

Accordo Integrativo Regionale per i Medici Pediatri di Libera Scelta

11 marzo 2011

INDICE

INDICE	2
1. PREMESSA	5
1.1 NUOVO ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (QUADRIENNIO 2006-2009) RESO ESECUTIVO IL 29.7.2009	6
1.2 NUOVO ACN PER IL BIENNIO ECONOMICO 2008-2009 (VEDI ACN SOTTOSCRITTO IL 10.3.2010).....	9
1.3 LIVELLI DI CONTRATTAZIONE	9
1.4 OBIETTIVI DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE	10
1.5 ATTI REGIONALI DI RIFERIMENTO	11
1.6 DURATA DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE.....	12
1.7 RISORSE ECONOMICHE PER IL FINANZIAMENTO DELL'ACN 29.7.2009 E PER L'APPLICAZIONE DEL PRESENTE AIR. STATO DI ATTUAZIONE FORME ASSOCIATIVE E PERSONALE DI STUDIO AL 31/12/2009..	13
1.7.1 FINANZIAMENTI ATTUALI	13
1.7.2 NUOVO QUADRO ECONOMICO	14
1.7.3 SITUAZIONE ASSOCIAZIONISMO E PERSONALE DI STUDIO AL 31/12/2009	14
2. COMITATO REGIONALE E COMITATI AZIENDALI (ART. 22, COMMI 10, 11, 12; ARTT. 23 E 24)	15
2.1 COMITATO REGIONALE (ART. 24).....	15
ART. 24 COMITATO REGIONALE	15
A) FUNZIONI ALTRESÌ PREVISTE DALL'ACN PER IL COMITATO REGIONALE	15
A1)FUNZIONI PREVISTE DALL'AIR PER IL COMITATO REGIONALE	15
B) RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE (ART. 22, COMMI 10 E 12)	15
C) COMPOSIZIONE	16
2.2 COMITATI AZIENDALI (ART. 23)	16
ART. 23 COMITATO AZIENDALE	16
A) FUNZIONI ALTRESÌ PREVISTE DALL'ACN PER IL COMITATO AZIENDALE	17
B) RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE (ACN, ART. 22, COMMI 11 E 12 E ART. 23, COMMA 1)	17
C) COMPOSIZIONE	17
2.3 ISTITUZIONE, DURATA IN CARICA E FUNZIONAMENTO DEI COMITATI.....	18
2.3.1 ENTRATA IN VIGORE DELLA DISCIPLINA	18

2.3.2 NORME TRANSITORIE	19
--------------------------------	-----------

3. APPLICAZIONE DELL'ACN **20**

3.1 RAPPORTO OTTIMALE E COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (ARTT. 32 E 33)	20
3.1.1 NORME FINALI	21
3.2 REQUISITI DI APERTURA DEGLI STUDI (ART. 35)	21
3.3 SOSTITUZIONI (ACN, ART. 36)	21
3.4 MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI (ART. 38)	21
3.5 SCELTA TEMPORANEA DEL PEDIATRA (ART. 39, COMMA 8)	22
3.6 MANTENIMENTO DELLE SCELTE DEGLI ULTRAQUATTORDICENNI (ART. 41)	22
3.7 FORME ASSOCIATIVE (ARTT. 52 E 58, LETT. B)	23
3.8 COLLABORATORE DI STUDIO ED INFERMIERE PROFESSIONALE (ACN, ART. 58, LETT. B), COMMI 5-6; DGR N. 2124/2009)	24
3.9 ACCOGLIMENTO NUOVE DOMANDE PER LE FORME ASSOCIATIVE E PERSONALE DI STUDIO	26
3.10 ASSISTENZA IN ZONE DISAGIATE/DISAGIATISSIME (ART. 58, LETT. D)	26

4. TRATTAMENTO ECONOMICO E MODALITA' DI COSTITUZIONE DEI FONDI (ART. 58) 28

B – QUOTA VARIABILE FINALIZZATA AL RAGGIUNGIMENTO DI OBIETTIVI E DI STANDARD EROGATIVI ED ORGANIZZATIVI	28
B.1 FONDO A RIPARTO PER LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA (ART.58, LETT. B)	28
B.2 FONDO PER L'EFFETTUAZIONE DI SPECIFICI PROGRAMMI DI ATTIVITÀ FINALIZZATI AL GOVERNO CLINICO (ART.58, LETT. B, COMMI 14-18)	29
B.2 BIS FONDO PONDERAZIONE QUALITATIVA QUOTE CAPITARIE (ART.58, LETT. B, COMMI 4-7)	29
B. 3 DISPOSIZIONI GENERALI	30
C – QUOTA VARIABILE PER COMPENSI SERVIZI CALCOLATA IN BASE AL TIPO ED AI VOLUMI DI PRESTAZIONE, CONCORDATA A LIVELLO REGIONALE E/O AZIENDALE (ART. 58, LETT. C, COMMI 1, 2, 3)	30
D – ACCORDI REGIONALI ED AZIENDALI	31
4.1 CONTRIBUTI PREVIDENZIALI (ACN, ART. 59)	33
4.2 DISPOSIZIONI GENERALI	33

5. PROGETTI REGIONALI **34**

5.1 PROGETTO SALUTE-INFANZIA	34
5.2 PROGETTI DI “AMPLIAMENTO DELL'APERTURA DEGLI STUDI MEDICI” E DI “CONTATTABILITÀ TELEFONICA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA”	35

6. AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT) DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA

(ART. 26 BIS)	35
6.1 COSTITUZIONE, PRINCIPI, OBIETTIVI E STRUMENTI DELLE AFT (ART. 13 E ART. 26 BIS)	35
6.2 ORGANIZZAZIONE DELLE AFT E DEL TAVOLO DI COORDINAMENTO AZIENDALE	36
6.2.1 COORDINATORI DELLE AFT (ART. 26 BIS, COMMA 4)	37
6.2.2 INCENTIVI PER I DELEGATI AFT	38
7. ACCORDI INTEGRATIVI AZIENDALI	39
7.1 STRUTTURA DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI AZIENDALI	40
7.1.1 AIA: PARTE PREVISTA DALL' AIR. OBIETTIVI DI GOVERNO CLINICO	40
7.1.2 AIA: PARTE FACOLTATIVA ED INTEGRATIVA AZIENDALE. OBIETTIVI D'INNOVAZIONE, D'ECCELLENZA E/O DI RECUPERO DI EFFICIENZE	42
7.2 INDIRIZZI PER GLI AIA (PARTE OBBLIGATORIA E PARTE FACOLTATIVA INTEGRATIVA)	43
7.3 FINANZIAMENTO DELL' AIA	43
7.4 INCENTIVAZIONE DELL' AIA	44
8. UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE (ART. 26 TER)	45
9. FLUSSO INFORMATIVO, TESSERA SANITARIA E RICETTA ELETTRONICA (ARTT. 58 BIS E 58 TER)	46
10. FORMAZIONE	47

1. PREMESSA

- ❖ Il contratto del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantito sull'intero territorio nazionale da convenzioni conformi agli accordi nazionali stipulati mediante il procedimento di contrattazione collettiva definito con l'accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano previsto dall'art. 4, comma 9, della legge 30.12.1991, n. 412 e successive modificazioni. All'Accordo collettivo nazionale, stipulato come appena menzionato, è attribuita efficacia erga omnes.

L'Accordo collettivo nazionale per i medici pediatri di libera scelta reso esecutivo in data 15.12.2005, sulla scorta degli obiettivi già perseguiti dal precedente ACN di cui al DPR n. 272/2000, prevedeva essenzialmente:

- la regionalizzazione della disciplina del rapporto di lavoro dei medici pediatri di libera scelta in relazione alla legge costituzionale 18.10.2001, n. 3, recante modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione;
- la potestà della Regione di modificare ed integrare la disciplina nazionale;
- il riconoscimento del ruolo insostituibile del pediatra di libera scelta per l'assistenza primaria;
- l'integrazione nel sistema sanitario nazionale e la responsabilizzazione dei medici pediatri di libera scelta sugli obiettivi aziendali;
- la nuova struttura del trattamento economico correlata sia al perseguimento di risultati su obiettivi di qualità dell'assistenza anche rispetto alla realizzazione di modelli organizzativi, (forme associative) che realizzino la continuità dell'assistenza e la miglior accessibilità agli studi, sia alla gestione di programmi e progetti di governo clinico;
- l'introduzione, in via sperimentale, delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria.

I principi di riferimento dell'Accordo Collettivo Nazionale attengono essenzialmente alla programmazione sanitaria nazionale (PSN) e ai principi sull'uniformità dei livelli di assistenza primaria su tutto il territorio nazionale.

- ❖ I piani sanitari nazionali a partire dal 1996 e il vigente Progetto Obiettivo Materno Infantile 1998-2000 evidenziano chiaramente la trasformazione avvenuta in relazione alle esigenze di assistenza pediatrica.

- Il Piano Sanitario Nazionale vigente ribadisce alcune anomalie del sistema di cure e rileva le criticità dovute all'inappropriatezza dei ricoveri pediatrici e degli accessi al Pronto Soccorso. Da ciò le linee d'indirizzo nazionali impongono l'esigenza del passaggio delle prestazioni inappropriate dal regime ospedaliero a regimi erogativi basati sulla presa in carico dell'assistito da realizzarsi tramite l'attivazione di un'efficace continuità assistenziale e più efficace opera di educazione sanitaria quale strumento diretto al corretto utilizzo nonché ottimizzazione delle risorse disponibili. L'impatto economico collegato all'erogazione appropriata delle prestazioni consentirà di spostare risorse in settori dell'assistenza ancora da sviluppare. Inoltre, da come si ricava dal testo del "Documento preliminare informativo sui contenuti del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012" presentato alla Conferenza Stato-Regioni del 29.4.2010, le azioni per lo sviluppo del sistema sanitario si propongono il superamento delle criticità soprarilevate.

La **Bozza del nuovo Piano Sanitario Nazionale 2011-2013** (documento ottobre 2010) prevede:

- tra gli **obiettivi specifici che rappresentano le scelte strategiche della politica sanitaria del triennio di riferimento del PSN** sono compresi il miglioramento e potenziamento della prevenzione; la riorganizzazione delle cure primarie; la promozione e

diffusione del governo clinico nei servizi sanitari; la diffusione ed il consolidamento dell'integrazione sociosanitaria;

- appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria;
- la valutazione del grado di soddisfazione del cittadino sull'assistenza di cui ha usufruito (necessità di ascoltare l'utenza e rilevare le sue esigenze in modo sistematico);
- la messa a regime di flussi informativi per il monitoraggio delle informazioni in ambito assistenziale ed informazioni di esito;
- innovazione delle cure primarie attraverso la connessione in rete dei medici e la digitalizzazione e trasmissione telematica dei certificati di malattia nonché la gestione digitale dell'intero ciclo di vita della ricetta mediante sistemi di *ePrescription*.

