quale previsto per i medici di medicina generale per ciascun assistito in carico (euro 27,03);

b) detto compenso sarà maggiorato del 20% in caso di sostituzioni effettuate nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio, marzo, ridotto del 20% in caso di sostituzioni effettuate nei mesi di giugno, luglio, agosto, settembre e invariato nei mesi di aprile, maggio, ottobre, novembre.

Le prestazioni aggiuntive, nonché le prestazioni effettuate in Assistenza Domiciliare e Ambulatoriale a favore di soggetti con patologia cronica, eventualmente eseguite nel corso della sostituzione, verranno corrisposte con i compensi previsti negli Allegati B), E), E bis) e L) del relativo ACN per la Pediatria di Libera Scelta.

3. Al pediatra titolare spetterà, invece, il 45% del compenso di cui alla lettera A) commi 1 e 9 dell'art.58 ACN per la Pediatria di libera scelta.

#### **ART. 12 – FORME ASSOCIATIVE PEDIATRICHE**

1. L'associazionismo, come previsto dal vigente ACN per la Pediatria di libera scelta, nasce dall'esigenza di:

- soddisfare tempestivamente anche in fasce orarie diverse da quelle dedicate da ciascun medico all'attività ambulatoriale i bisogni assistenziali non differibili, che sono tra le cause degli accessi impropri al Pronto Soccorso e dei conseguenti ricoveri ospedalieri;
- aumentare il numero delle ore d'accesso agli studi medici;
- elevare la possibilità di partecipare ad attività formative;
- fornire prestazioni sanitarie omogenee sul territorio.

2. Le parti concordano le seguenti percentuali massime degli assistiti in ambito regionale:

<b>Pediatria in associazione</b>	<b>63 % degli assistiti in ambito regionale</b>
<b>Pediatria di gruppo</b>	<b>10 % degli assistiti in ambito regionale</b>

Considerata l'importanza della condivisione delle informazioni relative agli assistiti in carico ai pediatri in associazione, si concorda che l'indennità prevista nell'All. 3) del presente Accordo alla voce A) della relativa Tabella (Euro 3,00 annue x assistito) sia incrementata, nella misura indicata alla voce B) (Euro 3,50 annue per assistito), qualora detti pediatri provvedano alla realizzazione e all'implementazione di sistemi informatici, **Pediatria in Rete**, tali da consentire l'accesso diretto - es. cartella clinica informatizzata - alle informazioni utili degli assistiti dei componenti l'associazione nel rispetto della percentuale sopra indicata.

3. Possono essere previste forme associative miste tra medici di Medicina Generale e medici Pediatri di Libera Scelta, la cui organizzazione ed operatività funzionale é demandata all'ASL territorialmente competente; sono inoltre previste forme associative miste tra Pediatria di Gruppo e di Associazione. Per tali forme associative miste si concorda che le relative indennità non debbano

essere considerate cumulative e che vengano, pertanto, erogate secondo quanto previsto dalla forma associativa di appartenenza del pediatra.

4. Si prevede, inoltre, previo parere favorevole del competente Comitato Aziendale ex art.23 ACN, il riconoscimento di forme associative tra medici pediatri che operino in ambiti di scelta limitrofi, purché della medesima Azienda. Per quanto concerne la Città di Torino, il cui ambito di scelta coincide con il territorio comunale, le forme associative potranno essere costituite, previo parere favorevole del Comitato Locale ex art.23 ACN delle Aziende Sanitarie interessate, da pediatri operanti in distretti limitrofi, anche se non appartenenti alla medesima Azienda. Le attuali forme associative non conformi al dettato del presente comma dovranno pertanto adeguarsi entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo. Trascorso tale termine, dette forme associative si intenderanno decadute.

5. Il Comitato Regionale di cui all'art. 24 dell'ACN istituisce e cura un elenco di dette forme associative, distinto nelle diverse tipologie, da aggiornarsi con cadenza semestrale (giugno e dicembre di ogni anno) e verifica, altresì, il numero degli assistiti iscritti ai pediatri coinvolti nelle forme associative.

6. I pediatri che intendono costituire una nuova forma associativa devono presentare due distinte domande, a mezzo raccomandata AR, sia al Comitato Regionale sia a quello Aziendale. Il Comitato Regionale, entro 30 giorni dalla data di ricezione, a mezzo telegramma, comunica al rappresentante della forma associativa e all'ASL di competenza, il nulla-osta alla sua costituzione o l'impossibilità alla medesima. Tale atto è subordinato esclusivamente alla verifica del rispetto delle percentuali di riferimento, tenuto conto dell'ordine di arrivo delle richieste. Acquisito il nulla-osta del Comitato Regionale, è compito dell'ASL procedere, in qualsiasi momento successivo all'inizio dell'operatività, alla verifica del possesso dei requisiti previsti dall'art.52 ACN. La forma associativa dovrà diventare operativa entro 90 giorni dal ricevimento del nulla-osta ed i relativi benefici economici decorreranno dalla data di effettiva attivazione.

7. Le procedure autorizzative previste nel comma 6 verranno attivate, in caso di forme associative richieste da pediatri appartenenti ad ambiti di scelta limitrofi ex comma 4, unicamente a seguito di parere favorevole espresso dal competente Comitato Aziendale delle Aziende Sanitarie interessate. Tale parere dovrà essere allegato all'istanza prevista per l'ottenimento del beneficio economico da inviarsi al competente Comitato Regionale.

8. Dovrà essere garantito il coordinamento degli orari di apertura degli studi dei singoli pediatri operanti nelle forme associative secondo un orario complessivo di almeno 5 ore al giorno. Ciascun pediatra riunito in forma associativa è tenuto all'apertura dello studio per un numero di ore

settimanali correlato al numero dei propri assistiti, ai sensi dell'art. 35, comma 5, del vigente ACN. L'articolazione oraria nelle fasce mattutine e pomeridiane deve garantire l'apertura pomeridiana di un numero di studi non inferiore a un terzo dei pediatri associati.

9. Si ribadisce l'assoluta obbligatorietà che la popolazione assistita sia informata in modo chiaro ed esaustivo sugli obiettivi e sulle modalità di funzionamento delle forme associative, previa affissione, in ogni studio medico di apposita comunicazione con modalità da concordarsi con gli uffici competenti dell'ASL al fine di garantire ai cittadini una appropriata informazione nel merito dell'accessibilità a ciascun medico pediatra dell'associazione. E', inoltre, dovere del pediatra associato garantire la disponibilità di informazioni, mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata e tempestiva informazione. Il patto costitutivo delle forme associative deve avere congrua evidenza per gli assistiti, a cura del medico pediatra.

10. L'ASL è tenuta a verificare l'applicazione di quanto sopra e ad informare i nuovi iscritti in merito alla forma associativa cui appartiene il pediatra prescelto (orari di apertura degli altri studi, nominativi degli altri medici pediatri facenti parte dell'associazione, finalità, ecc.....). In particolare, gli orari degli studi di tutti i pediatri riuniti nelle previste forme associative devono essere comunicati all'ASL ed esposti in tutti gli studi coinvolti oltrechè esplicitati nel rispettivo patto costitutivo. Ogni variazione relativa all'orario dovrà essere tempestivamente comunicata agli assistiti e all'ASL competente.

11. Eventuali inadempienze avverso il dettato sopra descritto, comporteranno l'applicazione del disposto normativo di cui all'art. 30 in materia di responsabilità convenzionali.

12. Ciascuna nuova forma associativa, entro 60 gg. dalla data di costituzione, è tenuta a redigere una Carta dei Servizi delle prestazioni rese da consegnare agli assistiti secondo un modello concordato a livello aziendale e da sottoporre, per le valutazioni deontologiche, al competente Ordine dei Medici.

