

## Accordo Integrativo Regionale Campania

Roberto Sassi – Segretario Regionale FIMP Campania

E' stata una trattativa difficile; e lunga.

Nata all'indomani della firma dell'ACN 272/00, ha avuto bisogno di due anni (e di diversi articoli sui quotidiani locali !) solo per vedere la costituzione del Comitato ex art. 12. Ed altri due anni di incontri, discussioni, rotture e riprese del dialogo.

Ha visto succedersi due Assessori alla Sanità, due Presidenti del Comitato, due Segretari Regionali FIMP.

Ma, alla fine, quello che il 10 giugno u.s. è stato siglato dall'Assessore Rosalba Tufano e dal gruppo dirigente della FIMP Campania può a buon diritto essere ritenuto un "buon Accordo".

Un Accordo buono non solo per il perseguimento di giuste rivendicazioni economiche, ma anche per il nascere di istituti, talora innovativi, che ne qualificano *nel sociale* l'importanza e la originalità.

Il passaggio dagli 8 bilanci di salute (già presenti nel sinora vigente AIR 1998) ai 10 attuali, e tutti retribuiti; l'incremento percentuale dei PLS ammessi alle indennità informatica, di gruppo, di associazione e di collaborazione; l'incremento economico degli stessi istituti; la nascita della pediatria in rete; l'incentivazione ad una maggiore copertura oraria feriale; la quantificazione economica delle attività di self help; tutto ciò, ed altro ancora, era doveroso chiedere per i PLS della nostra Regione, e l'abbiamo ottenuto.

Ma quello che forse ci premeva maggiormente era *lasciare un segno* nella società campana, e particolarmente in quella meno fortunata.

Ed a questo va ascritta la definizione di zona disagiata non solo per quelle aree geograficamente più difficili da coprire, ma anche (e direi soprattutto) per i quartieri a *rischio sociale*, meno appetibili per i colleghi neo inseriti, ma più bisognose della nostra presenza; il mantenimento del Bilancio di Salute speciale per i bambini con patologie croniche e l'integrazione, economicamente gratificata, al tavolo dell'equipe multidisciplinare che di quei bambini si occupa; la partecipazione del PLS al progetto per la dimissione protetta del neonato sano; la partecipazione attiva del PLS alle attività vaccinali, indispensabili per rimuovere una volta per tutte il disagio procurato a noi tutti nel 2002 dalla inefficacia degli interventi dei servizi vaccinali pubblici.

Un buon Accordo, dicevamo; un Accordo di cui siamo fieri, per il quale abbiamo combattuto talora anche contro ostacoli di natura politica o di rivalsa da parte di altre figure professionali.

Un Accordo che ha sancito, semmai fosse necessario, l'unità di intenti e di azione della dirigenza della FIMP Campania.

## **Accordo integrativo regionale per la Pediatria di Famiglia Regione Campania**

Nell'attuale sistema sanitario il Pediatra di Famiglia ricopre un ruolo basilare nella prevenzione, diagnosi e cura di primo livello al bambino, dalla nascita all'adolescenza.

In tutti i paesi occidentali si sta assistendo alla ristrutturazione dei modelli organizzativi sanitari in modo da rafforzare le cure primarie.

L'obiettivo è quello di migliorare il rapporto costo/efficacia del SSN mantenendo un livello di spesa compatibile con le risorse e realizzando la migliore assistenza possibile in rapporto alle risorse disponibili.

L'Accordo Collettivo Nazionale DPR 272/2000 disciplina nelle sue linee generali le modalità operative del servizio, le norme attuative, la remunerazione economica nazionale. Esso, però, lascia margine a modifiche in rapporto alle peculiarità delle singole Regioni..

In tale ottica la Regione Campania, in accordo con le OO.SS. interessate, individua i seguenti punti :

### **CAPO 1 :**

- 1.1 *Garantire una migliore copertura assistenziale diurna mediante:*

1.1.1 Incentivazione delle **forme associative, di gruppo e di rete**

1.1.2 Maggiore **capillarizzazione** della pediatria di famiglia con copertura delle **zone disagiate** e delle **zone carenti straordinarie**

*con la finalità di **ridurre l'accesso improprio al Pronto Soccorso ed i ricoveri ospedalieri***

### **CAPO 2:**

- 2.1 *Miglioramento dell'**informatizzazione**, in modo da garantire un efficiente flusso territorio – ASL - Regione*
- 2.2 *Miglioramento del **rapporto costo/efficacia** della pediatria di famiglia regionale, mediante:*

2.2.1 **Elevazione degli standard qualitativi dello studio medico**  
(informatizzazione, collaboratore di studio, self help diagnostico)

2.2.2 **Condivisione di percorsi formativi e protocolli diagnostico-**

**terapeutici** (attività territoriali, formazione, forme associative)

2.2.3 **Deospedalizzazione** (dimissione precoce del neonato sano)

**CAPO 3 :**

- 3.1 **Prevenzione** degli handicaps fisici e psichici, delle malattie croniche ed infettive, mediante:

3.1.1 **Progetto salute-infanzia** (Bilanci di salute, Esecuzione di screenings, Partecipazione a programmi vaccinali tesi alla prevenzione di epidemie)

**CAPO 4:**

- 4.1 Assistenza domiciliare ed ambulatoriale **al bambino con patologia cronica e/o invalidante**, mediante:

4.1.1 Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)

4.1.2 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

4.1.3 Assistenza Ambulatoriale Programmata (AAP)

4.1.4 Bilancio di salute al bambino con patologia cronica

**CAPO 5:**

- 5.1 **Integrazione della parte normativa del DPR 272/00 in base alla specificità regionale**

## CAPO 1 :

### 1.1 Garantire una migliore copertura assistenziale diurna in grado di ridurre l'accesso improprio al Pronto Soccorso ed i ricoveri ospedalieri

#### 1.1.1 Incentivazione delle forme associative, di gruppo e di rete

L'obiettivo fondamentale delle forme associative in pediatria, previste dall'art. 51 dell'ACN 272/2000, è quello di migliorare la qualità del servizio di assistenza pediatrica (efficacia) e l'accessibilità al servizio (efficienza).

- Le forme associative possono aumentare l'efficacia delle prestazioni sotto il profilo della **qualità**, in quanto consentono ai pediatri di famiglia di razionalizzare l'organizzazione degli ambulatori, di avere più presidi diagnostici e terapeutici e di avere competenze condivise.
- Le forme associative migliorano sicuramente l'**efficienza** del servizio, in quanto rispondono al meglio ai bisogni del cittadino, mediante una più ampia e coordinata offerta delle prestazioni previste dal SSN.

Le forme associative sono:

- a) la pediatria in associazione
- b) la pediatria di gruppo
- c) la pediatria in rete.

#### 1.1.1 a) PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE

1. La pediatria in associazione ha lo scopo di migliorare la **qualità** delle prestazioni erogate dal singolo pediatra di famiglia e **aumentare la possibilità di accesso** alle prestazioni del pediatra di famiglia anche al fine di ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso.
2. La pediatria in associazione deve prevedere i seguenti requisiti:
  - distribuzione territoriale degli studi;
  - l'associazione può essere composta da due o più pediatri, da due o più pediatri e un gruppo, o da due o più gruppi, operanti nello stesso ambito o anche in ambiti diversi o in distretti diversi, purché confinanti e della stessa Azienda Sanitaria, previo parere del Comitato ex art. 11. Il numero massimo di pediatri del gruppo associato non può superare di norma il numero di 8 (otto) salvo deroghe concesse dal Com. ex art. 11 aziendale, per motivate esigenze locali;
  - è possibile l'associazione di uno o più pediatri con medici di medicina generale anche nella stessa sede;

- apertura coordinata degli studi per almeno 5 ore giornaliere distribuite tra mattino e pomeriggio, di cui uno aperto almeno fino alle ore 19;
  - disponibilità a svolgere la propria attività ambulatoriale nei confronti degli assistiti dei pediatri associati per patologie acute;
  - l'esposizione in ogni ambulatorio ed al suo ingresso di una comunicazione visibile e leggibile contenente l'avvertenza di quali sono gli altri studi, con i relativi orari di apertura, ove gli assistiti possono fruire delle prestazioni per patologie acute, durante le ore di chiusura dell'ambulatorio del proprio medico.
  - la condivisione e l'implementazione di linee guida diagnostico-terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza;
  - la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione, per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi aziendali e quelli dichiarati dall'associazione;
3. più associazioni e/o gruppi possono coordinarsi per conseguire specifici obiettivi del piano sanitario regionale o di un distretto o di una ASL, precedentemente concordati con i sindacati più rappresentativi a livello regionale;
4. uno o più membri dell'associazione possono interrompere la stessa in qualsiasi momento, dandone comunicazione all'Azienda Sanitaria territorialmente competente con almeno trenta (30) giorni di preavviso, al fine di consentire un'adeguata informazione dell'utenza;
5. la Regione incentiva economicamente l'offerta di prestazioni ambulatoriali per ogni ora eccedente lo standard minimo di apertura giornaliera:  
specificamente  
standard minimo : 5 ore per 2 pediatri  
standard minimo : 6 ore per 3 pediatri  
standard minimo : 7 ore per 4 o più pediatri
6. gli incentivi economici previsti per l'associazionismo possono essere riconosciuti dalle AA.SS.LL. di appartenenza anche a pediatri singoli, che, in particolari situazioni, concordate con il Comitato ex art. 11, sono disposti ad offrire gli stessi servizi;
7. le prestazioni aggiuntive previste nell'allegato B dell'ACN possono essere notulate da ciascun medico dell'associazione, se eseguite a favore di assistiti degli altri componenti dell'associazione nelle situazioni non differibili

A decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo la percentuale massima dei pediatri aventi diritto alla indennità viene incrementata al 50% mentre il

compenso forfetario annuo sarà corrisposto nella misura di € 4.16 per assistito in carico

La costituzione dell'associazione dovrà essere comunicata contestualmente all'ASL di appartenenza ed alla Regione Campania - Settore Assistenza Sanitaria, Servizio Materno-Infantile, Assessorato alla Sanità, torre C 3, Centro Direzionale. Entro 15 giorni dalla data del protocollo di arrivo la Regione Campania dovrà valutare l'ammissione al beneficio economico.