Il rilancio della **prevenzione** deve basarsi sulla partecipazione dei professionisti della salute che pur appartenendo a diversi livelli gestionali del SSN, concorrono al raggiungimento di obiettivi comuni attraverso l'elaborazione e l'attuazione di percorsi clinico-assistenziali condivisi tra territorio ed ospedale ed attraverso l'attivazione di reti integrate tra prevenzione, assistenza di base (MMG e PLS), servizi distrettuali, specialistica territoriale, assistenza ospedaliera, al fine di assicurare appropriatezza e continuità assistenziale. In tale contesto, va enfatizzato il ruolo del MMG e del PLS che possono intervenire non solo in ambito diagnostico-terapeutico, ma anche informando ed educando, permettendo così di favorire scelte corrette in grado di promuovere e tutelare salute e benessere. Le macroaree e gli ambiti di intervento comprendono, in particolare:

- interventi di promozione della salute, interventi di tipo regolatorio ed interventi rivolti agli ambienti di vita, alla prevenzione degli eventi infortunistici;
- interventi di prevenzione mirati al controllo ed alla diminuzione del sovrappeso e dell'obesità nelle nuove generazioni; diffusione della cultura della sana alimentazione e corretti stili di vita;
- interventi di medicina predittiva, ricerca negli individui sani della fragilità o del difetto che conferiscono una certa predisposizione a sviluppare una malattia;
- programmi mirati a impedire l'insorgenza di malattia, a diagnosticare precocemente una malattia e a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counseling o di diagnosi precoce e trattamento clinico;
- prevenzione complicanze e recidive, programmi rivolti a fasce di popolazione fragile (es. malattie croniche, disabili) promuovendo percorsi che garantiscano continuità della presa in carico.

I principali **strumenti di gestione** delle cure primarie declinati dal PSN sono:

- forme organizzative, tra le quali le AFT (aggregazioni funzionali territoriali di cui agli ACN 2009 e ACN 2010) che comprendono al loro interno le medicine/pediatrie di gruppo;
- sistema di monitoraggio;
- processi di integrazione sia a livello di coordinamento (percorsi diagnostico-terapeutici, integrazione tra ospedale e territorio, integrazione sociosanitaria) sia a livello informatico/informativo (di cui agli ACN 2009 e ACN 2010);
- formazione continua.

1.1 Nuovo Accordo Collettivo nazionale per la pediatria di libera scelta (quadriennio 2006-2009) reso esecutivo il 29.7.2009

Tale ACN in logica coerenza al precedente ACN reso esecutivo il 15.12.2005 conferma il ruolo centrale dell'assistenza primaria quale garanzia della presa in carico e della salute complessiva del cittadino, attraverso compiti e programmi di prevenzione, educazione sanitaria, assistenza al bambino e all'adolescente per le patologie acute ed ai soggetti affetti da particolari patologie croniche, anche mediante la collaborazione con le altre figure professionali e le strutture sanitarie e sociali presenti sul territorio.

Il nuovo ACN reso esecutivo il 29.7.2009 introduce alcuni aspetti innovativi vincolanti per gli Accordi Integrativi Regionali:

- i nuovi compiti e funzioni del pediatra di libera scelta che entrano a far parte degli obblighi connessi al rapporto convenzionale con il SSN;
- la definizione della struttura organizzativa della pediatria di libera scelta, costituita dall'Aggregazione funzionale territoriale (AFT) ed eventualmente dalle forme organizzative più evolute quale l'istituzione dell'Unità complessa di cure primarie (UCCP). L'ACN stabilisce che con le AFT si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli PLS per il conseguimento degli obiettivi d'assistenza. I PLS partecipano obbligatoriamente alle AFT. La Regione con la partecipazione delle OO.SS. firmatarie dell'ACN individua le AFT facendo riferimento alla specificità delle realtà locali e sulla base delle finalità stabilite dall'ACN. La partecipazione alle AFT non comporta costi aggiuntivi a carico della Regione e non pone in discussione il sistema di incentivazione vigente (norma finale n. 10 ACN 29.7.2009);
- gli obiettivi di potenziamento dell'assunzione del processo assistenziale e della continuità dell'assistenza, in modo da soddisfare la maggior parte dei bisogni di salute degli assistiti, e di rafforzamento, in tale contesto, dell'appropriatezza dei livelli assistenziali e dell'uso delle risorse nonché la maggiore integrazione tra professionisti convenzionati, con il distretto e con l'ospedale;
- la gestione dei flussi informativi: il PLS trasmette alla propria ASS una serie d'informazioni su ricoveri, accesso studio medico con o senza visita, visite domiciliari, PPIP, ADP/ADI. Le informazioni vengono trasmesse tramite il sistema informatico delle ASS e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR. Vengono elaborate a cura dell'ASS e condivise con i PLS e con i coordinatori delle AFT. Il flusso informativo potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza infrastrutture, privacy e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei PLS.