13. Ogni modifica della forma associativa, che a parere del Direttore di Distretto venga ritenuta sostanziale, comporta la rivalutazione della stessa da parte del Comitato Regionale.

14. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 52, comma 11, del vigente A.C.N., le Aziende Sanitarie Locali possono individuare, nell'ambito delle forme associative, modelli organizzativi sperimentali aggiuntivi e attività concordate.

15. Per quanto concerne le indennità da corrispondere ai medici pediatri appartenenti alle forme associative del presente articolo si rimanda alla Tabella di cui all'Allegato 3) del presente Accordo Regionale.

## **ART. 13 - PERSONALE DI STUDIO**

1. Ai sensi dell'art.58, lettera B), commi 5 e 6, ACN, le parti concordano di identificare in una unica figura, sia il collaboratore di studio che l'infermiere professionale ai fini della corresponsione dell'indennità di cui alla relativa Voce in Tabella dell'Allegato 3) al presente Accordo Regionale.

2. In considerazione degli aumenti percentuali previsti nel presente Accordo per le forme associative rispetto all'ACN vigente, le parti concordano, ai sensi dell'art.58, lettera B), comma 13, ACN, che anche gli assistiti in carico ai pediatri operanti in forme associative debbano essere computati nei tetti per l'incentivazione del personale di studio nelle seguenti percentuali massime degli assistiti in ambito regionale:

<b>Collaboratore di studio o infermiere professionale</b>	<b>20 % degli assistiti in ambito regionale</b>
---	---

Viene istituito, tuttavia, un Fondo di Garanzia al fine di assicurare la corresponsione dell'indennità relativa al personale di studio operante all'interno della forma associativa denominata - Pediatria di Gruppo - qualora venga superato il tetto del 20% degli assistiti in ambito regionale.

3. Il Comitato Regionale ex art. 24 ACN istituisce e cura un elenco dei pediatri che utilizzano il personale di studio da aggiornarsi con cadenza semestrale (giugno e dicembre di ogni anno) e verifica, altresì, il numero degli assistiti iscritti ai pediatri coinvolti nelle forme di dette collaborazioni di studio.

4. I medici pediatri che intendono acquisire tali collaborazioni di studio devono presentare due distinte domande, a mezzo raccomandata AR, sia al Comitato Regionale sia a quello Aziendale. Il Comitato Regionale, entro 30 giorni dalla data di ricezione comunica, a mezzo telegramma, al pediatra interessato e all'ASL di competenza, il nulla-osta alla sua utilizzazione o l'impossibilità alla medesima. Tale atto è subordinato esclusivamente alla verifica del rispetto delle percentuali di riferimento, tenuto conto dell'ordine di arrivo delle richieste. Acquisito il nulla-osta del Comitato Regionale, è compito dell'ASL procedere alla verifica del possesso dei requisiti previsti. L'effettiva utilizzazione del personale di studio deve avvenire entro 90 giorni dalla comunicazione del nulla-osta regionale. Il riconoscimento delle relative indennità ai pediatri decorre dal momento della comunicazione del medico all'ASL o dal momento dell'effettivo inizio di attività del personale, qualora assunto successivamente alla comunicazione medesima.

5. Entro il 30 giugno di ogni anno, l'ASL competente procederà alla verifica dell'impegno orario minimo settimanale di cui ai commi 5 e 6, lettera B) dell'art.58 ACN vigente nonché delle spese effettive dimostrate, comprendenti la retribuzione lorda, i contributi sociali, gli onorari di eventuali consulenti del lavoro, il costo della formazione del personale ed il costo di eventuali polizze assicurative connesse all'impiego del personale in modo che la somma totale delle indennità percepite nel corso dell'anno solare precedente non superi le spese dichiarate.

#### **ART. 14 – PRESTAZIONI INFORMATICHE**

1. Al fine di incentivare l'informatizzazione degli studi medici e favorire la comunicazione e la trasmissione di documentazione varia tra AA.SS.RR. (nelle diverse articolazioni ospedaliere, distrettuali e territoriali) e singoli pediatri di libera scelta, sono riconosciuti specifici compensi a coloro che garantiscono:

- a) la partecipazione a procedure di posta elettronica con le diverse strutture del SSR;
- b) l'incorporazione dei referti nelle cartelle cliniche informatizzate e/o la loro stampa;
- c) le procedure burocratiche di teleprenotazione.

2. Per quanto riguarda la prestazione di cui al punto a) i singoli pediatri dovranno comunicare all'ASL di appartenenza un recapito personale individuale di posta elettronica. Il diritto al compenso decorre dalla data di notifica all'ASL dell'indirizzo di posta elettronica da parte del medico. Il pediatra si impegna altresì a comunicare prontamente all'ASL di appartenenza ogni variazione di indirizzo.

3. Le prestazioni di cui al punto b) potranno facoltativamente essere fornite dal pediatra. Il diritto al compenso decorre dall'inizio dell'attività.

4. Per quanto riguarda il punto c) si rimanda a successivo Accordo, anche in applicazione del Progetto Regionale per la graduale realizzazione del Centro Unificato Prenotazioni (C.U.P. Regionale), di cui alla D.G.R. n. 15-608 del 1.8.2005.

5. Per le prestazioni informatiche di cui al presente articolo viene riconosciuto un compenso forfetario, come indicato nella seguente tabella:

<b>Prestazione</b>	<b>Compenso</b>
punto a) procedure di posta elettronica	Compenso mensile per medico pediatra € . 74,00
punto b) incorporazione in cartelle informatizzate e/o stampa referti	Compenso annuo per assistito € .0,50
Punto c) teleprenotazioni esami	Compenso annuo per assistito €.....

**ART. 15 - ASSISTENZA IN ZONE DISAGIATE**  
**(ex art. 58, lettera D - ACN)**

1. Premesso che la finalità di questo istituto ha lo scopo di incentivare la presenza operativa del pediatra di libera scelta, anche negli ambiti e/o comuni più periferici e di garantire, pertanto, una adeguata assistenza pediatrica in ambiti territoriali più sfavorevoli, le parti concordano di definire **“zona disagiata”** le zone alle quali siano applicabili, contemporaneamente, i seguenti criteri:

- a) particolari difficoltà oro-geografiche;
- b) Zona o meglio **“ambito territoriale di scelta”** con popolazione sparsa e rarefatta ovvero, **“ambito territoriale di scelta”** con almeno cinque Comuni con densità abitativa, in età di esclusiva pediatrica, pari o inferiore a due abitanti per Km<sup>2</sup> e con un numero di bambini in età esclusiva inferiore a 150;

Le parti concordano inoltre di definire **“zona disagiatissima”** le zone ricadenti in ambiti territoriali di scelta i cui Comuni siano almeno dieci e con densità abitativa - in età di esclusiva pediatrica - pari o inferiore ad un abitante per Km<sup>2</sup>.

2. Le zone disagiate e le zone disagiatissime dovranno essere individuate dal Comitato Aziendale dell'ASL territorialmente interessata sulla base dei criteri sopra definiti e trasmesse, ai fini della necessaria approvazione, al Comitato Regionale ex art. 24 ACN.

3. Particolari situazioni locali non rientranti nei criteri sopraccitati, potranno essere individuati dalle ASL e proposti al Comitato Regionale per l'approvazione di cui al punto precedente.

4. In ogni caso, da parte dei pediatri inseriti nelle zone disagiate o nelle zone disagiatissime dovrà essere garantita la disponibilità ad acquisire scelte nonché l'effettuazione delle visite ambulatoriali e domiciliari previste, quali doveri convenzionali, nell'A.C.N. anche attivando una congrua distribuzione degli ambulatori, così come definita dall'ASL di competenza d'intesa con il pediatra interessato, fermo restando il limite massimo di sette aperture ambulatoriali settimanali.