Dal momento della risposta da parte della Regione Campania o, in sua assenza, decorsi i 15 giorni, l'associazione è autorizzata a costituirsi e può iniziare la propria attività, previa comunicazione all'ASL ed alla Regione Campania. I benefici economici decorreranno dalla data di invio della comunicazione di costituzione.

Si precisa che saranno ritenute valide le domande presentate prima della pubblicazione del presente accordo regionale e quelle presentate dopo, sino alla concorrenza delle percentuali di cui sopra. Qualora le domande pervenute superassero la percentuale massima consentita, si provvederà, a cura del Comitato ex art. 12, a stilare una graduatoria che terrà conto della data di protocollo di arrivo presso l'ASL di appartenenza; in caso di pari data verranno presi in considerazione, nell'ordine, i seguenti requisiti :

1. numero totale di assistiti in carico all'atto della presentazione della domanda
2. media dell'anzianità di convenzionamento con la pediatria di famiglia;
3. media dell'anzianità di specializzazione;

#### **1.1.1 b) PEDIATRIA DI GRUPPO**

La pediatria di gruppo si caratterizza per i seguenti requisiti:

- a) l'associazione è libera, volontaria e paritaria;
- b) l'accordo che costituisce la pediatria di gruppo, redatto secondo quanto prescritto dal presente regolamento, è depositato presso l'Azienda Sanitaria e l'Ordine provinciale dei Medici; l'Azienda, verificata la corrispondenza dell'accordo alla normativa presente, riconosce formalmente, con apposito provvedimento, la costituzione del gruppo per l'esercizio della medicina pediatrica. La notifica del provvedimento di riconoscimento deve avvenire entro 30 giorni dalla data di protocollo della domanda da parte dei pediatri; trascorso tale termine il gruppo si intende riconosciuto;
- c) i compensi relativi all'attività della pediatria di gruppo competono al medico dalla data di effettivo inizio dell'attività, che si intende iniziata non prima della data del provvedimento dell'ASL o, in sua assenza, dallo

spirare del termine sopra indicato;

- d) del gruppo possono far parte pediatri che svolgono l'attività di medico convenzionato nello stesso ambito territoriale di scelta determinato dalla Regione o anche in ambiti diversi o in distretti diversi della stessa ASL, purché confinanti, per particolari condizioni, previo parere favorevole del Comitato ex art. 11;
- e) la sede della pediatria di gruppo è unica
- f) del gruppo fanno parte due o più pediatri di famiglia; il numero massimo di pediatri del gruppo associato non può superare di norma il numero di 4 (quattro) salvo deroghe concesse dal Com. ex art. 11 aziendale, per motivate esigenze locali;
- g) ciascun medico può far parte soltanto di un gruppo;
- h) ciascun partecipante al gruppo è disponibile a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri pediatri del gruppo, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico, pur nella tutela dei fondamentali principi del rapporto fiduciario e della libera scelta da parte dell'assistito;
- i) le prestazioni aggiuntive previste dall'allegato B della convenzione possono essere notulate da ciascun medico, anche se eseguite a favore di assistiti degli altri componenti del gruppo, secondo modalità di avvicendamento stabilite all'interno del gruppo;
- j) in ogni caso deve essere assicurata dai pediatri del gruppo l'assistenza nella sede unica per almeno cinque ore giornaliere, distribuite nel mattino e nel pomeriggio. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi deve essere assicurata, da almeno uno dei pediatri del gruppo, la ricezione delle richieste di visite, anche mediante l'uso di idonei strumenti di ricezione, dalle ore 8 alle ore 10.00;
- k) a ciascun medico del gruppo vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;
- l) non possono effettuarsi variazioni di scelte all'interno del gruppo senza l'autorizzazione del medico scelto dall'assistito, salvaguardando in ogni caso la possibilità del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;
- m) all'interno del gruppo può adottarsi il criterio della rotazione interna per sostituzioni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, allo scopo di

- favorire una costante elevazione della professionalità, purché dette sostituzioni non comportino disservizio nell'erogazione dell'assistenza;
- n) la suddivisione delle spese di gestione dell'ambulatorio viene liberamente concordata tra i componenti del gruppo;
  - o) devono essere previste riunioni periodiche fra i pediatri costituenti la forma associativa, per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;
  - p) la Regione incentiva economicamente la offerta di prestazioni ambulatoriali per ogni ora eccedente lo standard minimo di apertura giornaliera:  
standard minimo : 5 ore per 2 pediatri  
standard minimo : 6 ore per 3 pediatri  
standard minimo : 7 ore per 4 o piu' pediatri.
  - q) l'indennità di collaboratore di studio è prevista per tutti i componenti del gruppo; l'indennità riconosciuta al singolo pediatra non può superare il compenso effettivamente liquidato dallo stesso al collaboratore di studio.
  - r) l'indennità informatica è riconosciuta a tutti i componenti del gruppo;
  - s) il gruppo può, per decisione unanime dei suoi componenti, rescindere il contratto in qualsiasi momento. Uno o più membri possono rescindere il contratto; in ognuno delle due ipotesi è richiesto un preavviso all'ASL di almeno due mesi.
  - t) eventuali controversie sono sottoposte all'esame del Comitato Consultivo ex art. 11.

A decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo la percentuale massima dei pediatri aventi diritto alla indennità viene incrementata al 15% mentre il compenso forfetario annuo sarà corrisposto nella misura di € 4.65 per assistito in carico.

A partire dalla data di pubblicazione del presente Accordo, per le modalità di presentazione della domanda e per la relativa graduatoria vale quanto espresso per la Pediatria in Associazione.

Per ogni ora di prestazione ambulatoriale con presenza di un pediatra, eccedente lo standard minimo sopra individuato e con il tetto massimo di otto ore sia per la pediatria di gruppo che per quella in associazione è riconosciuta un'indennità forfetaria annua di euro 1,03 per assistito in carico.

### 1.1.1 c) PEDIATRIA IN RETE

1. La pediatria in rete si caratterizza quale modulo, complementare agli altri istituti (informatizzazione, associazionismo, gruppo), atto a migliorare le capacità professionali del pediatra di libera scelta e le esigenze programmatiche regionali ed aziendali, mediante :

- un **livello superiore di comunicazione di dati e di informazioni sanitarie** tra pediatri e/o tra questi ultimi e le strutture distrettuali e/o aziendali e/o regionali e/o ospedaliere pubbliche e accreditate;
- la realizzazione di momenti di **revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva** interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;
- **il miglioramento della assistenza** attraverso la conoscenza dei dati del paziente, grazie ad una cartella informatizzata a cui ogni pediatra può accedere quando presta la sua opera.

2. Fatto salvo quanto previsto nel successivo art. 2.1.1, le Aziende riconoscono uno specifico compenso aggiuntivo a quota capitarla annua per assistito in carico, frazionato in dodicesimi, secondo quanto previsto dal successivo comma 3, ai pediatri di libera scelta aderenti a tale programma di sviluppo informatico a fronte delle prestazioni di cui ai successivi commi;

3. Le attività e le prestazioni informatiche identificate quali sicuramente di interesse riguardano la fornitura di reports prescrittivi globali aggregati per problema, demografici (dati organizzati per fasce di età), statistico-epidemiologici (dati di prevalenza suddivisi per fasce di età delle patologie di maggiore impatto sociosanitario). Il pediatra di libera scelta è tenuto a comunicare alla ASL un recapito e-mail e ad impegnarsi al controllo quotidiano dei messaggi pervenuti. Le AA.SS.LL. cureranno la tenuta di un elenco generale delle caselle di posta elettronica dei pediatri di libera scelta.

In particolare lo specifico compenso di cui al comma 2 riguarda una quota capitarla annua per assistito, frazionata in dodicesimi, pari a € 3,50 per la fornitura dei dati alla ASL, su supporto informatico compatibile con i sistemi informatici aziendali.

4. E' demandata alla contrattazione aziendale l'attivazione della fornitura alle Aziende di servizi relativi alla implementazione della Cartella Clinica on line, con disponibilità dei dati sanitari degli assistiti, attraverso la consultazione di Banche Dati di sistemi informativi integrati in rete, con conseguente integrazione tecnologica dei percorsi assistenziali, nell'assoluto rispetto delle norme sulla tutela della Privacy.