Visto, altresì, l'art. 4 dell'ACN 29.7.2009 che stabilisce che la Regione e le OO.SS. si impegnano a definire in attuazione dell'ACN, le intese regionali per definire:

- le responsabilità nei rapporti convenzionali in relazione agli obiettivi regionali;
- l'attuazione dell'art. 6 (realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzata all'erogazione delle cure primarie per garantire la continuità dell'assistenza, l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute con la presa in carico dell'utente ed il governo dei percorsi sanitari e sociali, l'appropriatezza degli interventi e la sostenibilità economica; applicazione degli strumenti di cui agli artt. 26 bis, 26 ter, 58 bis e 58 ter; percorsi formativi dalla fase della specializzazione alla formazione continua);
- l'organizzazione della funzione di tutela della popolazione infantile, concorrendo, con le altre componenti professionali, alla realizzazione degli obiettivi del programma distrettuale di attività per garantire la continuità dell'assistenza 24 h su 24 e 7 gg. su 7;
- le modalità di realizzazione per garantire la continuità assistenziale, anche mediante iniziative di associazionismo medico, in collegamento con lo specifico servizio presente a livello territoriale;
- le modalità di realizzazione dell'appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, organizzazione degli strumenti di programmazione e di monitoraggio;
- le modalità di partecipazione dei PLS nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e della responsabilità nell'attuazione dei medesimi;
- i criteri e le modalità nella organizzazione del sistema informativo tra operatori – strutture associate – distretti – ASS – Regione;
- l'organizzazione della formazione continua e dell'aggiornamento;
- gli organismi di partecipazione e rappresentanza dei PLS a livello regionale;
- attuazione dell'art. 8, comma 2, lett. b), c), e).

Considerato, inoltre, l'art. 8 dell'ACN 29.7.2009 che disciplina la struttura del compenso, sulla base del quale la Regione e le OO.SS., preso atto degli indirizzi del governo in materia di rinnovo di convenzioni e contratti finalizzati a definire il compenso dei PLS in sintonia con il perseguimento degli obiettivi di salute programmati e con adeguato equilibrio fra la parte del compenso legata ad

automatismi e quella legata agli obiettivi e alle prestazioni definite dalle programmazioni regionali ed aziendali:

- quota capitaria ponderata per assistito e/o quote orarie;
- incentivi di struttura, processo, di livelli erogativi, di raggiungimento degli obiettivi di qualificazione ed appropriatezza (finalizzati alle attività e agli obiettivi di livello regionale) in compatibilità con le risorse a disposizione ed in un'ottica di recupero di efficienze;
- quota per servizi e prestazioni aggiuntive per medico singolo o per gruppi calcolata in base al tipo ed ai volumi prestazionali (finalizzata alle attività e agli obiettivi di livello regionale);
- incentivi legati al trasferimento di risorse alla luce del perseguimento del riequilibrio prestazioni e ospedali-territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali per assistenza primaria.

Visto, infine, l'art. 13 bis dell'ACN 29.7.2009 recante i compiti e le funzioni individuali del PLS che costituiscono parte integrante dell'ACN e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN il PLS:

- assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;
- si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti;
- persegue gli obiettivi di salute con il miglior impiego possibile delle risorse.

Al fine di espletare i suoi compiti nel rispetto dei principi suddetti, il medico svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di PLS di cui all'art. 26 bis e opera all'interno di una specifica unità complessa delle cure primarie quando attivata come previsto dall'art. 26 ter, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali.

Per ciascun paziente in carico, il PLS raccoglie, aggiorna e trasmette informazioni all'ASS come previsto dall'art. 58 bis.

Ai fini dell'assolvimento dei compiti previsti dal DM 4.4.2008 e DPCM 26.3.2008 per la realizzazione del progetto Tessera sanitaria e Ricetta elettronica nonché per l'assolvimento dei compiti relativi al flusso informativo di cui all'art. 58 bis, il PLS aderisce ed utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle Regioni secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale.

Il PLS concorre (art. 27 ACN) ad assicurare l'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse ed a ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nonché ad operare secondo principi di efficacia e appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente possono trarne beneficio. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero PLS si attengono ai principi sopraenunciati.

L'art. 44 dell'ACN individua, inoltre, i seguenti ulteriori compiti del PLS:

- gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute, rivolti alla tutela globale del bambino;
- gestione dei malati nell'ambito dell'ADP e dell'ADI al domicilio dell'assistito;
- assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività sulla base degli AIR.

L'espletamento delle suddette funzioni si realizza anche tramite la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria pediatrica individuale su supporto informatico ad uso del medico e ad utilità dell'assistito secondo standard e modalità definite dagli AIR e tenuto conto della normativa nazionale; l'adempimento di quanto previsto dagli artt. 58 bis e 58 ter; la disponibilità per gli assistiti nello studio del PLS della carta dei servizi definita dagli AIR; la partecipazione alle forme organizzative territoriali; le certificazioni citate all'art. 44; le valutazioni multidimensionali; l'appropriatezza delle scelte assistenziali e terapeutiche; l'adesione a campagne di vaccinazione antinfluenzale promosse dalla Regione e/o dalle ASS; la partecipazione ai programmi e obiettivi per rispetto livelli programmati di spesa concordati a livello regionale e/o aziendale; le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato B; l'assistenza in zone disagiate; visite occasionali; gli interventi di educazione sanitaria e profilassi delle malattie infettive, di controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e connessa ricerca di fattori di rischio; il progetto salute infanzia .