5. Al fine di favorire l'effettuazione di un congruo numero di ore di studio anche nei Comuni più piccoli e nelle frazioni minori, le spese di locazione e manutenzione degli ambulatori forniti dal Comune o dall'ASL sono da considerarsi a carico delle Aziende Sanitarie medesime, fermo restando l'obbligo del pediatra di sostenere le spese di almeno uno studio.

6. Negli ambulatori forniti dall'ASL dovranno essere espletati tutti gli accorgimenti tecnici "ove possibile" necessari a fornire la possibilità di collegamento informatico tra pediatri associati operanti in detti ambiti di scelta.

7. Il compenso per l'assistenza pediatrica in zone disagiate spetta sia ai Pediatri iscritti negli ambiti territoriali già riconosciuti disagiati alla data del presente Accordo Regionale che ai Pediatri di nuovo inserimento.

8. Ai suddetti pediatri che presteranno la dovuta assistenza, domiciliare e ambulatoriale, nella zona o meglio nell'ambito di scelta territoriale disagiato spetterà un compenso mensile di €. 516,46 che sarà aumentato del 50 % in caso di zona disagiatissima.

### **ART. 16 - PROGETTO SALUTE INFANZIA**

1. Il Progetto Salute Infanzia prevede un Piano Base che ripropone l'esecuzione di 9 bilanci di salute, come individuati nell'Allegato 1) del presente Accordo, finalizzati al raggiungimento dei sottoindicati obiettivi di salute:

- Individuazione precoce delle condizioni patologiche durante lo sviluppo del minore;
- Prevenzione delle SIDS;
- Prevenzione degli incidenti domestici e stradali;
- Promozione e sostegno dell'alimentazione al seno;
- Promozione dei programmi vaccinali;
- Promozione dello sviluppo relazionale;
- Promozione delle attività ginnico-motorie;
- Promozione di corretti comportamenti alimentari;
- Promozione del corretto utilizzo dei servizi.

2. Di norma ad ogni bilancio di salute corrisponde un obiettivo educativo principale ed una corrispondente azione, ispirati da un motivato programma di intervento.

3. L'adesione al Progetto Salute Infanzia prevede la raccolta e la registrazione dei dati clinici e amministrativi previsti nel libretto di salute nonché il trasferimento obbligatorio degli stessi alle Aziende Sanitarie competenti, ove possibile per via informatica.

4. Per i compiti e le attività previste per la partecipazione al Progetto Salute Infanzia viene riconosciuto al pediatra un compenso onnicomprensivo lordo di €. 12,91 per ciascuno dei 9 bilanci di salute; detto compenso verrà corrisposto con cadenza mensile e sarà assoggettato agli obblighi previdenziali di cui all'art 59, comma 1, dell'ACN vigente.

5. Il pediatra di libera scelta è tenuto alla consegna o all'invio delle schede entro il mese successivo a quello dell'esecuzione del bilancio; tale termine vale anche per la corresponsione dei compensi relativi all'esecuzione dei bilanci di salute previsti. Il pediatra è, inoltre, tenuto alla compilazione del riepilogo mensile. Le schede dei bilanci inserite nell'agenda salute dovranno essere periodicamente aggiornate nella forma e nei contenuti, tenendo conto delle eventuali necessità di raccolta dati epidemiologici e della condivisa volontà di giungere in tempi brevi all'esclusiva

trasmissione informatizzata dei dati. Qualsiasi aggiornamento in merito dovrà essere concordato tra la parti firmatarie del presente Accordo e approvato dal Comitato Regionale per la Pediatria di Libera scelta ex art.24 ACN.

6. Le Aziende Sanitarie, in ragione alle proprie situazioni epidemiologiche o socio-assistenziali, potranno collocare nel Progetto, tramite specifici Accordi con le OO.SS., ulteriori integrazioni conformi agli obiettivi generali quali ad esempio:

- educazione alla salute rivolta ad altri obiettivi oltre a quelli previsti nell'Accordo Regionale;
- coinvolgimento più diretto nell'ambito delle vaccinazioni;
- intervento in fase adolescenziale.

#### **ART. 17 – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE** **(Allegato B dell'ACN - lettere A, B e C)**

1. Al fine di fornire al primo livello assistenziale maggiori strumenti per realizzare un corretto governo clinico ed in ottemperanza a quanto previsto dall'Allegato B) dell'A.C.N. vigente si concorda quanto segue:

- per quanto concerne la lettera A) dell'Allegato, si confermano le prestazioni professionali aggiuntive previste dall'A.C.N. vigente con il relativo Nomenclatore Tariffario, eseguibili senza autorizzazione per le voci comprese dall'1 al 18 e, previa autorizzazione, all'interno di Progetti Obiettivo Aziendali, per le voci 19 e 20 (Boel Test e Screening dell'Ambliopia);
- per quanto concerne le vaccinazioni, previste alla lettera B) dell'Allegato, si concorda che la pratica delle vaccinazioni "prioritarie" è affidata, di norma, all'organizzazione sanitaria pubblica. E' prevista l'esecuzione delle vaccinazioni prioritarie da parte dei pediatri di libera scelta, ove ve ne sia necessità, nell'ambito di Accordi Aziendali. Essendo la mission istituzionale della Pediatria di Libera Scelta rivolta comunque alla salute del singolo oltre che della popolazione, si concorda sulla opportunità di fruire, in accordo con l'ASL, della disponibilità dei pediatri a somministrare ai bambini, le cui famiglie ne abbiano fatto richiesta, le vaccinazioni facoltative o presso i propri studi opportunamente attrezzati o presso le sedi di Igiene in modalità concordate. Si potrebbe in tal modo allargare l'offerta vaccinale senza ingenerare alcun aumento di costi per la Regione. I vaccini sarebbero, infatti, forniti a prezzo di costo ricaricato della prestazione del pediatra che la percepirebbe poi riepilogata tra le P.P.I.P. Questa cooperazione tra Pediatria di Libera Scelta e Servizi Vaccinali, nel realizzare appieno quanto previsto dal Piano Regionale Promozione Vaccini, diviene strumento importante di interazione tra le figure istituzionalmente preposte a promuovere e realizzare la prevenzione delle malattie infettive anche nell'ottica di rinforzare il sistema in vista di una futura abolizione di ogni forma di obbligatorietà.
- Per quanto concerne le prestazioni diagnostiche di cui alla lettera C) dell'Allegato, le Aziende Sanitarie possono chiedere al pediatra di libera scelta o ai suoi associati, in riferimento all'Allegato 2) del presente Accordo, al fine di chiarire quesiti diagnostici e monitorare patologie acute o croniche, evitando il ricorso alle strutture di II° livello, l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche di seguito elencate:

<b>PRESTAZIONI CONCORDATE NELL'AMBITO DI PROGETTI OBIETTIVO</b>	
1) Esecuzione e valutazione di Spirometria semplice in bambini con asma persistente o ricorrente o altre patologie respiratorie	€ 25,82
2) Esecuzione e valutazione di Impedenziometria	€ 20,66
3) Esecuzione e valutazione di Podoscopia	€ 15,00
4) Esecuzione e valutazione di Scoliomertria	€ 10,33
5) Riflesso rosso	€ 10,33
6) Screening per autismo (CHAT)	€ 10,33
7) Esecuzione e valutazione nei bambini con sospetta patologia allergica di Prick Test per la determinazione degli allergeni alimentari e/o Inalanti	€ 36,15
8) Esecuzione e valutazione di Elettrocardiogramma	€ 25,82
9) Altre prestazioni diagnostiche o di prevenzione-profilassi	€ .....

2. Ciascuna ASL, nell'ambito della programmazione e nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse, può, con specifico Accordo Aziendale, consentire l'esecuzione di alcune prestazioni al fine di superare criticità organizzative dell'Azienda stessa in riferimento all'Allegato 2) del presente Accordo.