5. Per la disponibilità alla partecipazione al progetto regionale del CUP, ai pediatri di libera scelta che adotteranno le procedure di teleprenotazione sarà corrisposta una quota capitarla annua, frazionata in dodicesimi, da stabilirsi al momento in cui sarà data attuazione al progetto regionale del CUP, tramite riunione del tavolo di contrattazione costituito dal Coordinatore dell'Assistenza Sanitaria, dal Direttore dell'ARSAN e dai responsabili regionali delle OO.SS. firmatarie dell'AIR; le modalità applicative saranno soggette a contrattazione aziendale.
6. Il diritto al compenso, di cui al comma 3 del presente articolo, decorre dal momento dell'invio dei reports (che deve avvenire entro il giorno 10 del mese successivo).
7. E' fatto obbligo per le AA.SS.LL. procedere alla verifica ed alla successiva corresponsione dei compensi.

I pediatri di libera scelta saranno individuati dalla Regione entro una percentuale massima del 50%. Qualora si ecceda la suddetta percentuale, sarà rispettata una graduatoria regionale, stilata dal Comitato ex art. 12, che segua le modalità previste dall'articolato dell'indennità informatica

Si precisa che tutti i compensi previsti dall'articolato sono corrisposti mensilmente entro la fine del mese successivo a quello di competenza.  
Si concorda che, per tutti i compensi previsti dal presente accordo, la Regione Campania stanzi gli opportuni finanziamenti, ripartiti per Azienda, a destinazione vincolata.

## **1.1.2 Maggiore capillarizzazione della pediatria di famiglia con copertura delle zone disagiate e delle zone carenti straordinarie**

### **1.1.2 a) ZONE DISAGIATE**

La capillarizzazione della Pediatria di famiglia sull'intero territorio regionale deve tener conto delle oggettive difficoltà in cui viene ad operare il pediatra che assista bambini in **situazioni orografiche o ambientali** particolari.

Il DPR 272/00 ha voluto considerare la possibilità di incentivare economicamente tali pediatri; il presente Accordo aggiunge, tra i criteri di individuazione, quello legato al particolare **disagio e/o rischio sociale**, proprio di alcuni paesi o quartieri cittadini.

Sono considerate, quindi, zone disagiate:

- gli ambiti territoriali ubicati in piccole isole;
- gli ambiti comprendenti tre o più comuni e a popolazione sparsa;
- gli ambiti in cui due o più comuni che facciano parte di comunità montana e siano a popolazione sparsa;
- gli ambiti con particolari situazioni orografiche segnalate dalle AA.SS.LL di appartenenza;
- zone carenti non coperte dopo 2 pubblicazioni sul BURC;
- gli ambiti o le zone o i distretti territoriali con particolare **disagio e rischio sociale** (secondo criteri che saranno stabiliti dal Comitato ex art. 12 su lla base esclusiva di dati ufficiali forniti dalle Prefetture).

La Regione identifica, in accordo con il Comitato ex art.12, su indicazione delle singole ASL o dei membri dei Comitati ex art.11, tali zone come “disagiate” e remunera i pediatri ivi operanti, nella misura massima del 15 % di tutti i pediatri regionali convenzionati, secondo le modalità di cui all’art 41, comma 3 del DPR 272/00.

Inoltre, a livello locale potranno essere previste, da parte delle Aziende, in accordo con il Comitato aziendale ex art. 11, preferibilmente all’atto della pubblicazione, ulteriori forme di incentivazione, quali messa a disposizione gratuita di locali ad uso ambulatorio, utilizzazione del pediatra per attività territoriali programmate o vaccinazioni raccomandate.

### **1.1.2 b) ZONE CARENTI STRAORDINARIE**

Per garantire il diritto all'assistenza pediatrica, fermo restando quanto stabilito dal comma 7 dell'articolo 17 dell'ACN n° 272/2000 per il calcolo del rapporto ottimale, qualora in un ambito si verifichi la impossibilità a scegliere un pediatra, poiché i pediatri inseriti hanno raggiunto il massimale delle scelte e non esiste un numero sufficiente di bambini di età 0-6 anni, che permetta di indire una zona carente ordinaria, le scelte dei nuovi nati e dei bambini trasferiti da altre ASL possono essere attribuite ai pediatri già operanti nell'ambito o ambiti confinanti, i quali possono perciò aumentare il proprio massimale, secondo le modalità dell'art. 24, comma 7, dell'ACN (scelte in deroga). Tale deroga è tacitamente rinnovata fino a quando la zona non sia da definirsi carente.

Se tale rimedio non è attuabile per l'indisponibilità dei pediatri di cui sopra, l'Azienda può indire una "zona carente straordinaria" col parere vincolante del Comitato Aziendale ex art 11, con l'indicazione della sede di ubicazione dello studio medico, onde favorire la capillarizzazione della pediatria sul territorio, ove essa è effettivamente carente.

Le Aziende dovranno comunque tener conto, nel determinare tali zone carenti straordinarie, degli indici di natalità, del numero dei pediatri inseriti e delle sedi ove essi sono già operanti.

La pubblicazione di tali zone carenti straordinarie può avvenire anche in deroga alle scadenze di marzo e settembre previste dall'ACN.

## **CAPO 2:**

### **2.1 Miglioramento dell'informatizzazione, in modo da garantire un efficiente flusso territorio – ASL – Regione**

#### **2.1.1 INFORMATIZZAZIONE DEGLI STUDI PEDIATRICI**

L'informatizzazione degli studi dei pediatri di famiglia risponde ad una sempre maggiore esigenza di raccogliere e condividere dati clinici ed epidemiologici di vitale importanza per il miglioramento dell'assistenza e la razionalizzazione delle spese.

E' indispensabile, quindi, che l'informatizzazione punti alla maggiore diffusione possibile, soprattutto laddove si siano realizzati progetti associativi tra pediatri di famiglia. Pertanto ai pediatri di famiglia che assicurano nel proprio studio, mediante apparecchiature e programmi informatici, la gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa di almeno il 70% delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche è corrisposta un'indennità forfetaria mensile di euro 103,29.

L'identificazione dei pediatri è effettuata entro la percentuale del 50% dei pediatri convenzionati in regione, in base ad una graduatoria stilata dal Comitato ex art. 12. In tale percentuale sono già compresi i pediatri che usufruiscono di tale indennità e che sono dispensati dal presentare una nuova domanda.

La Regione incentiva inoltre la compilazione e l'invio per via informatica dei Bilanci di Salute con modalità previste nel relativo capitolo Progetto Salute Infanzia.

Le domande saranno inoltrate contestualmente all'ASL di appartenenza ed alla Regione Campania - Settore Assistenza Sanitaria, Servizio Materno-Infantile, Assessorato alla Sanità, torre C 3, Centro Direzionale. Entro 15 giorni dalla data del protocollo di arrivo la Regione Campania dovrà valutare l'ammissione al beneficio economico.

Dal momento della risposta da parte della Regione Campania o, in sua assenza, decorsi i 15 giorni, il pediatra potrà iniziare la propria attività, previa comunicazione all'ASL ed alla Regione Campania. I benefici economici decorreranno dalla data del protocollo regionale.

Si precisa che saranno ritenute valide le domande presentate prima della pubblicazione del presente accordo regionale e quelle presentate dopo, sino alla concorrenza delle percentuali di cui sopra. Qualora le domande pervenute superassero la percentuale massima consentita, si provvederà, a cura del Comitato ex art. 12, a stilare una graduatoria che terrà conto della data di invio alla Regione Campania. In caso di pari data verranno presi in considerazione, nell'ordine, i seguenti requisiti :

- a) anzianità di specializzazione;
- b) maggior numero di assistiti in carico;

## 2.2 Miglioramento del rapporto costo/efficacia della pediatria di famiglia regionale

### • 2.2.1 Miglioramento degli standards qualitativi dello studio medico

#### 2.2.1 a) COLLABORAZIONE DI STUDIO

Ai pediatri di famiglia individuati dalla Regione, secondo le stesse modalità dell'articolo precedente, entro la percentuale massima del 30 %, è corrisposta un'indennità annua per assistito in carico, frazionata mensilmente, pari a euro 5.500. Entro tale percentuale sono compresi i pediatri che già usufruiscono di tale indennità. Qualora le domande pervenute superassero la percentuale massima consentita, si provvederà, a cura del Comitato ex art. 12, a stilare una graduatoria che terrà conto della data di invio alla Regione Campania. In caso di pari data verranno presi in considerazione, nell'ordine, i seguenti requisiti :

- a) anzianità di specializzazione;
- b) maggior numero di assistiti in carico;

#### 2.2.1 b) SELF-HELP DIAGNOSTICO

La diagnostica di self-help rappresenta un aspetto fondamentale nell'attività del pediatra di famiglia ai fini di una maggiore efficienza, efficacia e razionalità assistenziale.

Essa presenta, infatti, aspetti qualificanti di grande valore:

- 1) **ridurre le liste di attesa;**
- 1) migliorare la capacità di **selezione** dei casi da inviare al livello successivo;
- 2) **semplificare** a vantaggio degli utenti **i percorsi assistenziali;**
- 3) offrire al pediatra di famiglia la possibilità di effettuare **diagnosi precoci con terapie mirate.**

Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai pediatri sono quelle elencate nel nomenclatore tariffario di cui all'allegato B del DPR 272/2000.