1.2 Nuovo ACN per il biennio economico 2008-2009 (vedi ACN sottoscritto il 10.3.2010)

Con tale Accordo le parti hanno espresso la volontà di rafforzare e per quanto possibile accelerare il processo di riorganizzazione della pediatria di libera scelta avviato con gli AACCCN 15.12.2005 e 29.7.2009. Alcuni aspetti rilevanti riguardano:

- a) l'istituzione del referente nelle UCCP, che svolga funzioni di coordinamento e rappresentanza presso l'Azienda sanitaria. All'Accordo regionale spetta individuare le specifiche funzioni, i compiti e le responsabilità del referente unico dell'UCCP definendone i criteri e le modalità per la sua nomina da parte della medesima Azienda e stabilendo anche il compenso da corrispondere. L'onere del compenso viene finanziato tramite la quota assegnata agli Accordi regionali dal rinnovo contrattuale di cui all'ACN biennio economico 2008-2009. A tale proposito il rinnovo per il biennio economico 2008/2009 può contare su un incremento finanziario pari al 3,2% complessivo nel biennio sulla spesa 2007. Di tale incremento l'1,2% va assegnato tramite la negoziazione regionale;
- b) il percorso di implementazione sperimentale del "patient summary" con un set concordato di informazioni riferito agli assistiti in carico affetti da patologie croniche o da particolari problemi di salute per i quali è prevista l'integrazione della quota capitaria di cui all'art. 10 dell'ipotesi di ACN per il biennio economico 2008-2009. Per tali pazienti i PLS partecipano a percorsi di presa in carico e gestione integrata ed inviano all'Azienda uno specifico prospetto informativo contenente i principali dati epidemiologici relativi ai suddetti pazienti in carico. I dati epidemiologici da trasmettere nel prospetto informativo sono concordati e condivisi a livello regionale;
- c) in considerazione delle difficoltà ad inserire i nuovi nati fra gli assistiti dei PLS in quanto la maggior parte dei professionisti ha già raggiunto e, in molti casi, superato il massimale previsto dall'ACN, è stata demandata al livello regionale la definizione di modalità di gestione delle liste degli assistiti che garantiscano l'inserimento dei bambini in fascia di età 0-6 anni;
- d) l'esigenza di fornire indicazioni volte a delineare le circostanze entro cui la visita pediatrica domiciliare è particolarmente raccomandata.

1.3 Livelli di contrattazione

L'ACN per il biennio economico 2008-2009 conferma i tre livelli di negoziazione (nazionale, regionale e aziendale) ed afferma che essi devono risultare coerenti col quadro istituzionale definito dal Titolo V della Costituzione, rispettando i principi di complementarietà e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.

- **Livello nazionale**, individua il ruolo e le responsabilità dei PLS, i servizi erogati per assicurare i LEA, la struttura del compenso, la compatibilità economica e la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere ai PLS in occasione dei rinnovi contrattuali, la responsabilità delle Regioni e delle ASS per la piena applicazione dell'ACN;
- **Livello regionale**, definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e correlati strumenti operativi in coerenza con la programmazione regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati;
- **Livello aziendale**, definisce i progetti e le attività dei PLS necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

Gli accordi aziendali devono essere conformi ai seguenti presupposti:

1. misurazione e valutazione della concreta introduzione di elementi d'innovazione e di efficacia degli stessi in merito alla continuità assistenziale;
2. utilizzo di appositi finanziamenti da bilancio aziendale per la copertura finanziaria degli accordi, nel rispetto del vincolo di pareggio di bilancio e nella garanzia di mantenimento degli attuali LEA, tramite autofinanziamento dell'accordo;

3. introduzione di sistemi premianti direttamente correlati all'effettivo raggiungimento degli obiettivi e non legati al mero riconoscimento dell'esecuzione di prestazioni. Non sono ammesse incentivazioni cumulative, regionali ed aziendali, su medesimi obiettivi od oggetti.
4. recupero di risorse e miglioramento della la qualità dei servizi. Il recupero di risorse a livello aziendale deve coprire almeno il costo dell'accordo per le aziende in disavanzo.

1.4 Obiettivi dell'Accordo Integrativo Regionale

L'attuazione dell'ACN postula:

- il coordinamento dei nuovi principi con gli atti nazionali e regionali di programmazione socio-sanitaria (PSN e PSSR);
- la definizione di modalità organizzative ed operative per sviluppare un sistema in rete tra Regione, Aziende sanitarie e pediatri di libera scelta per la realizzazione delle fasi del processo di attuazione della programmazione regionale.