### **ART. 18 – GOVERNO CLINICO**

1. Come previsto all'art. 4, comma 1, lettera e) e lettera j), con riferimento esplicito alle lettere b),c) ed e) del comma 2 dell'art. 8 ACN, si concorda sull'attuazione di politiche del Governo Clinico quale obiettivo strategico finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi con l'intento di essere supporto attivo per la Regione e per le AA.SS.LL nella definizione delle priorità indispensabili alla miglior allocazione delle risorse.

2. I pediatri partecipano e contribuiscono alla pratica del Governo Clinico anche attraverso l'adesione alle équipes territoriali che diventano momento cruciale per il perseguimento di obiettivi aziendali.

3. Le aree all'interno delle quali devono essere promosse attività e progettualità sono:

- l'appropriatezza nelle prescrizioni specialistiche;
- l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche;
- la prevenzione;
- l'educazione sanitaria.

4. Si definiscono in riferimento alle aree sopra indicate due obiettivi principali:

- la corretta prescrizione di antibiotico terapia nella faringo tonsillite acuta tramite l'uso di SBEA test;
- la diagnosi di I.V.U. tramite l'uso di strisce multistick per urine;

e quattro obiettivi secondari:

- la corretta gestione delle infezioni tramite dosaggio della Proteina C Reattiva;
- il corretto inquadramento di patologie dermatologiche tramite Luce di Wood;
- il corretto inquadramento degli stati iperglicemici tramite Glicemia;
- la corretta gestione di problematiche respiratorie tramite Pulsiossimetria.

5. I test diagnostici indispensabili al perseguimento detti obiettivi saranno forniti ai Pediatri in base alle loro necessità dalle rispettive ASL di appartenenza.

6. Per la partecipazione attiva alle succitate attività, ogni pediatra riceverà, in forma di quota capitaria annuale, corrisposta in un dodicesimo ogni mese, € 3,08 di cui agli artt. 45 e 58, lettera B) comma 15 del vigente ACN.

#### **ART. 19 – EQUIPE DI ASSISTENZA TERRITORIALE**

1. L'Équipe di assistenza territoriale pediatrica costituisce la forma organizzativa di aggregazione dei pediatri di libera scelta che assistono un bacino di popolazione omogeneo per collocazione geografica, accessibilità ai servizi sanitari ed esposizione a fattori di rischio ambientale ed operano in via preferenziale a livello distrettuale. Per particolari condizioni territoriali é possibile la costituzione di équipes appartenenti a più Distretti della stessa Azienda. Esse sono fondamentale strumento per la realizzazione del Progetto Cure Primarie Pediatriche e, pertanto, la loro costituzione è finalizzata a:

- a) valutare specifici bisogni di assistenza della popolazione pediatrica;
- b) realizzare progetti di razionalizzazione, aderendo a proposte di Progetti-Obiettivo individuati dall'U.C.A.D;
- c) verificare gli effetti degli stessi;
- d) facilitare, attraverso la figura del suo rappresentante, la comunicazione fra singoli medici pediatri e Ufficio di Coordinamento Distrettuale per:
  - ◆ il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta nelle varie fasi del budget e la loro responsabilizzazione nel raggiungimento degli obiettivi individuati dall'UCAD;
  - ◆ la rilevazione di problemi emergenti nell'erogazione delle prestazioni di secondo livello.
- e) svolgere analisi e valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici condivisi finalizzati alla cura di patologie di particolare frequenza o rilevanza per la sanità pubblica nella fascia di età pediatrica individuati dall'UCAD;
- f) cooperare ad analisi epidemiologiche ed analisi della domanda su richiesta della Direzione di Distretto o della stessa dall'Equipe finalizzate alla promozione del miglioramento dell'assistenza pediatrica e della sua integrazione con altre figure sanitarie operanti nel Distretto;
- g) favorire momenti di integrazione tra pari e con le altre figure sanitarie finalizzati all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici nell'ottica della realizzazione del Governo Clinico nelle sue varie articolazioni.

2. Per problemi di interesse collettivo della popolazione, relativamente alle diverse fasce di età, definiti all'interno dell'UCAD, di comune accordo tra il Direttore di Distretto ed i Referenti delle Equipe pediatriche e di medicina generale, possono essere previste riunioni congiunte per un massimo di due riunioni annuali.

3. Per la realizzazione delle attività di cui al presente articolo, a ciascun pediatra dell'Equipe viene riconosciuta una quota capitaria annua di € . 6,00.

4. In particolare per la realizzazione dei punti b), c), d) a ciascun pediatra dell'Equipe viene riconosciuta una quota pari a € . 4,00 e per quanto previsto ai restanti punti, verrà riconosciuta una quota pari a € . 2,00. Le AA.SS.LL. procederanno ad erogare mensilmente come acconto 1/12 di € . 3,00 per ogni assistito ( pari al 75% della quota di € . 4,00), salvo conguaglio a saldo, a seguito di verifica dell'effettiva realizzazione degli obiettivi, così come previsto ai succitati punti b), c), d). Parimenti le AA.SS.LL. erogheranno mensilmente 1/12 di € . 2,00 spettanti per i restanti punti, previa verifica dell'effettiva presenza.

5. L'Équipe di assistenza territoriale pediatrica dovrà essere composta, di norma, da almeno 10 pediatri di libera scelta fatte salve specifiche realtà aziendali. E' demandata alla competente ASL ogni potere di verifica e di controllo circa la regolarità funzionale delle Equipe.

6. All'interno dell'Equipe di assistenza territoriale i pediatri nominano un Referente con funzioni di raccordo e di collegamento organizzativo con l'Ufficio di Coordinamento Distrettuale. Il Referente ha altresì il compito di individuare metodologie di lavoro e momenti formativi comuni finalizzati alla realizzazione dei Progetti-Obiettivo.

7. Al referente dell'Equipe di assistenza territoriale, per le funzioni previste dal presente Accordo, è corrisposto un compenso mensile forfetario omnicomprensivo di € . 220,00.

## **ART. 20 – ATTIVITÀ DELL' EQUIPE DI ASSISTENZA TERRITORIALE**

1. Ciascuna Equipe di assistenza territoriale si riunisce almeno una volta al mese.

2. È facoltà dei medici pediatri componenti dell'Equipe richiedere, attraverso il rappresentante dell'Equipe stessa la disponibilità di un locale aziendale, individuato nell'ambito distrettuale per lo svolgimento della riunione.

3. Almeno una delle riunioni di ogni semestre potrà essere allargata agli operatori socio – sanitari di riferimento dell' Equipe di Assistenza Territoriale (Inf. Prof., O.T.A, ADEST, Fisioterapisti, Assistenti Sociali, Medici di Distretto e medici dell'Emergenza Sanitaria 118)

4. L'Ufficio di Coordinamento Distrettuale concorda con il Referente dell'Equipe gli obiettivi prioritari di Distretto.

5. Le eventuali assenze determineranno la decurtazione di 1/12 della quota di €. 2,00 prevista nel precedente articolo, tranne quelle in cui il pediatra, per motivi di malattia, ferie o impegno sindacale, non abbia svolto la normale attività lavorativa durante la giornata. La sostituzione é ammessa unicamente per assenze superiori ai 30 gg.

6. In caso di mancata partecipazione alle attività di Equipe e di ingiustificata assenza in tre consecutive riunioni mensili, e' prevista per il medico pediatra inadempiente l'applicazione delle procedure disciplinari di cui all'art. 30 del vigente A.C.N.

#### **ART. 21 – FONDO PER LE ATTIVITA' DISTRETTUALI**

1. In ogni Distretto, per consentire il finanziamento dei Progetti di cui all'art. 25 dell'A.C.N., è costituito un apposito "Fondo per le Attività Distrettuali" finanziato per il periodo di vigenza del presente Accordo con una quota capitaria annua pari a € 1,00 per ciascun residente.