In riferimento alle prestazioni eseguibili con autorizzazione sanitaria (Screening dell'ambliopia ed individuazione delle ipoacusie mediante Boel Test o altro idoneo test), le parti concordano che esse sono di fondamentale importanza per la prevenzione primaria, con un rapporto costo-benefici nettamente favorevole per il S.S.N.

Il pediatra di famiglia, per il fatto di aver seguito il bambino sin dalla nascita, è da

considerare l'operatore sanitario più idoneo ad eseguire tali screening e a valutarne l'esito. Per tal motivo e per evitare la difformità di comportamento delle varie ASL e/o dei vari distretti, e solo in caso di mancata esecuzione dello screening uditivo presso i punti nascita, l'autorizzazione è da intendersi obbligatoria, una volta accertata l'adeguata strumentazione in possesso del pediatra. Si precisa, inoltre, che il Boel test deve essere eseguito in ambiente tranquillo, non obbligatoriamente insonorizzato.

Per le prestazioni di tipo diagnostico-terapeutiche di cui alla lettera C dell'allegato B si concorda il seguente tariffario:

1. Striscio ematico periferico:	euro 8,00
2. Emoagglutinine a frigore:	euro 5,00
3. Multistix urine:	euro 2,00
4. Conta leucocitaria:	euro 5,00
5. PCR :	euro 5,00
6. MicroVES:	euro 2,50
7. Ricerca Strept. Beta em.:	euro 13,00
8. Prelievo di sangue capillare:	euro 2,50
9. Prelievo di sangue venoso:	euro 2,50
10. Prelievo microbiologico:	euro 2,50
11. Prick test (min. 6 allergeni):	euro 30,00
12. Otoscopia pneumatica:	euro 5,00
13. Impedenziometria:	euro 10,00
14. Audiometria tonale:	euro 10,00
15. Spirometria:	euro 25,00
16. Scoliommetria:	euro 5,00
17. Podoscopia :	euro 9,00
18. Prick by prick con latte vaccino :	euro 8,00
19. Vaccinazione :	euro 15,00

Il possesso dei presidi e delle attrezzature tecniche necessarie alla realizzazione delle prestazioni di cui sopra, possono essere verificate in qualsiasi momento da parte dell'Azienda di appartenenza.

Gli emolumenti riferiti alle prestazioni aggiuntive non possono superare mensilmente il 14% dei compensi corrisposti nello stesso mese al medico. Non concorrono al raggiungimento di tale percentuale le prestazioni effettuate nell'ambito di specifici protocolli assistenziali concordati (comma 5 dell'All. B del DPR 272/00)

## 2.2.2 Condivisione di percorsi formativi e protocolli diagnostico-terapeutici

### 2.2.2 a) PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ

Nell'ambito delle attività territoriali, pertinenti la pediatria di famiglia, si conviene di dare particolare risalto:

1. all'attività di **formazione, informazione e revisione fra pari** dei pediatri (con modalità specifiche previste dall'articolato sulla formazione);
2. alla **produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostici ed assistenziali**, che siano usati non come mero controllo della spesa sanitaria, ma soprattutto per stabilire un comune iter formativo e di consenso;
3. alla **fornitura di reports prescrittivi** globali aggregati per problema, demografici (dati organizzati per fasce di età), statistico-epidemiologici.; è demandata alla trattativa aziendale l'attivazione di progetti relativi a tale fornitura e la loro quantificazione economica.
4. **partecipazione a progetti-obiettivo** nazionali, regionali ed aziendali, precedentemente concordati con la rappresentatività sindacale o proposti da quest'ultima;
5. quanto altro previsto dall'articolato dell'ACN in merito.

### 2.2.2 b) FORMAZIONE CONTINUA

1. La formazione è un diritto-dovere di tutti i medici ed ha il fine di migliorare le capacità culturali, applicative e relazionali adeguandole al progresso delle conoscenze, diffondere omogenei comportamenti clinici, ottimizzare i costi e mantenere la motivazione alla professione. In questo contesto essa mira altresì a promuovere la realizzazione di bisogni di conoscenza ed operatività, rilevati dall'operatore in rapporto alla sua esperienza diretta con i pazienti ed ai suoi orientamenti culturali e specialistici. Essa comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente (FP), come definite dall'art.16-bis, commi 1 e 2 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni.
2. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione in pediatria, diretta ad adeguare, per tutto l'arco della vita professionale, le conoscenze professionali.
3. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze ed abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e

tecnologico, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

4. La Regione, in accordo con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, coordina, programma ed organizza iniziative formative dirette ai pediatri di famiglia, sulla base degli obiettivi formativi di interesse nazionale individuati dalla "Commissione Nazionale per la Formazione Continua" e degli obiettivi formativi di specifico interesse regionale, tenendo conto del soddisfacimento di bisogni formativi espressi dai pediatri di famiglia; inoltre partecipa all'elaborazione di obiettivi formativi nazionali.
5. Le Aziende attuano ed organizzano attività formative, in collaborazione con la Regione e i pediatri di famiglia, in base alla rilevazione di bisogni formativi degli stessi e mediante modalità di apprendimento attivo.
6. Al pediatra di libera scelta sono assegnati crediti formativi secondo i criteri stabiliti dalla "Commissione Nazionale per la Formazione Continua" e dalle norme vigenti, crediti acquisiti nel corso dell'attività formativa complessiva, in parte auto-gestita dai Pediatri di famiglia e in parte gestita direttamente dalla Regione e dalle Aziende Sanitarie.
7. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 1, del suddetto decreto legislativo, la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere l'attività di pediatra di famiglia.
8. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 2, del suddetto decreto legislativo, la Regione è tenuta ad attivare le previste attività formative. Quando queste siano attivate, al pediatra di famiglia che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale non possono essere assegnate nuove scelte fino al conseguimento di detto minimo formativo.
9. Entro 60 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, l'Assessorato istituisce l'Osservatorio Regionale per la Formazione Continua.
10. L' Osservatorio Regionale per la Formazione Continua, presieduto dall'Assessore Regionale o da un suo delegato è composto da:
  - a) il Presidente dell'Ordine dei Medici della provincia capoluogo di regione, o suo delegato;
  - b) due funzionari regionali designati dell'Assessore Regionale alla Sanità;

- c) tre pediatri di libera scelta identificati dal Sindacato più rappresentativo a livello regionale;

Ai componenti titolari di parte medica presenti nell'Osservatorio è corrisposto un rimborso forfetario omnicomprensivo di euro 50.00 per seduta con limitazione massima a due sedute al mese. I compensi di cui sopra saranno corrisposti dall'Azienda Sanitaria di appartenenza del singolo componente.

11. L'Osservatorio Regionale per la Formazione Continua definisce i temi della formazione recependo le indicazioni della Commissione Nazionale per la Formazione Continua, della Regione e delle Aziende, in accordo ai comitati ex art. 11, sia in relazione ai bisogni organizzativi del servizio che ai bisogni professionali dei pediatri di famiglia.
12. La Regione Campania, inoltre, su indicazione dello stesso, organizza Corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di competenze, di un curriculum formativo specifico, di esperienze personali. Gli aspiranti sono da individuarsi tra i medici inseriti negli elenchi della pediatria di famiglia, previa selezione da parte dell'Osservatorio.
13. In prima applicazione, nella stesura dell'Albo Regionale degli Animatori di Formazione, verrà data priorità ai Pediatri di famiglia già in possesso del titolo rilasciato da organizzazioni sindacali o culturali di rilievo regionale.
14. Il numero degli iscrivibili ai corsi è stabilito annualmente dall'Assessore Regionale alla Sanità congiuntamente all'Osservatorio. Possono essere iscritti al Corso per animatori i pediatri convenzionati iscritti negli elenchi della Campania che ne facciano domanda.
15. Con la firma del presente Accordo, in applicazione del comma 14 dell'art. 8 dell'ACN, è istituito l'Albo Regionale degli animatori di formazione degli specialisti pediatri di famiglia, affidato all'Osservatorio
16. La selezione dovrà essere ispirata ai seguenti criteri:
  - I. almeno cinque anni di anzianità di esercizio della pediatria convenzionata;
  - II. numero di scelte in carico uguali o superiori a seicento;
  - III. curriculum formativo e scientifico;
  - IV. equa distribuzione degli animatori sul territorio Regionale, sì da garantire all'interno di ciascuna Azienda la presenza di un

animatore ogni 15 pediatri convenzionati o frazione superiore a 7. Comunque deve essere garantita la presenza di almeno due animatori per ogni ASL.

17. L'attività degli animatori di formazione è coordinata dal Comitato Aziendale per la Formazione Continua (CAFC). Esso è costituito da:

- 1 pediatra convenzionato con la A.U.S.L. designato dal Comitato Consultivo Regionale;
- 2 pediatri convenzionati con la A.U.S.L. designati dal Comitato Consultivo Aziendale;
- 2 dirigenti designati dal Direttore Generale della A.U.S.L.