L'impostazione dell'AIR è finalizzata:

- al completamento della disciplina nazionale attraverso le disposizioni regionali;
- al perseguimento degli obiettivi e degli indirizzi della programmazione nazionale (PSN e Progetto obiettivo materno infantile);
- al coordinamento dell'ACN con le disposizioni della DGR n. 465 dd. 11.3.2010 che reca l'approvazione del Piano sociosanitario regionale per il triennio 2010-2012;
- a disciplinare le modalità di erogazione dei livelli essenziali di assistenza previsti dall'ACN con particolare riferimento alla continuità dell'assistenza e alla promozione dell'appropriatezza delle prestazioni, attraverso modelli di stabilizzazione della presa in carico globale dell'assistito;
- a disciplinare l'avvio delle AFT e delle sperimentazioni organizzative più complesse quali le UCCP, "affrontando il tema delle relazioni funzionali tra i professionisti che operano nell'ambito di dette forme organizzative, avendo riguardo in particolare alle nuove funzioni di valenza comune espletabili nel nuovo contesto collaborativi e quelle tra gli stessi professionisti e l'Azienda sanitaria" (vedi art. 5 ACN biennio economico 2008-2009);
- a introdurre criteri e linee guida per lo sviluppo e la valorizzazione di attività finalizzate ad obiettivi di governo clinico e della cosiddetta "medicina d'iniziativa", di indicatori di performance, protocolli e programmi assistenziali, progetti personalizzati per l'assistenza, attraverso apposita progettualità attuata dalle Aziende sanitarie;
- a migliorare la presa in carico dei pazienti, evitando la sovrapposizione dell'offerta assistenziale non coordinata sia per le prestazioni ambulatoriali sia per quelle di pronto soccorso con la finalità di razionalizzare l'offerta di prestazioni e di garantirne l'appropriatezza;
- ad affrontare le difficoltà di copertura delle zone carenti che si vengono a creare nonché l'aumento di domanda di cure primarie pediatriche, individuando opportunamente le priorità assistenziali nella popolazione pediatrica 0-14, dando precedenza ai nuovi nati;
- a valorizzare strumenti di autofinanziamento degli accordi (economie di scala, recupero di efficienze, ecc.) su progettualità aziendale;
- a sviluppare l'implementazione dei flussi informativi come previsto dall'ACN 29.7.2009 riguardo ai dati clinico-epidemiologici rilevanti sia per programmare correttamente lo sviluppo di processi assistenziali, sia per monitorare gli esiti attesi degli interventi operati in termini di obiettivi di salute.

Quanto sopra presuppone la definizione, mediante l'AIR, di obiettivi specifici che, coerentemente con le previsioni dell'ACN, si coniughino con gli indirizzi della programmazione regionale in tema di efficacia ed appropriatezza nell'utilizzo delle risorse in merito all'accesso al ricovero, alle prestazioni di pronto soccorso, alla riduzione delle liste d'attesa per prestazioni specialistiche, diagnostiche-terapeutiche e all'utilizzo di presidi diagnostici ed assistenziali.

Gli Accordi regionali costituiscono strumento di governo della medicina convenzionata attuativi della programmazione socio-sanitaria regionale e si inseriscono in logica coerenza nell'ambito degli obiettivi da questa definiti.

In particolare, il PSSR (pag. 9) prevede per il triennio 2010-2012 i seguenti obiettivi di salute e risultati attesi sui seguenti ambiti di intervento:

- *l'accreditamento, il governo clinico e la valutazione della qualità per garantire e mantenere un sistema sociosanitario di alta qualità*
- *la riduzione dei tempi di attesa attraverso il governo della domanda e dell'offerta delle prestazioni sanitarie, l'attuazione della LR 7/2009 e la conferma delle linee previste dalla DGR 288/2007*
- *la garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico dei cittadini, da perseguire attraverso il potenziamento dell'autonomia ed operatività dei distretti, intesi quali luoghi naturalmente deputati a garantire il costante miglioramento dei servizi sanitari territoriali in un'ottica di passaggio da offerte settoriali di servizi a servizi organizzati in rete secondo modalità operative che prevedono accordi di programma, procedure, interventi formativi multiprofessionali, coordinamento delle attività, valutazione multidisciplinare del bisogno, monitoraggio clinico-assistenziale e promozione della salute, anche in forza di una sempre più intensa collaborazione e valorizzazione dell'operato dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. A tale ultimo riguardo si prevede di realizzare il passaggio da una "medicina d'attesa" ad una "medicina di iniziativa" evolvendo verso tipologie organizzative coerenti con le previsioni della Convenzione quadriennale recentemente approvata, che introduce nuovi modelli associativi obbligatori (aggregazione funzionale, unità complessa di cure primarie, equipe territoriale) e facoltativi - da realizzarsi fra i soli medici di medicina generale e pediatri di libera scelta o fra di essi ed altre figure professionali impegnate nella continuità assistenziale - ed altresì propone nuove modalità di coordinamento con le strutture distrettuali lungo una traiettoria di complessità crescente dei casi trattati, al fine di conseguire gli obiettivi dichiarati dell'integrazione tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e tra territorio ed ospedale;*
- *il completamento della rete di assistenza ai malati terminali,*
- *il miglioramento dell'integrazione socio sanitaria ottimizzando l'utilizzo di strumenti quali il PAT e PdZ.*
- *la prosecuzione, sia per la parte ospedaliera che per la parte territoriale, del piano della riabilitazione, delle attività previste dal progetto obiettivo materno infantile e dell'età evolutiva e dal piano regionale per le malattie oncologiche*
- *la piena attuazione di quanto definito dagli atti di pianificazione per quanto concerne gli interventi volti alla prevenzione ed alla promozione della salute, alla lotta alle dipendenze ed alla tutela della salute mentale, con il pieno coinvolgimento di tutte le forze e professionalità operanti sul territorio, ivi incluse le componenti associazionistiche e del volontariato .*