2. Ogni A.S.L. potrà implementare tale Fondo con risorse proprie compatibilmente con le risorse assegnate.

3. Nel caso in cui le razionalizzazioni producano un risparmio certificato, il 50 % dello stesso dovrà essere reinvestito nel Fondo di cui al comma 1 del presente articolo, per finanziare ulteriori processi di miglioramento dell'assistenza distrettuale.

4. Il Fondo potrà essere impiegato per retribuire attività di pediatri di libera scelta concordate a livello distrettuale e finalizzate al raggiungimento di obiettivi di razionalizzazione ulteriori a quelli previsti al comma 1, lettera b) dell'art.19 del presente Accordo.

5. Ove non sia possibile certificare direttamente la quantità e/o la qualità dell'attività svolta dai singoli medici pediatri nel perseguimento degli obiettivi programmati, il compenso dovrà essere strutturato e ripartito sulla base di pre-definiti indicatori di processo e i risultato. Nessun incentivo potrà essere riconosciuto al singolo pediatra a titolo di premio per gli eventuali risparmi ottenuti dalle razionalizzazioni realizzate.

#### **ART. 22 – CONTATTABILITA' TELEFONICA**

1. Nella fascia oraria dalle 10,00 alle 19,00, ad integrazione della disponibilità prevista dall'art. 46 ACN e al fine di realizzare un adeguato servizio di continuità dell'assistenza pediatrica ai propri assistiti nei giorni feriali e in orario diurno, i pediatri convenzionati garantiscono una contattabilità telefonica, anche tramite sistemi o servizi di segreteria. Nel caso di impossibilità di risposta immediata, il pediatra provvederà a richiamare entro 60 minuti dalla chiamata l'utente, che abbia lasciato traccia vocale identificabile, tranne che nell'orario di apertura del proprio studio.

2. Tale contattabilità è finalizzata a fornire alla famiglia dell'assistito un'adeguata risposta in riferimento ai quesiti clinici motivo del contatto. Il pediatra può anche garantire l'assistenza,

facendo ricorso ad un collega della propria forma associativa. Il servizio di Emergenza continuerà, comunque, a far capo al 118.

3. La contattabilità telefonica non comporta l'obbligo per il Sanitario contattato dell'espletamento di una eventuale visita ambulatoriale o domiciliare entro la giornata ma, qualora ritenuta necessaria, dovrà essere effettuata secondo il disposto di cui all'art. 46 dell'ACN vigente.

4. Per l'espletamento di tale servizio, in ragione del maggior carico di lavoro relativo all'assistenza delle fasce deboli (anni 0-6 e > 75) rispetto alle altre classi d'età (anni 6-75) è riconosciuta un'indennità pari a € 5,00 annue per singolo assistito di età inferiore a 6 anni e pari a € 2,50 per singolo assistito con età superiore a 6 anni.

5. Sarà compito dell'ASL territorialmente competente effettuare ogni opportuna verifica sul corretto e regolare svolgimento di tale servizio da parte del medico pediatra. In caso di inadempienza, saranno attivate dall'ASL competente le sanzioni disciplinari secondo le procedure previste all'art.30 dell'ACN vigente.

### **ART 23 - TAVOLO DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE**

1. Le parti convengono sull'opportunità di integrare il tavolo di confronto permanente, già previsto per la medicina generale, attraverso la partecipazione delle figure professionali operanti nell'area della pediatria di libera scelta ai fini di una maggior agilità e omogeneità decisionale anche in ragione di un ottimale approfondimento tecnico in merito ai temi e agli obiettivi che il vigente A.C.N. affida alla contrattazione regionale e quindi all'organizzazione dell'assistenza sul territorio, al tema dell'appropriatezza prescrittiva in rapporto ai carichi burocratici inutili e a quello della domiciliarità.

2. Il TAVOLO PERMANENTE DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE, presieduto dall'Assessore Regionale alla Sanità o da suo delegato, è formato pariteticamente da rappresentanti delle Aziende Sanitarie e dal Responsabile del Settore Regionale Assistenza Ospedaliera e Territoriale competente per materia e da rappresentanti delle OO.SS. di categoria, firmatarie del presente Accordo Regionale, analogamente a quanto previsto per la formazione del tavolo di trattative.

3. Il TAVOLO PERMANENTE DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE si articola su cinque settori:

- **obiettivi della negoziazione regionale:** realizzazione degli obiettivi fissati dagli articoli 4 e 5 del vigente ACN, in particolare su organizzazione sperimentale della continuità dell'assistenza sul territorio.

- **appropriatezza prescrittiva e burocratica:** coinvolgimento e responsabilizzazione in campo di appropriatezza, di tutti i soggetti prescrittori del S.S.N.; rimozione degli ostacoli burocratici diagnostico-terapeutici; rimozione dei doppi percorsi terapeutici e assistenziali del paziente; integrazione ospedale e territorio; realizzazione di iniziative

sperimentali e monitorate mirate all'estensione dell'affidamento del ricettario S.S.N. anche a soggetti prescrittori, diversi operanti nell'ambito del SSN. Forme di responsabilizzazione del settore specialistico privato, in merito alla prescrizione.

▪ **cure domiciliari:** definizione e risoluzione delle problematiche inerenti l'ADP, l'ADI e definizioni di linee-guida regionali su UTAP e Ospedale di comunità.

▪ **liste d'attesa:** introduzione di modelli operativi sperimentali basati su nuove tecnologie e schemi organizzativi per mantenere risposte appropriate sul territorio e attenuare le liste d'attesa; stabilire reti ospedale-territorio.

▪ **bilanci di salute:** definizione del corretto svolgimento del percorso "Salute Infanzia" e della relativa sostenibilità economica.

Il TAVOLO PERMANENTE DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE sarà formato entro giorni 30 dalla pubblicazione del presente Accordo Regionale per l'immediata operatività e potrà essere convocato dalla parte pubblica o anche su richiesta solo da una delle OO.SS. di categoria avente titolo.

## **ART. 24 – AREA DI FORMAZIONE IN PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

1. In considerazione del fatto che (art. 20 comma 4 del ACN 2005) le Regioni, soggetti istituzionali principalmente interessati alla corretta ed adeguata formazione dei medici pediatri di libera scelta che operano nel SSN, assumono un ruolo di primo piano in questo importante processo e considerato inoltre che è di primario interesse per il SSR promuovere la formazione dei propri operatori nonché garantirne la qualità, la coerenza e l'efficacia formativa rispetto agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, con il presente Accordo si istituisce l'Area di Formazione Regionale per la Pediatria di Libera Scelta.

2. L'Area in argomento viene costituita nella prospettiva di collaborare alla realizzazione e al raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale prevista per le attività di formazione ed aggiornamento nel redigendo piano socio-sanitario regionale.

Gli obiettivi dell'Area di Formazione Regionale per la Pediatria di Libera Scelta sono:

- definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale, nonché di monitoraggio di un efficace sistema istituzionale di formazione professionale medica permanente, mirato alla formazione nel campo della medicina generale e compiti ad essa collegati;
- stabilire annualmente il numero dei docenti e degli animatori di formazione necessario per il regolare svolgimento delle attività formative, i criteri di selezione dei Pediatri di Libera Scelta ed operare la selezione sulla base di criteri stabiliti;
- definire le necessità formative dei pediatri di libera scelta che svolgono attività didattica (animatori di formazione e docenti);
- promuovere attività di ricerca e sperimentazione in Pediatria di Libera Scelta;
- proporre attività di formazione ECM;
- collaborare a definire i criteri e i requisiti dei soggetti delegati alla formazione nel campo della Pediatria di Libera Scelta (Provider, Società Scientifiche, Enti organizzatori di eventi, etc.).