18. Compiti dell'animatore sono:

- a) rilevazione dei bisogni formativi dei pediatri di libera scelta;
- b) analisi della bibliografia esistente sugli argomenti oggetto di formazione relativamente alla pratica nella pediatria;
- c) strutturazione didattica di una o più sessioni di formazione sugli argomenti prescelti secondo modalità coerenti;
- d) selezione di obiettivi didattici dichiarati ed idonei al contesto della formazione stessa (didattica attiva, tutoriale, integrata ecc.);
- e) identificazione dei relatori e dei moderatori sulla base di specifiche esperienze culturali e/o professionali;
- f) rapporto con gli eventuali consulenti designati dal CAFC o suggeriti dall'animatore stesso al CAFC, al fine di integrare efficacemente i contributi specialistici con la realtà operativa della pediatria di famiglia;
- g) conduzione delle sessioni in modo da favorire la partecipazione e l'interesse dei pediatri partecipanti;
- h) valutazione della qualità dei corsi;
- i) valutazione formativa dell'incontro.

19. I temi sono scelti tenendo conto:

- a) delle indicazioni della CNFC;

- b) dei bisogni professionali dei pediatri;
- c) dei bisogni organizzativi del servizio, a livello regionale ed aziendale;
- d) dei bisogni emergenti nell'attuazione degli Accordi Regionali.

20. Le aziende sono tenute alla organizzazione delle attività formative necessarie al conseguimento di almeno il numero minimo dei crediti formativi previsti dalle disposizioni di legge, secondo modalità determinate autonomamente dal Comitato Aziendale ex articolo 11; al medico partecipante vengono corrisposti i normali compensi, ai sensi dell'art. 8, comma 12 del DPR 272/2000. Nel caso l'azienda sia inadempiente, il pediatra di famiglia provvederà autonomamente al conseguimento di detti crediti formativi minimi. In tal caso l'azienda sarà tenuta a farsi carico degli oneri per la sostituzione ed eventuali costi di iscrizione al corso.
21. Ai sensi dell'articolo 8, comma 17 del DPR 272/2000, i corsi sono a carico del S.S.N. In ogni ASL della Regione l'ammontare dei finanziamenti per l'aggiornamento professionale e la formazione permanente deve prevedere una cifra annua pari all'1% del monte salari della Pediatria di famiglia, così come previsto per il personale dipendente, per il quale si fa riferimento alla Circolare del Ministero della Funzione Pubblica n. 14 del 24/4/95
22. Per l'assolvimento dei compiti previsti al comma 16, al pediatra animatore di formazione è corrisposto un compenso orario forfetario e onnicomprensivo di Euro 40
23. Nelle more della realizzazione della formazione degli Animatori, i fondi vengono comunque assegnati alle Aziende che realizzano l'attività di formazione mediante il Comitato ex art. 11, al quale farà carico la programmazione, la realizzazione e la verifica dell'attività formativa.

- **2.2.2 c) Deospedalizzazione (Vedi Protocollo)**

### **CAPO 3:**

#### **3.1 Prevenzione degli handicaps fisici e psichici, delle malattie croniche ed infettive**

- **3.1.1 Progetto salute-infanzia**

Il progetto salute infanzia ha lo scopo di promuovere il benessere psicofisico e sociale del bambino dalla nascita alla fine dell'età evolutiva. Tale progetto inizia con la presa in carico del nuovo nato da parte del pediatra di famiglia, da attuarsi contestualmente alla registrazione dell'atto di nascita, ed accompagna la sua crescita monitorandone lo sviluppo psico-fisico-relazionale nel contesto della sua famiglia e del suo inserimento sociale.

Il progetto salute infanzia è articolato nei seguenti punti :

- visite filtro (bilanci di salute);
- interventi di educazione sanitaria nei confronti dei propri assistiti (anche mediante progetti obiettivo finalizzati);
- esecuzione di screenings (Boel-test, Test ambliopia,DSM IV,.....);
- interventi di profilassi e di monitoraggio delle malattie infettive
- ulteriori interventi specifici (progetti-obiettivo) regionali e/o aziendali.

L'esperienza effettuata con l'istituto dei bilanci di salute ha suggerito di proseguire i controlli sino all'età dell' adolescenza con l'inserimento di ulteriori visite finalizzate al controllo dello sviluppo puberale, scheletrico, dentale, nutrizionale, psico-comportamentale, in collaborazione con le attività aziendali degli Spazi per Adolescenti delle UOMI.

Con l'attivazione del progetto salute infanzia sono prevedibili importanti traguardi come l'incremento dell'allattamento materno, il miglior controllo degli incidenti domestici, l'instaurazione di un consolidato rapporto di fiducia con la famiglia, campagne educative sull'importanza delle attività motorie, sulle abitudini alimentari e,in collaborazione con le UOMI-Spazio Adolescenti delle Aziende, sulle problematiche del fumo, dell'alcool e delle droghe.

Il Progetto Salute Infanzia, inoltre, rappresenta un valido supporto al programma vaccinale, soprattutto in previsione della caduta dell'obbligatorietà, ed un notevole contributo alla osservazione ed al monitoraggio delle malattie infettive.

Il progetto salute infanzia è costituito dagli otto bilanci di salute già inseriti e codificati nel Libretto Pediatrico Regionale, da ulteriori due bilanci di salute da effettuarsi in periodo preadolescenziale ed adolescenziale (come da allegati), da un Bilancio di Salute annuale per i Bambini affetti da patologie croniche (come da

allegati)

Sono tali e tanti i cambiamenti somatici e psicosociali che accompagnano la metamorfosi adolescenziale che diviene indispensabile una figura professionale in grado di riconoscere precocemente le deviazioni e le modificazioni che si possono verificare per cause endogene o più spesso per cause esogene in questo periodo.

Il pediatra di famiglia, tramite i bilanci di salute effettuati in tale epoca, rappresenta il professionista più idoneo ad espletare tale compito e nello stesso tempo ad intercettare eventuali problematiche di disagio socio-familiare e a coordinare gli interventi di altre figure professionali.

Al fine di garantire l'opportunità di usufruire del "Progetto salute infanzia" a tutti gli assistiti ed in particolare a quelli appartenenti alle fasce sociali svantaggiate, le famiglie saranno adeguatamente informate, a cura delle Aziende, sui tempi di esecuzione del progetto e sollecitate al puntuale rispetto delle scadenze previste.

## **LIBRETTO PEDIATRICO REGIONALE**

La Regione Campania istituisce, per tutti i bambini nati a partire dall'1-1-1999, il Libretto Pediatrico Regionale. Tale Libretto, stampato a cura dell'Assessorato alla Sanità, verrà consegnato dai Centri Nascita all'atto della dimissione, debitamente compilato nella parte anagrafica ed anamnestica neonatale.

Sarà cura del PLS annotare le visite intercorrenti, gli eventuali ricoveri ospedalieri, le visite specialistiche e, nel caso, le eventuali vaccinazioni dal PLS eseguite.

Si conviene che per l'aggiornamento del libretto regionale al PLS spetta la somma di euro 3.20/anno per ciascun Libretto aggiornato.

La liquidazione avverrà previo presentazione di notula all'ASL, secondo modalità concordate a livello Aziendale. L'Azienda potrà, in qualsiasi momento, effettuare verifiche sul corretto aggiornamento dei Libretti Regionali da parte di ogni singolo pediatra.

## CALENDARIO

<b>EPOCA DEL BILANCIO</b>	<b>RANGE DI ESECUZIONE</b>
1) 15-30 giorni di vita	Dalla nascita a 45 giorni
2) 2-3 mesi	Dal 45° al 105° giorno di vita
3) 5-6 mesi	Da 4 mesi e 15 giorni a 6 mesi e 15 giorni
4) 10-12 mesi	Da 9 mesi e 15 giorni a 12 mesi e 15 giorni
5) 15-18 mesi	Dal compimento dei 15 mesi a quello dei 19 mesi
6) 24-36 mesi	Dal compimento dei 24 mesi a quello dei 36 mesi
7) 4-5 anni	Dal compimento del 4° anno a quello del 5°
8) 5-6 anni	Dal compimento del 5° anno a quello del 6°
9) 8-10 anni	Dal compimento dell' 8° anno a quello del 10°
10) 13-14 anni	Dal compimento del 13° anno a quello del 14°

## 9° Bilancio di salute tra 8 e 10 anni

Cognome e nome .....

Comune di residenza .....

Data di nascita ..... Data di compilazione .....

### Valutazione auxologica e clinica

Peso Kg ..... Percentile.....

Altezza cm ..... Percentile.....

Pressione Arteriosa ..... Frequenza cardiaca .....

Soffi cardiaci SI  NO

Telarca stadio 1  2  3  4  5

Pubarca stadio 1  2  3  4  5

Esame obiettivo: Nella Norma SI  NO

Elementi da rilevare .....

.....

Scoliosi SI  NO

Carie SI  NO

Malocclusione dentaria SI  NO

Enuresi notturna SI  NO

Alvo regolare SI  NO

Fluoro SI  NO

### Sviluppo psicomotorio e relazionale

Adeguito all'età SI  NO

Se NO specificare .....

Difficoltà scolastiche SI  NO

Se SI specificare .....