1.5 Atti regionali di riferimento

Costituiscono parte integrante del presente AIR i seguenti provvedimenti della Giunta regionale:

- Nota regionale prot. n. 21404/AMM del 22.10.2002 "D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272. Accordo regionale su libretto sanitario pediatrico individuale e 'Progetto salute infanzia'".
- D.G.R. n. 1547 del 23.5.2003 "Accordo regionale attuativo dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, reso esecutivo col D.P.R. 28 luglio 2000, n. 272, modificato ed integrato dall'accordo aggiuntivo reso esecutivo col D.P.R. 20 agosto 2001, n. 382".
- D.G.R. n. 4005 del 12.12.2003 "Individuazione delle zone disagiatissime o disagiate inerenti all'assistenza sanitaria pediatrica convenzionata".
- D.G.R. n. 3235 del 29.11.2004 "Progetto obiettivo materno – infantile e dell'età evolutiva".
- D.G.R. n. 433 del 4.3.2005 rettifica "Progetto obiettivo materno – infantile e dell'età evolutiva".

- D.G.R. n. 817 dell'8.5.2008 "Attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta reso esecutivo il 15 dicembre 2005: primo accordo integrativo regionale stralcio.
- Nota regionale prot. n. 13777/SPS/SAN del 16.7.2008 "Indicazioni relative all'applicazione delle 'Modalità e criteri per l'attuazione dei progetti regionali a valere sul finanziamento aggiuntivo per l'anno 2008', in applicazione dell'Accordo integrativo regionale dd. 11.4.2008 relativo ai rapporti con i medici pediatri di libera scelta".
- D.G.R. n. 2124 del 24.9.2009 "Secondo stralcio dell'Accordo Regionale attuativo dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta".
- D.G.R. n. 2958 del 30.12.2009 "Attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta reso esecutivo il 29.7.2009: primo accordo integrativo regionale stralcio".

1.6 Durata dell'Accordo Integrativo Regionale

Il presente Accordo regionale entra in vigore dalla data di sottoscrizione definitiva della ipotesi di intesa approvata con delibera della Giunta Regionale e conserva la sua validità fino all'entrata in vigore del nuovo Accordo regionale per l'attuazione del prossimo ACN per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta.

La decorrenza economica dei benefici previsti nell'Accordo coincide con la data di entrata in vigore dello stesso.

Avuto riguardo che le disposizioni del presente Accordo regionale s'inseriscono nell'attività regionale di programmazione socio-sanitaria in graduale evoluzione, tale Accordo verrà adeguato in caso di modifiche all'attuale assetto organizzativo, tramite l'adozione dei relativi provvedimenti, previa intesa con le Organizzazioni sindacali.

1.7 Risorse economiche per il finanziamento dell'ACN 29.7.2009 e per l'applicazione del presente AIR. Stato di attuazione forme associative e personale di studio al 31/12/2009

1.7.1 Finanziamenti attuali

PLS 2009 FVG	RISORSE ACN	INTEGRATIVI REGIONALI DA ACN	INTEGRATIVI REGIONALI DA AIR	INTEGRATIVI AZIENDALI	TOTALE VOCE (enpam esclusa)
A - QUOTA CAPITARIA (ACN art.58, lett.A)	11.792.830,50				11.792.830,50
B – QUOTA VARIABILE FINALIZZATA AL RAGGIUNGIMENTO DI OBIETTIVI E DI STANDARD EROGATIVI ED ORGANIZZATIVI (ACN art.58, lett.B+AIR)					
B.1 Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza	449.475,52		654.647,52		1.104.123,04
B.2 Fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico (art.58, lett. B, commi 14-18)	347.179,84				347.179,84
C – QUOTA VARIABILE PER COMPENSI SERVIZI calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazione, concordata a livello regionale e/o aziendale (ACN art. 58, lett.C, c.1, 2, 3, all.B, all.E, all. E bis, AIR DGR n.1547/2003)		454.270,91			454.270,91
D – ACCORDI REGIONALI ED AZIENDALI (ACN, art.58, lett.D; DGR n.817/2008 e ss.)					
D.1 - Accordi regionali (7+1 bilanci di salute, libretti pediatrici, ampliamento orari studi, contattabilità telefonica, UVD, UCAD, rimborsi comitati)			1.122.934,74		1.122.934,74
D.2 - Accordi aziendali				-	-
TOTALE ACCORDI (enpam esclusa)	12.589.485,86	454.270,91	1.777.582,26	-	14.821.339,03
Formazione Ceformed (DGR n. 2787/2009)			38.657,13		38.657,13
TOT SPESA PLS (enpam esclusa)	12.589.485,86	492.928,04	1.777.582,26	-	14.859.996,16
Enpam	1.180.264,30	46.212,00	166.423,34	-	1.392.899,64
TOT SPESA PLS (enpam inclusa 9,375%)	13.769.750,16	539.140,04	1.944.005,60	-	16.252.895,80

Dati di competenza 2009 (comprensivi degli arretrati e al netto di eventuali quote liquidate nel 2009 ma relative agli anni precedenti) rilevati a maggio 2010. I dati possono subire delle variazioni per i saldi di competenza 2009 erogati dopo la suddetta data di rilevazione

Fonte: Insiel

1.7.2 Nuovo quadro economico

La Norma Finale n. 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale 29.7.2009 prevede ai commi 2, 3 e 4 le finalità e gli obiettivi specifici cui devono essere destinate le risorse del biennio economico 2008-2009.