3. La Regione Piemonte, in quanto interessata alla corretta ed adeguata formazione dei Pediatri di Libera Scelta, assume un ruolo di primo piano in questo importante processo, per garantirne coerenza ed efficacia. A tal fine, viene definito un budget annuale pari ad €. 287.202 ( equivalente allo 0,7 % del compenso a quota fissa) a garanzia del debito formativo annuale così come previsto dall'art.20,comma 8, dell'ACN vigente. Tale Fondo, gestito dalla Regione Piemonte direttamente e/o tramite Aziende Sanitarie, può essere finalizzato con quota parte alla stipula di apposite convenzioni con Enti di Diritto Pubblico di Ricerca accreditati per tale scopo (ad esempio il CNR).

### **Aggiornamento delle disposizioni dell'Accordo Regionale**

Considerato che le disposizioni del presente Accordo si inseriscono nell'attività regionale di programmazione socio-sanitaria in continua evoluzione e che pertanto è necessario prevedere modalità e percorsi per adeguare l'Accordo Regionale medesimo ad eventuali cambiamenti del SSR, si concorda di assegnare tale compito al Comitato Regionale ex art.24 dell'ACN vigente, attraverso l'adozione dei relativi pareri sulle materie di propria competenza.

### **NORMA FINALE N.1**

#### **Istanze giacenti per forme associative e personale di studio**

1. Le istanze giacenti presso il competente Comitato Regionale dell'Assessorato alla Salute relative alle forme associative e al personale di studio saranno esaminate con priorità, in ordine cronologico di presentazione, senza ulteriori incombenze burocratiche da parte del medico pediatra interessato, fatte salve, ovviamente, eventuali variazioni nei requisiti dell'istanza già presentata.
2. Per tali istanze, la decorrenza economica avrà effetto a partire dalla data di adozione del provvedimento regionale di recepimento del presente Accordo.

### **NORMA FINALE N.2**

#### **Assistenza Ambulatoriale a soggetti con patologia cronica**

1. Si concorda di approvare il percorso assistenziale di cui all'Allegato E) bis dell'ACN vigente così come previsto all'articolo 3 lasciando facoltà alle Aziende Sanitarie Locali di attivare tale percorso in funzione delle proprie specifiche esigenze territoriali.

### **NORMA FINALE N.3**

#### **Criteri di appropriatezza e visite domiciliari**

Le parti concordano sulla necessità di demandare al Tavolo di cui all'art. 22 del presente Accordo la definizione dei criteri di appropriatezza della richiesta e dell'effettuazione di visite domiciliari nonché l'impegno a dare massima diffusione delle determinazioni assunte alle parti interessate.

### **NORMA FINALE N.4**

#### **Diffusione standards assistenziali**

Le parti concordano che, al fine di uniformare sul territorio regionale gli standards assistenziali pediatrici, le Aziende Sanitarie, in accordo con i pediatri, debbano dare massima diffusione circa gli orari degli studi medici, le modalità di accesso, le forme associative con i relativi compiti nonché il concreto utilizzo della contattabilità telefonica.

### **NORMA FINALE N.5**

#### **Distribuzione territoriale degli ambulatori**

Eventuali situazioni riguardanti distribuzioni di ambulatori individuali che possano essere in contrasto con il presente Accordo verranno esaminate dal Comitato Regionale ex art.24 ACN.

ALLEGATO 1)

**PROGETTO SALUTE INFANZIA**

BILANCI DI SALUTE		OBIETTIVI		
ETA'	INTERVENTO	EDUCAZIONE SANITARIA	PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE	AZIONE ESECUTIVA
15/30 gg	Esame fisico, misurazione peso lunghezza, circonferenza cranica  Valutazione psicomotoria e sensoriale	Favorire l'allattamento al seno  Prevenire le SIDS		Sostegno alle madri e linee guida posizione corretta nel sonno
2/3 mesi	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica  Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti da trasporto in auto  Prevenzione complicanze da fumo passivo  Sostegno all'allattamento al seno	Promuovere i livelli di copertura per le vaccinazioni previste dai calendari vaccinali	Linea guida: -trasporto sicuro in auto -fumo passivo -aspetti nutrizionali  Consenso informato sulle vaccinazioni  Informazioni reazioni avverse ai vaccini
4/5 mesi	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica  Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti domestici  Svezzamento	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Linea guida: caduta e pericoli sul fasciatoio  Linee guida alimentari  Consenso informato sulle vaccinazioni  Informazioni reazioni avverse ai vaccini

8 mesi gratuito	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti domestici  Sostegno alla genitorialità		Linee guida pericoli da caduta, soffocamento, ecc.  Linee guida alla lettura ad alta voce
11/12 mesi	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica  Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti  Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità  Sostegno alla genitorialità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Presentazione MPR e recupero ritardi vaccinali  Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei  Linee guida nutrizionali  Linee guida alla lettura ad alta voce
15/18 mesi	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica  Valutazione psicomotoria e sensoriale  <i>Screening per autismo (CHAT)</i>	Prevenzione incidenti  Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità  Sostegno alla genitorialità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Presentazione MPR e recupero ritardi vaccinali. Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei. Linee guida nutrizionali. Linee guida alla lettura ad alta voce
2/3 anni gratuito	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica  Valutazione psicomotoria e sensoriale  Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti  Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità  Prevenzione carie	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc. Linee guida nutrizionali. Recupero ritardi vaccinali. Linee guida igiene orale.

3 – 4 anni	<p>Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica</p> <p>Valutazione psicomotoria e sensoriale</p> <p>Valutazione linguaggio</p> <p>Ispezione arti inferiori e valutazione caratteristiche della marcia</p>	<p>Prevenzione incidenti</p> <p>Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità</p> <p>Prevenzione carie</p> <p>Promozione attività sportiva</p>	<p>Recupero dei ritardi vaccinali</p>	<p>Linee guida nutrizionali</p> <p>Linee guida igiene orale</p>
5 - 6 anni	<p>Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica</p> <p>Valutazione psicomotoria e sensoriale</p> <p>Valutazione linguaggio</p> <p>Ispezione arti inferiori e valutazione caratteristiche della marcia</p>	<p>Prevenzione incidenti</p> <p>Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità</p> <p>Prevenzione carie</p> <p>Promozione attività sportiva</p>	<p>Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali</p>	<p>Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale</p> <p>Linee guida nutrizionali</p> <p>Linee guida igiene orale</p>
8 – 9 anni	<p>Esame fisico, misurazione peso e altezza.</p> <p>Valutazione psicomotoria e sensoriale.</p> <p>Valutazione linguaggio e scolarità.</p> <p>Ricerca primi segni di sviluppo puberale.</p> <p>Valutazione apparato dentale per carie e</p>	<p>Prevenzione soprappeso ed obesità con la promozione di corretti stili di vita.</p> <p>Promozione dello sport.</p>	<p>Indagine sul completamento del calendario vaccinale e recupero eventuali ritardi</p>	<p>Linee guida sicurezza stradale.</p> <p>Linee guida alimentazione e igiene orale .</p> <p>Valutazione del rachide.</p> <p>Podoscopia</p> <p>Decisione di eventuale intervento calcagno stop</p>

	<b>prob. ortodontici.</b>			
<b>12 – 14 anni</b>	<b>Peso, altezza, scheletro, malocclusioni P.A.</b>  <b>Sviluppo puberale</b>  <b>Valutazione problemi relazionali scolastici e/o comportamentali</b>	<b>Prevenzione degli incidenti</b>  <b>Corretti stili di vita</b>  <b>Promozione attività sportiva</b>	<b>Recupero Vaccini antiepatite- MPR e varicella anamnesticamente negativi</b>	<b>Linee guida: sicurezza in bicicletta</b>  <b>Obesità e disturbi alimentari</b>  <b>Linee guida stili di vita</b>  <b>Presentazione varicella</b>  <b>Valutazione del rachide</b>