### Educazione alla salute

Stimolo alla attività sportiva SI  NO

Consigli su trasporto in auto SI  NO

Prevenzione ustioni e avvelenamenti SI  NO

Uso del casco per la bici SI  NO

Prevenzione incidenti elettrici SI  NO

Consigli su una sana alimentazione SI  NO

Indicazioni su programmi TV da evitare SI  NO

Consigli per evitare adescamenti SI  NO

Consigli su igiene dentale SI  NO

Ricoveri Ospedalieri dall'ultimo bilancio ad oggi SI  NO

Se Si, data e motivo .....

## 10° Bilancio di salute tra 13 e 14 anni

Cognome e nome .....  
Comune di residenza.....  
Data di nascita ..... Data di compilazione .....

### Valutazione auxologica e clinica

Peso Kg ..... Percentile.....  
Altezza cm ..... Percentile.....  
Pressione Arteriosa ..... Frequenza cardiaca .....  
Soffi cardiaci SI  NO   
Telarca stadio 1  2  3  4  5   
Pubarca stadio 1  2  3  4  5   
Testicoli .....cc  
Esame obiettivo: Nella Norma SI  NO   
Elementi da rilevare .....

.....  
Scoliosi SI  NO   
Asimmetria arti inf. SI  NO   
Carie SI  NO   
Alvo regolare SI  NO

### Vaccinazioni

Richiamo Td SI  NO   
Antiepatite B per i non vaccinati SI  NO

### Sviluppo psicomotorio e relazionale

Adeguato all'età SI  NO   
Se NO specificare .....  
Difficoltà scolastiche SI  NO   
Se SI specificare .....

### Educazione alla salute

Stimolo alla attività sportiva SI  NO   
Consigli su trasporto in auto SI  NO   
Ginocchiere, parapolsi e paragomiti (sport) SI  NO   
Uso del casco per la bici e motociclo SI  NO   
Prevenzione annegamento (pericolo tuffi) SI  NO   
Prevenzione incidenti elettrici SI  NO   
Consigli su una sana alimentazione SI  NO   
Prevenzione fumo, droga e alcool SI  NO   
Indicazioni su programmi TV da evitare SI  NO   
Consigli sul tempo da dedicare ai videogiochi SI  NO   
Consigli per evitare adescamenti SI  NO   
Consigli su igiene dentale SI  NO   
Consigli riguardanti la sessualità SI  NO   
Ricoveri Ospedalieri dall'ultimo bilancio ad oggi SI  NO   
Se Si, data e motivo .....

## **PROGETTO SALUTE INFANZIA TRATTAMENTO ECONOMICO**

Ai sensi dell'ACN 272/2000, di cui all'allegato L, al pediatra per ciascuno dei primi 9 bilanci di salute spetta un compenso lordo di Euro 13,00. Il 10° bilancio verrà retribuito nella misura di Euro 7.00. Qualora tali bilanci siano forniti all'Azienda tramite mezzo informatico, il compenso sarà incrementato di euro 1,50 per bilancio. Sarà cura della Regione fornire ai pediatri di libera scelta il programma informatizzato atto al bisogno; resta inteso che coloro che percepiscono l'indennità informatica sono obbligati a fornire i bilanci su supporto informatico una volta in possesso del programma unico regionale, per accedere a tale compenso.

In relazione al Bilancio da effettuarsi all'età di 24 – 36 mesi, si precisa che, in tale occasione, per i bambini che al compimento del 2° anno non avessero ancora ricevuto la vaccinazione per Parotite, Morbillo e Rosolia, questa può essere effettuata dal Pediatra di Famiglia. In tal caso il vaccino sarà fornito gratuitamente dall'ASL ed il Bilancio sarà retribuito con euro 25,00.

Tali compensi saranno liquidati mensilmente entro il mese successivo a quello di invio.

### **3.1.1 b) VACCINAZIONI (vedi allegato 1)**

## CAPO 4:

### 4.1 Assistenza domiciliare ed ambulatoriale al bambino con patologia cronica e/o invalidante

#### PREMESSA

La Regione Campania individua nell'assistenza pediatrica sul territorio ai **bambini con malattia cronica (MC)** un momento altamente **qualificante** dell'attività della Pediatria di Famiglia. Individua infatti negli istituti dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), dell' Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e soprattutto nel nuovo istituto dell'Assistenza Ambulatoriale Programmata (AAP), così come definiti nell'art. 44 e nell'allegato E ed E bis, le potenzialità di soddisfare primari obiettivi del S.S.N. in Campania.

Recepisce e sottolinea quanto previsto al comma 1 dell'art. 1 dell'allegato E, relativo all'ADI e all'ADP. Ritiene tale punto assolutamente e completamente estensibile all'AAP, definita nell'allegato E bis.

Integra quanto già recepito con le seguenti affermazioni di concetto:

1. La cura del bambino con MC ha come obiettivo primario fare in modo che la malattia o la disabilità del bambino non diventi handicap. Ciò avviene solo se le strutture sanitarie e sociali sono in grado di fornire i supporti assistenziali adeguati.
2. Per la realizzazione di tale obiettivo, si individua come punto essenziale spostare l'assistenza, per quanto possibile, dall'ospedale al territorio o al domicilio dove vive il bambino con MC. Ciò nell'interesse superiore dell'utenza, ma anche come appropriato strumento per una più opportuna allocazione delle risorse sul territorio, che avrà significativi vantaggi di risparmio economico nel medio-lungo termine.
3. Si individuano nella capacità di "continuità, globalità e flessibilità" le tre caratteristiche metodologiche, che devono essere alla base di ogni intervento assistenziale ai bambini con MC. Bisogna, inoltre, tenere presente nel definire le strategie di intervento, che, per le sue peculiari caratteristiche, la MC del bambino può avere effetti devastanti o drammatici sull'intero nucleo familiare, che deve pertanto essere considerato parte integrante del progetto di cura al bambino con MC.
4. Si individua pertanto nella piena ed articolata applicazione aziendale e distrettuale degli istituti dell'ADI, ADP e AAP, così come normati dalla Convenzione Nazionale e Regionale, lo strumento prioritario per il raggiungimento dei succitati obiettivi.
5. Si sollecita le ASL a dare prioritaria importanza all'applicazione di tali istituti.

#### **4.1.1 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) ai bambini con patologia cronica**

1. Si fa riferimento a quanto previsto nell'allegato E relativo all'art. 44 dell'ACN, sia per quanto attiene agli aspetti procedurali che economici.

#### **4.1.2 Assistenza Ambulatoriale Programmata (AAP) ai bambini con patologia cronica**

1. Si fa riferimento a quanto previsto nell'allegato E bis relativo all'art. 44 dell'ACN, concordando, salvo diverse modalità individuabili per singola patologia dal Comitato art. 11, anche con le modalità organizzative citate nell'art. 3 dell'allegato E bis.
2. Al pediatra, oltre all'ordinario trattamento economico, è corrisposto un compenso omnicomprensivo, a quota variabile, di euro 13,00 , per ogni accesso ambulatoriale, per bambino con patologia cronica. Gli accessi retribuiti non possono superare il numero di 1 al mese (escluso il mese nel quale viene effettuato il Bilancio Annuale per bambini con problemi speciali), mentre per tutti gli altri accessi nel corso dello stesso mese nessuna retribuzione spetta al pediatra di famiglia.
3. La liquidazione deve avvenire entro il secondo mese successivo al termine del programma, che viene definito con durata massima annuale. La documentazione degli interventi eseguiti è presentata all'Azienda secondo le modalità e i tempi concordati a livello regionale.
4. I compensi di cui al comma 2 possono essere incrementati a seguito di specifici accordi aziendali che tengano conto del raggiungimento di predefiniti obiettivi relativi alle patologie di cui al presente allegato.

#### **4.1.4 BILANCIO DI SALUTE ANNUALE PER BAMBINI AFFETTI DA PATOLOGIA CRONICA**

E' un Bilancio di salute non contenuto nel Libretto Pediatrico Regionale.  
I moduli in triplice copia per ogni paziente saranno concordati tra PLS e Distretto Sanitario di appartenenza, distribuiti ogni anno ai PLS e compilati per ogni bambino affetto da una delle patologie sotto indicate, una volta l'anno.

Le patologie per cui è prevista la compilazione sono le seguenti :

- 1) Diabete
- 2) Fibrosi cistica ed errori congeniti del metabolismo
- 3) Celiachia
- 4) Paralisi cerebrale infantile
- 5) Sindrome di Down ed altre cromosomopatie
- 6) Neurovescica
- 7) Ritardo mentale
- 8) Artrite reumatoide
- 9) Insufficienza renale cronica
- 10) Sindromi da immunodeficienza
- 11) Emofilia
- 12) Malattie onco-ematologiche
- 13) Miopatie (distrofia muscolare ed altre miopatie croniche)
- 14) Malattie croniche invalidanti
- 15) Altre particolari patologie, autorizzate dal Distretto Sanitario di appartenenza per singolo caso.

Per ogni bilancio saranno corrisposti al Pediatra di Famiglia euro 25,83.  
Tale somma sarà invece di euro 51.66 per ogni bilancio nel caso il Pediatra, oltre ad inviare il modulo, parteciperà alla riunione annuale di discussione e programmazione del piano terapeutico – riabilitativo per il bambino in oggetto.

Le riunioni saranno preannunciate con sufficiente anticipo e saranno tenute nella sede dell'UOMI del Distretto o in altra sede da definire.