## ALLEGATO 2)

### **PROGETTI-OBIETTIVO IN PEDIATRIA**

1. Nell'interesse primario dell'utenza, per potenziare l'assistenza pediatrica di primo livello, al fine di perseguire la riduzione delle liste di attesa e fornire al cittadino una risposta più veloce e più facilmente fruibile, si dispone che le AA.SS.LL. possano utilizzare, tra i pediatri con esse convenzionati, coloro i quali risultino in possesso di una seconda specialità universitaria o titoli equipollenti per effettuare prestazioni previste nell'ambito di Protocolli aziendali finalizzati alla realizzazione di Progetti-Obiettivo per i propri assistiti e per quelli che i propri colleghi destinano loro.
2. Essendo noto, sulla base delle evidenze scientifiche, come uno screening sia efficace solo se raggiunge almeno l'85% dei soggetti a cui è diretto, si dispone che, nell'ambito delle associazioni, i professionisti pediatri che dichiarino maggiore disponibilità, possano vicariare altri professionisti pediatri convenzionati dichiaratisi indisponibili. Dovrà essere concordata tra questi professionisti la lista pazienti cui deve essere effettuato lo screening in orari definiti e su appuntamento presso lo studio del pediatra vicario; tale meccanismo è finalizzato al raggiungimento dei tetti previsti per la realizzazione del Progetto-Obiettivo.
3. Tali prestazioni sono remunerate secondo le tariffe previste dal nomenclatore tariffario di cui all'Allegato B) del vigente ACN.
4. Le attività dovranno essere concordate con il Direttore di Distretto e regolamentate entro un ambito orario che non interferisca con la normale attività convenzionata; la sua diffusione sarà poi discussa ed effettuata all'interno delle Equipages territoriali.

**ALLEGATO 3)**

**FONDO A RIPARTO EX ART 45 ACN PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA DEL 15/12/05.**

1. A far data dall'entrata in vigore del presente Accordo Regionale, determinato il Fondo a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione di cui all'art. 58, lettera B) ACN 15/12/05 in relazione alle percentuali massime autorizzabili di assistiti in ambito regionale, assistiti che al 31/12/2005 risultano essere 373.439, sia per le forme associative che per il personale di studio, si concorda quanto indicato nella seguente TABELLA:

<b>voce</b>	<b>% attuale Regione</b>	<b>costo attuale Regione</b>	<b>% prevista ACN</b>	<b>costo previsto ACN</b>	<b>% prevista Regione</b>	<b>costo previsto Regione</b>		
<b>A</b>	<b>associazione</b>	61,14 ass 228.306	2,72 ass 620.992	23 ass 85.891	8,00 ass 687.128	<b>63 ass 235.267</b>	<b>3,00 ass 705.800</b>	
<b>B</b>	se garantito dall'associazione il collegamento informatico tra i componenti - <b>Rete</b> -						<b>3,50 ass 823.435</b>	
<b>C</b>	<b>gruppo</b>	3,73 ass 13.923	3,62 ass 50.401	10 ass 37.343	9,00 ass 336.087	<b>10 ass 37.343</b>	<b>5,00 ass 186.715</b>	
<b>D</b>	<b>Collaboratore di studio</b>	17,03 ass 63.612	4,54 ass 288.798	12 ass 44.812	10,00 ass 448.127	<b>20 ass 74.687</b>	<b>5,00 ass 373.439</b>	
	<b>Infermiere professionale</b>	0 0	0 0	3 ass 11.203	7,50 ass 84.024	<b>Ricompresa nella voce D</b>		
	<b>tot. costi</b>						<b>A+C+D</b>	<b>1.265.954</b>
	<b>tot. costi</b>						<b>B+C+D</b>	<b>1.383.589</b>

2. La collaborazione informatica diventa obbligatoria e viene ricompresa nella quota capitaria valorizzata in 929.64 euro annue per singolo pediatra; le parti concordano tuttavia di impiegare parte del Fondo per l'adeguamento dell'indennità informatica alle procedure di posta elettronica di cui all'art. 14 del presente Accordo Regionale. Per quanto riguarda le collaborazioni di studio, si concorda che le due tipologie previste dall'ACN (collaboratore di studio e infermiere professionale) vengano

ricomprese in una unica figura professionale.

3. Considerato che con il precedente Accordo Regionale si è provveduto ad aumentare la percentuale degli assistiti, per cui riconoscere l'indennità del personale di studio, dal 10% al 15% con una maggior spesa di Euro 96.353, tale cifra consente di incrementare il Fondo utilizzando la relativa somma per garantire l'autorizzazione del personale di studio alle forme della pediatria di gruppo nonché ai singoli componenti dell'associazione qualora questi abbiano attivato il collegamento informatico e rappresentino più del 50% dei pediatri associati.

4. La scelta di aumentare le percentuali previste e di ricalcolare proporzionalmente i compensi dovuti al singolo pediatra, in modo da non superare complessivamente l'ammontare del Fondo, con particolare riguardo alla predisposizione di collegamenti informatici, risulta di particolare rilevanza in relazione a quanto previsto in materia di contattabilità telefonica del pediatra nonché alla possibilità di utilizzo, da parte dell'assistito, di un ambulatorio attivo in quel momento.

## **ALLEGATO 4)**

### **DOCUMENTO CIPE**

### **REGIONE PIEMONTE**

### **N.1 DEL 12/10/2006**

L'Accordo di sistema della Regione Piemonte con i Pediatri di Famiglia trova questa Organizzazione Sindacale sostanzialmente d'accordo sulle linee generali riguardanti la presa in carico del paziente, l'adesione al SSS, l'associazionismo.

Emergono tuttavia dei punti critici che è necessario analizzare approfonditamente.

1) Disponibilità telefonica, Reperibilità e relativo onorario professionale. Risvolti sindacali e deontologici.

2) Emergere di ipotesi di valutazione del pediatra sulla base di parametri quali gli accessi impropri ad altri livelli di cura e alla gestione della domanda.

3) Tutela sindacale e giuridica del pediatra nella gestione degli accessi diretti o impropri "heavy users") e tutela della onorabilità personale e della dignità professionale nei confronti delle segnalazioni di disservizio con risvolti diffamatori.

4) Sabato e Formazione.

5) Raccordo con il Servizio di Continuità Assistenziale.

"IL BAMBINO HA DIRITTO AD AVERE UNA RISPOSTA ASSISTENZIALE CON COMPETENZE PEDIATRICHE 24ore su 24 e 7 giorni su 7"

"IL PEDIATRA DI FAMIGLIA HA DIRITTO AD AVERE UN ORARIO DI LAVORO UMANO, CIOE' A LAVORARE 36 ORE SETTIMANALI"...

... anche e soprattutto perché il bambino ha diritto ad avere un professionista integro dal punto di vista psico-fisico.

Lasciando alle spalle questa logica di contrapposizione, in questo momento storico, la Parte Pubblica della Regione Piemonte (P.P.R.P.) e le Organizzazioni Sindacali (OO.SS.) hanno la possibilità di arrivare a costruire qualcosa di nuovo che però non sia un semplice progetto di facciata.

Se le premesse non ci hanno ingannato, il nostro stimato Assessore non ha l'obiettivo minimale di rinnovare il vecchio Accordo Regionale, ma di ridefinire dandovi nuovo impulso, la pediatria di famiglia.

La fervida speranza della CIPE è che non si faccia demagogia sulla pelle dei pediatri, professionisti che, senza retorica, sono in prima linea, ancor più che i MMG, sul fronte della sanità pubblica. Che li visitano, i loro ammalati, e che ne visitano tanti, di bambini. Che si ammalano a stretto contatto con i piccoli pazienti, che devono aggiornarsi, e a proprie spese, che investono il

proprio reddito nell'organizzazione del servizio pubblico. E che, purtroppo sempre più spesso, non vengono percepiti quali operatori di un servizio sanitario per il bambino, ma quale servi dei genitori.

E' quindi essenziale molta onestà intellettuale da parte di entrambi, molta apertura mentale della P.P., molta volontà delle OO.SS.

Allora cominciamo a tentare di perseguire un obiettivo concreto: la "disponibilità telefonica".

#### 1) DISPONIBILITÀ TELEFONICA, REPERIBILITÀ E RELATIVO ONORARIO PROFESSIONALE. RISVOLTI SINDACALI E DEONTOLOGICI.

Questa O.S. chiede alla P.P. di esplicitare cosa intende per "disponibilità telefonica". Riteniamo infatti che non sia un mero problema lessicale, potendo avere una duplice interpretazione della terminologia.

1) Prima interpretazione: Disponibilità telefonica è "presenza nello studio del pediatra di un soggetto che risponde al telefono, per il maggior numero di ore possibile.

Già questa non è una cosa da poco.

Riteniamo infatti che mentre il pediatra visita non debba essere interrotto, a meno di problematiche palesemente urgenti. Questo, sia per una forma di rispetto per i genitori che hanno preso appuntamento con il medico del figlio, sia per il bambino che seminudo e magari piangente si sta facendo visitare, con difficoltà, sia infine per il pediatra stesso che non dovrebbe interrompere il filo del suo iter diagnostico.

Il personale di studio svolge un importante lavoro di accoglienza delle richieste dei genitori: succede infatti spesso che il concordare l'appuntamento in un orario gradito ai genitori comporta un eccessivo allungamento dei tempi telefonici. E una discreta dose di pazienza...

Inoltre, la presenza di personale consente di classificare le telefonate nelle seguenti categorie:

A) come Accesso, cioè richiesta di visita

B) come Burocrazia, cioè richiesta di ripetizione di ricette, di chiarimenti di tipo non medico

C) come Consulenza, cioè richiesta di consiglio telefonico di carattere medico

Su questa tipologia avremo modo di soffermarci più sotto, per la complessità dei risvolti che implica.

La classificazione scritta delle telefonate su un registro rappresenta una garanzia per i pazienti, ma anche per il medico. Capita che i genitori dicano che il medico non ha risposto al telefono, o che la cornetta era staccata (e magari quella mattina arrivavano in studio 40-50 telefonate specie in periodi di epidemia influenzale).

Infine, bisogna sottolineare che, dal punto di vista economico, se siamo oltre agli orari di ambulatorio, e il pediatra è in studio, questa forma di disponibilità telefonica è già di fatto la più classica forma di "Reperibilità".

E come tale andrebbe remunerata.

Un problema a parte, che non prendiamo in considerazione in questo capitolo, è il pediatra inserito in ambito rurale, o comunque non cittadino, che, non potendo associarsi, ritiene di erogare disponibilità telefonica tramite telefonino.

- 2) La seconda interpretazione di "disponibilità telefonica" corrisponde alla tipologia C) di cui sopra.

La CIPE richiama tutti alla massima attenzione:

**qui si tratta di fornire un parere medico senza visitare il bambino.**

Si configura cioè una situazione di altissimo rischio professionale. Non c'è bisogno di essere insigni giuristi per comprendere quanto sia rischiosa tale scelta. E' già abbastanza difficile per un medico fornire al telefono consigli al proprio paziente adulto. Ma è addirittura un esercizio al trapezio la consulenza pediatrica fatta mediante una telefonata dove la madre, che non è un medico, fornisce le sue impressioni al pediatra e questi prende conseguentemente delle decisioni diagnostico-terapeutiche. Il rischio è altissimo, sia per il bambino, che non viene visitato, sia per il pediatra esposto in maniera esponenziale al rischio di una errata diagnosi a danno del Bambino.

Qualsiasi giudice considera un'aggravante un errore del medico che non ha visitato il paziente.

Conclusioni:

1) la "disponibilità telefonica" non può e non deve essere una modalità strutturata per dare delle consulenze mediche in ambito pediatrico ;

2) se c'è chi lo fa (fornire telefonicamente delle consulenze mediche in ambito pediatrico), che ne risponda personalmente! Ma che non lo si strutturi! E' un rischio anche per la Parte Pubblica Che di fatto rappresenta il Bambino Utente ;

3) quando c'è la "disponibilità telefonica", la struttura deve concordare l'appuntamento per la visita e , se è il caso, il medico deve essere pronto a visitare il bambino. Perciò questa è "Reperibilità".

Per venire alla contrattazione economica, questa O.S. ha ipotizzato per la P.P.R.P. un costo pro capite (bambino per anno), in un'associazione con tre pediatri con 1000 pazienti, con una disponibilità telefonica di 8-20 dal lunedì al venerdì, pari a 16,99€, che scenderebbe a 14,16€ per un'associazione con tre pediatri con 1200 pazienti.

Vedi Tab.1  
Tabella 1

	ipotesi 0	ipotesi 1	ipotesi 2	ipotesi 3
	3 pediatri con 800 pz.	3 pediatri con 800 pz.	3 pediatri con 1000 pz.	3 pediatri con 1200 pz.
	66 ore settimanali	35 ore settimanali	35 ore settimanali	35 ore settimanali
onorario reperibilità oraria (€)	28	28	28	28
ore settimanali	66	35	35	35
settimane	52	52	52	52
onorario totale annuo (€)	96096	50960	50960	50960

# pz. pediatra A	800	800	1000	1200
# pz. pediatra B	800	800	1000	1200
# pz. pediatra C	800	800	1000	1200
tot pz.	2400	2400	3000	3600
costo per (€)	40,04	21,23	16,99	14,16

Tale ipotesi eliminerebbe ogni contenzioso sindacale e persino deontologico :

a) Sindacale, perché non si andrebbe sotto all'onorario minimo per la reperibilità.

b) Deontologico, perché accordi su altri livelli retributivi, sia pur con adesione facoltativa, aprirebbero un doloroso conflitto interno alla categoria, che interesserebbe gli Ordini dei Medici per una palese concorrenza sleale.

## **DICHIARAZIONI A VERBALE FIMP**

### **Dichiarazione a Verbale n.1**

Il sindacato Fimp auspica la creazione di un Fondo Regionale da destinarsi alla remunerazione dei sostituti in caso di medici pediatri impegnati in Progetti di documentata valenza umanitaria assistenziale.

### **Dichiarazione a Verbale n.2**

Il Sindacato Fimp auspica la risoluzione delle pendenze connesse alla corresponsione del compenso aggiuntivo, quale istituto previsto nell'area della pediatria di libera scelta, fino alla vigenza dell'ACN ex DPR 272/00.

### **Dichiarazione a Verbale n.3**

La Fimp, sindacato di categoria maggiormente rappresentativo in Piemonte, dichiara che le motivazioni del dissenso della Cipe, sull'art.22 del presente Accordo, sono da collegare al generico e pretestuoso rifiuto di dare disponibilità assistenziale alle famiglie nella gestione della salute dei minori, per non assumersi non meglio definiti rischi medico-legali, la cui gestione attiene al codice deontologico e non alle OO.SS.

La Fimp dichiara inoltre che tutto il restante articolato non ha visto alcun contributo (neanche della presenza fisica) del rappresentante Cipe.

## **DICHIARAZIONI A VERBALE CIPE**

### **Dichiarazione a Verbale n.1**

Il sindacato Cipe firma con riserva relativamente alla contattabilità telefonica sulla quale si allega relativo Documento.

Letto, approvato e sottoscritto in originale firmato.

ASSESSORE REGIONALE  
ALLA TUTELA DELLA SALUTE E SANITA'  
( Mario VALPREDA)

---

FIMP

---

CIPE

---

Torino, li .....