## **CAPO 5:**

### **5.1 Integrazione della parte normativa del DPR 272/00 in base alla specificità regionale**

#### **5.1.1 Diritti sindacali (ex art. 9 DPR 272/00)**

Ai pediatri convenzionati presenti nei comitati di cui al comma 1 art. 9 DPR 272/00 sono rimborsate le spese di sostituzione relativa alla partecipazione, secondo le modalità previste dal comma 7 dello stesso articolo, e le spese di viaggio, come dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione. Il compenso è liquidato dalla azienda di appartenenza del pediatra designato.

#### **5.1.2 Comitato d'Azienda (ex art. 11 DPR 272/00)**

In ogni ASL è costituito un Comitato aziendale permanente, composto da due o più rappresentanti dell'Azienda e da due o più pediatri delle organizzazioni sindacali più rappresentative. Nella prima seduta i componenti eleggono, a maggioranza, il Presidente; le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario dell'ASL. Ogni membro ha diritto ad un voto e può essere sostituito da rappresentanti-supplenti in caso di impedimento. Questi ultimi possono partecipare, a richiesta, ai lavori ordinari senza diritto al voto.

Alle sedute del comitato può partecipare il segretario provinciale del sindacato più rappresentativo come garante dell'applicazione uniforme dell'ACN e dell'accordo regionale nelle varie ASL, nonché il responsabile del servizio Materno-Infantile per le problematiche di specifica competenza.

Il Comitato è convocato ordinariamente ogni tre mesi ed ogni qualvolta una delle parti lo ritiene necessario, con un preavviso di almeno 15 giorni, indicando gli argomenti da porre all'ordine del giorno.

Le sedute sono valide se presenti i 2/3 dei membri.

Il comitato è preposto ai compiti di cui all'art 11 del DPR n° 272/2000 ed a quelli previsti dall'accordo regionale oltre che alla corretta interpretazione degli accordi nazionali, regionali ed aziendali sottoscritti.

Ai componenti presenti nel Comitato Aziendale è corrisposto un rimborso forfetario omnicomprensivo di Euro 50,00 per seduta, con un limite massimo a due sedute/mese. Tale compenso viene liquidato dall'Azienda di appartenenza.

### **5.1.3 Comitato Regionale (ex Art. 12 DPR 272/00)**

Il Comitato regionale permanente è nominato, con decreto assessorile, in maniera paritetica, da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali più rappresentative a livello regionale. Il Presidente è nominato tra i componenti di parte pubblica; le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario individuato nello stesso decreto. Ogni membro ha diritto ad un voto e può essere sostituito da rappresentanti-supplenti in caso di impedimento. Questi ultimi possono partecipare, a richiesta, ai lavori ordinari senza diritto al voto.

Il Presidente convoca il Comitato ogni 3 mesi ordinariamente ed ogni volta che una delle parti lo ritiene opportuno, con un preavviso di almeno 15 giorni, indicando gli argomenti all'ordine del giorno. Le sedute sono valide se presenti i 2/3 dei membri.

Il Comitato è preposto ai compiti previsti dall'ACN 272/2000 ed a quelli previsti dall'accordo regionale, oltre che alla corretta interpretazione degli accordi nazionali e regionali sottoscritti.

Ai Pediatri di famiglia presenti nel Comitato Regionale e nelle Commissioni previste dal presente Accordo è corrisposto un rimborso forfetario omnicomprensivo di euro 50,00 per seduta, con un limite massimo di due sedute/mese. Tale compenso viene liquidato dall'Azienda di appartenenza.

### **5.1.4 Esercizio del diritto di sciopero (ex Art. 15 DPR 272/00)**

Il diritto di sciopero è sancito dall'art. 15 del DPR 272/00. Per peculiari situazioni regionali possono intercorrere accordi specifici per il riconoscimento di compensi ai pediatri che, pur esercitando il diritto di sciopero, forniscono prestazioni indispensabili, quali le visite ambulatoriali o domiciliari urgenti e l'assistenza programmata ai disabili e malati terminali.

### **5.1.5 Copertura delle zone carenti di assistenza primaria (ex art. 18 DPR 272/00)**

L'attribuzione della zona carente avviene secondo le modalità previste dagli artt. 18 ed art. 23 comma 6 dell'ACN 272/00. Alla copertura delle zone carenti possono partecipare anche i pediatri già operanti nella stessa Azienda in cui nasce la carenza, secondo le stesse modalità di cui sopra.

### **5.1.6 Instaurazione del rapporto convenzionale (ex art. 19 DPR 272/00)**

- Integrazione al comma 2: si conviene che ai pediatri che instaurino il rapporto convenzionale di pediatri di libera scelta, fermo restando l'obbligo del

domicilio, non sia richiesto l'obbligo di trasferire la residenza nell'ambito assegnatogli, purché ciò non pregiudichi la normale funzionalità del servizio.

- Integrazione al comma 3: nel corso del rapporto convenzionale il medico può essere autorizzato dalla Azienda, previo parere favorevole del Comitato ex art. 11, a trasferire la propria residenza in altro comune rispetto a quello di iscrizione, purché tale trasferimento non comporti alcun disservizio nell'erogazione dell'assistenza.
- Integrazione al comma 10: nei casi di trasferimento dello studio medico nello stesso ambito di scelta, si applicano le procedure e le modalità del comma 5 dell'art. 19 e del comma 9 dell'art. 20 dell'ACN n° 272/2000. Se l'ambito è composto da più comuni è consentito il trasferimento, in accordo con il Comitato Aziendale ex art. 11, valutando l'eventuale presenza nel comune oggetto di ubicazione dello studio di altri pediatri già operanti e ci sia effettiva carenza di assistenza pediatrica.

Se l'ambito coincide con un solo comune, il Comitato Aziendale ex art. 11 indica la zona di ubicazione dello studio medico, allo scopo di garantire una migliore assistenza pediatrica.

L'apertura di un secondo studio potrà avvenire, previo parere del Comitato Aziendale, solo per motivati ed oggettivi bisogni assistenziali. Resta inteso che il pediatra deve garantire per il primo studio prioritariamente l'orario e le modalità di cui al comma 5 dell'art. 20 dell'ACN.

#### **5.1.7 Revoche d'ufficio (ex art. 26 DPR 272/00)**

In caso di trasferimento di residenza dell'assistito, in un'azienda diversa, l'azienda di provenienza è tenuta a comunicare al pediatra tale circostanza ed a provvedere alla revoca di ufficio. Lo stesso è previsto se il soggetto supera i limiti dell'età pediatrica (14 o 16 a richiesta).

Ai fini economici la decorrenza della cancellazione avviene dalla data di scelta del nuovo medico.

Nel caso del superamento dei limiti di età per l'assistenza pediatrica (14 anni o 16 anni a richiesta) la revoca è automatica.

Le ASL sono obbligate 60 giorni prima del raggiungimento del limite di età pediatrica a comunicarlo al medico ed agli assistiti per iscritto.

#### **5.1.8 Prescrizione presidi terapeutici**

Qualora l'Azienda non sia in grado di garantire, in modo efficace e con modalità non penalizzanti per l'assistito, l'erogazione ed il relativo frazionamento mensile

di presidi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio e se tale compito deve essere assunto dal PLS mediante prescrizioni periodiche, per ogni prescrizione è prevista la corresponsione di euro 15.49 (P.I.P.P. Aggiuntiva)

Per le prescrizioni di presidi per pazienti diabetici è previsto, indipendentemente dal numero di prescrizioni, il pagamento massimo seguente:

- una sola prestazione mensile per i presidi iniettivi (siringhe, aghi penna);
- una sola prestazione mensile per i presidi di automonitoraggio (strisce reattive, lancette, apparecchio pungidito).

#### **5.1.9 Precisazioni relative all' art.41 lettera A3 del DPR 272/00.**

Per queste quote capitarie annuali, frazionabili mensilmente, si precisa che esse sono dovute ai pediatri di famiglia per i compiti previsti dall'art. 29, comma 3, cioè per la sola disponibilità ad aderire alla sperimentazione della équipe territoriale o ai programmi di attività concordati con le OO.SS. più rappresentative a livello regionale. La mancata o ritardata attivazione della équipe territoriale e dei programmi di attività non è motivo per la mancata corresponsione di tali quote.

#### **Norma finale n. 1**

1. A tutti gli emolumenti ed indennità previste nel presente Accordo si applica quanto previsto ai commi 1, 2 e 3 dell'art. 42 del DPR 272/00 "Contributi previdenziali e per l'assicurazione di malattia"
2. Il presente Accordo è valido fino all'entrata in vigore del successivo Accordo Integrativo Regionale e purché non in contrasto con nuove normative nazionali
3. Per tutto quanto non contemplato nel presente Accordo è fatto riferimento al DPR 272/00

#### **Norma finale n. 2**

1. Iniziative di programmazione ed organizzazione e/o progetti obiettivo regionali o aziendali che incidano sull'attività della pediatria di libera scelta devono essere concertati con i sindacati più rappresentativi a livello regionale.

## VACCINAZIONI

### Premessa

Il presente accordo regionale riconosce al pediatra di libera scelta un ruolo importante nell'area della prevenzione primaria ed in particolare nell'immunoprofilassi attiva.

Gli affida il compito di medico vaccinatore laddove le Direzioni Generali aziendali, in accordo col com. art. 11, lo ritengano **necessario** (organizzazione del lavoro, carenza di personale nei centri vaccinali, zone disagiate, campagne vaccinali destinate alla sensibilizzazione, al reclutamento dei suscettibili e dall'aumento delle coperture, indagini e ricerche epidemiologiche, attivazione di reti informatiche per il monitoraggio e verifica dei dati epidemiologici).

### Obiettivi

- 1) **Sensibilizzare i genitori all'importanza della vaccinazione** intesa come prevenzione attiva, guidandoli nell'adozione della strategia vaccinale migliore per il proprio figlio. Garantire alla famiglia le informazioni e la scelta sulla sicurezza e l'efficacia dei vaccini.
- 2) **Contribuire al raggiungimento delle coperture vaccinali** utili al controllo epidemiologico delle malattie prevenibili con i vaccini.
- 3) **Collaborare attivamente al miglioramento della sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e delle reazioni avverse ai vaccini.**
- 4) **Contribuire all'adozione del calendario nazionale**

### Vaccinazioni da praticare e compiti

In sintesi, il pediatra libera scelta potrà praticare

- 1) le vaccinazioni obbligatorie ed alcune facoltative, previo accordo aziendale o distrettuale e nell'ambito della pianificazione aziendale.
- 2) **\*\*campagne vaccinali intensive** proposte da Regione o ASL per raggiungere rapidamente livelli di copertura accettabili e predefiniti;
- 3) la vaccinazione anti-influenzale per bambini da 6 mesi a 5 anni (categoria a rischio) e con patologia cronica, secondo un elenco predisposto per permettere il ritiro del vaccino al Distretto o direttamente all'Azienda sanitaria.
- 4) le vaccinazioni a singoli pazienti pediatrici, su richiesta del genitore, a fronte di notula e registrazione della dose effettuata fornita dal centro vaccinale del distretto.

#### I compiti del pediatra sono :

- ritiro del vaccino presso la sede aziendale o distrettuale e sua conservazione
- acquisizione del consenso informato

- compilazione della scheda anamnestica
- visita prevaccinale
- esecuzione dell'atto vaccinale
- osservazione del soggetto vaccinato
- segnalazione delle reazioni avverse
- registrazione e trasmissione delle vaccinazioni eseguite (solo per vaccinazioni ambulatoriali)

**In questi casi restano compiti del servizio vaccinale o dell'UOMI :**

- acquisto e stoccaggio dei vaccini
- tenuta dell'anagrafe vaccinale
- invito alla vaccinazione
- trasporto dei vaccini con un frigorifero portatile nel centro vaccinale (solo per vaccinazioni nei centri vaccinali).
- registrazione delle vaccinazioni eseguite o trasmesse su apposito registro o su supporto informatico.

**Sede**

Il pediatra di libera scelta potrà vaccinare :

1) *nel proprio ambulatorio.*

I vaccini saranno forniti gratuitamente dal distretto al pediatra, previo accordo aziendale o distrettuale o dietro richiesta del genitore del bambino da vaccinare.

2) *presso il centro vaccinale del proprio distretto o di distretti limitrofi appartenenti alla stessa ASL, nell'ambito della pianificazione vaccinale aziendale.*

In tal caso i vaccini saranno forniti gratuitamente dal distretto. Tale norma si estende anche ai bambini extracomunitari del distretto.

**Dotazione**

I centri vaccinali e gli studi pediatrici convenzionati dovranno essere dotati di:

- a. Frigorifero per la conservazione del vaccino;
- b. Materiale monouso di consumo;
- c. Farmaci e strumenti per la rianimazione primaria.

**Compensi**

I compensi sono corrisposti per singolo atto vaccinale (seduta vaccinale per singolo paziente) e dovranno essere liquidati entro il secondo mese dall'avvenuta prestazione.

Essi sono pari a :

E 13 per vaccinazione praticata presso centro vaccinale

E 15 per vaccinazione praticata presso ambulatorio pediatrico convenzionato

E 25 se eseguite contestualmente a Bilancio di Salute

\*\*I pediatri di libera scelta si rendono disponibili a dare piena attuazione al piano di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, secondo quanto previsto in sede nazionale. Sollecitano, pertanto, che venga istituita la commissione regionale vaccini cui competono importanti funzioni organizzative e di programmazione in tema di strategie vaccinali e di cui facciano parte anche rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

## DIMISSIONI PROTETTE DEL NEONATO SANO

Si intende per **dimissione protetta** del neonato una dimissione precoce seguita, entro pochi giorni, da un controllo pediatrico. L'American Academy of Pediatrics definisce dimissione precoce e molto precoce una degenza che duri rispettivamente meno di 48 e 24 ore, dopo un parto vaginale senza complicazioni.

Nei paesi europei si considerano, invece, precoci dimissioni che avvengono entro il terzo giorno di vita.

La dimissione precoce del neonato sano ha indubbi vantaggi relazionali (Tab.1), nel definirsi cioè della relazione madre-neonato che oramai la letteratura internazionale riconosce indispensabile momento di salute psicofisica della diade, ma sconvolge abitudini consolidate negli operatori sanitari ed espone i neonati a rischi potenziali per il mancato riconoscimento di situazioni patologiche che si manifestano non prima di 4-5 giorni dalla nascita (Tab. 2).

### Tabella 1

- Precoce instaurarsi del legame madre – bambino
- Aumentata frequenza dell'allattamento al seno
- Rinforzo delle interazioni famigliari

### Tabella 2

#### Fattori sfavorevoli

- Montata latte inconsistente : il bambino non si alimenta abbastanza
- Il picco dell'ittero è posizionato intorno al 3° giorno
- Alcune malformazioni gastrointestinali o cardiache possono non manifestarsi prima del terzo giorno di vita
- La dimissione precoce potrebbe essere insicura per l'esecuzione degli screening metabolici (da eseguire tra 3 e 5 giorni)
- Riduce il tempo per insegnare alle mamme le metodiche di cura neonatale e di alimentazione al seno
- Infezioni o rottura della sutura dopo episiotomia possono manifestarsi successivamente alla dimissione
- Bambini a rischio famigliare o sociale

La sperimentazione della pratica delle dimissioni **protette** potrà, quindi, offrire l'opportunità per attivare (o migliorare, ove esistenti) i servizi volti alla

sorveglianza clinica, al sostegno ed alla promozione di salute della madre, del neonato e della famiglia nelle prime settimane di adattamento alla nascita. Ciò attraverso la reale integrazione delle attività ospedaliere e territoriali per tutta la popolazione, e non solo per i neonati a basso rischio (a cui normalmente viene offerta la semplice dimissione precoce), ma anche e soprattutto per quelli con fattori di maggior rischio sociale.

La dimissione non può che essere personalizzata, concordata sia con gli ostetrici, che devono sincerarsi delle buone condizioni della madre, sia con la madre stessa, che deve essere in grado di gestire a casa se stessa ed il proprio bambino.

Ma appare quanto mai indispensabile un'accurata programmazione ed integrazione dei servizi e delle attività territoriali : in primo luogo il coinvolgimento attivo del PLS, la Sorveglianza integrata domiciliare e, non ultimo, la possibilità di accedere a Day Hospital con ricovero breve per madre – bambino.

Così raccomanda il recente Progetto Obiettivo Materno-Infantile approvato dal Consiglio Superiore di Sanità :”La diffusione della pratica della dimissione precoce della puerpera dai servizi ostetrici (entro 48-72 ore dal parto) comporta per il PLS la presa in carico molto precoce del nuovo nato e della famiglia e richiede un migliore collegamento con l’ospedale ed i servizi territoriali”.

### **Strategie assistenziali**

1. Promozione della partecipazione ai corsi di preparazione al parto per il maggior numero di gravide possibili
2. Scelta del PLS entro il periodo di permanenza al Nido
3. Informazione al momento della dimissione, anche con nota scritta, circa la necessità di contattare il PLS il giorno stesso e comunque il più presto possibile in caso di invio a casa in giorno festivo
4. Strutturazione o potenziamento dell'equipe del territorio, con presenza di una Ostetrica e di una Puericultrice di Distretto
5. Organizzazione dell'attività del PLS in modo da poter inserire le visite al neonato, qualora richieste dall'equipe territoriale, nel contesto della routine quotidiana, soprattutto nei mesi epidemici
6. Formazione comune tra i PLS ed i Pediatri del punto nascita, definizione di un protocollo di comportamento, di linee-guida per gli operatori e per i genitori

### **Conclusioni**

- La decisione di dimettere precocemente il neonato sano vanno prese sulla base di considerazioni sociali e sanitarie, non meramente economiche
- E' necessario che i percorsi assistenziali previsti (Equipe territoriale) siano già attivati prima di cominciare a dimettere
- E' necessario che tutti gli operatori sanitari coinvolti siano consapevoli della necessità di una sinergia di interventi e disponibili ad operare di

- conseguenza, impegnandosi a modificare atteggiamenti e consuetudini acquisite da tempo
- Bisogna chiarire che l'intervento del PLS è subordinato a precisa richiesta da parte della Equipe territoriale, ed è economicamente equiparato ad un Accesso Domiciliare Programmato.