Ai fini del finanziamento del presente Accordo Regionale vengono utilizzate le seguenti risorse:

A) somme già stanziare nei precedenti Accordi Integrativi Regionali.

B) quota d'obbligo per AIR pari all'1,2% della spesa sostenuta nel 2007 per l'ACN e per l'AIR¹. Tale quota è stimata in € 154.303,84 (più Enpam ai sensi dell'art. 59, comma 6)

C) risorse aggiuntive regionali € 139.565,00 (più Enpam ai sensi dell'art. 59, comma 6)

D) eventuali risorse aggiuntive aziendali.

1.7.3 Situazione associazionismo e personale di studio al 31/12/2009

I dati rilevati al 31.12.2009 evidenziano che il 49% degli assistiti in carico ai pediatri di libera scelta appartengono a medici associati e che il 48% degli assistiti è in carico ad un PLS che si avvale dell'ausilio del collaboratore di studio e dell'infermiere.

FVG PLS 2009	FORME ASSOCIATIVE				PERSONALE	
	ASSOCIAZIONE	GRUPPO	SINGOLO	TOT	COLLABORATORE	INFERMIERE
N. PLS	26	23	72	121	40	9
DISTRIBUZIONE ASSISTITI	27%	22%	51%	100%	39%	9%

¹ Fonte dati: SISAC

2. COMITATO REGIONALE E COMITATI AZIENDALI (Art. 22, commi 10, 11, 12; artt. 23 e 24)

2.1 Comitato regionale (art. 24)

Art. 24 Comitato Regionale

- 1) *In ciascuna Regione è istituito un Comitato permanente regionale composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle Organizzazioni sindacali, domiciliati nella Regione, di cui all'art. 22, comma 10.*
- 2) *La composizione del comitato prevede, oltre alla presenza di un rappresentante per ogni sigla sindacale firmataria dell'accordo collettivo nazionale, una quota aggiuntiva di rappresentanti delle stesse OO.SS. firmatarie, definita nell'ambito degli accordi regionali direttamente proporzionale alla rispettiva consistenza associativa, purchè espressione di almeno il 10% del numero complessivo degli iscritti alle OO.SS.*
- 3) *E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.*
- 4) *Il Comitato permanente è preposto:*
 - a) *alla definizione degli Accordi regionali;*
 - b) *a formulare proposte ed esprimere pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente Accordo e degli Accordi regionali;*
 - c) *a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale;*
 - d) *a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle Aziende e da pediatri di libera scelta, per la verifica di standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità.*
- 5) *L'attività del Comitato permanente è comunque prioritariamente finalizzata a fornire indirizzi uniformi alle Aziende per l'applicazione dell'Accordo nazionale e degli Accordi regionali ed è sede di osservazione degli Accordi aziendali.*
- 6) *La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato regionale.*
- 7) *E' facoltà della parte pubblica e delle OO.SS. sostituire i propri rappresentanti in seno al comitato.*

a) Funzioni altresì previste dall'ACN per il Comitato Regionale

Art. 33, comma 19 "Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria" e da ogni altra eventuale disposizione che demandi al Comitato regionale specifiche funzioni.

Gli Accordi Regionali disciplinano anche la materia della contrattazione aziendale, definendo le linee guida degli accordi decentrati aziendali, al fine di armonizzare la contrattazione periferica agli obiettivi generali della programmazione regionale (ACN, art.14, comma 9).

a1) Funzioni previste dall'AIR per il Comitato Regionale

Il Comitato regionale è, altresì, coinvolto nei programmi di revisione e sviluppo riguardanti l'area materno-infantile; in tale contesto possono inoltre essere cooptati altri operatori del Servizio Sanitario Regionale (dipendenti o convenzionati), in relazione alla specificità dei temi da trattare.

b) Rappresentatività sindacale (art. 22, commi 10 e 12)

- 1) Sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Regionali e alla partecipazione alle funzioni consultive ed informative del Comitato Regionale le organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Nazionale in vigore, in possesso dei requisiti di rappresentatività di cui al comma 6 dell'ACN (art. 22, comma 10).
- 2) Nel caso in cui il requisito di cui all'ACN, art. 22, comma 6, sia stato conseguito mediante l'aggregazione di una o più organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale è univocamente rappresentato da una sigla, partecipa alle trattative e sottoscrive gli accordi come tale ed è rappresentato alle trattative dal legale rappresentante o da un suo delegato

e mantiene il diritto di rappresentatività contrattuale fintanto che la situazione oggettiva resti invariata (art. 22, comma 12).

- 3) Gli Accordi integrativi regionali sono validamente definiti con la sottoscrizione da parte delle OO.SS., la cui rappresentatività è superiore al 51% delle deleghe associative rilevate a livello regionale. Il medesimo criterio si applica anche nel caso in cui sia prevista un'indicazione da parte della rappresentanza sindacale regionale in merito a nomine definite dagli AIR. L'ipotesi di accordo integrativo regionale è approvata con DGR. Una volta adottata la DGR, le parti procedono alla stipula definitiva dell'AIR.

c) Composizione

- 1) La delegazione di parte pubblica è composta dall'Assessore Regionale alla Sanità o suo sostituto, con funzioni di Presidente e da altri membri effettivi, in rappresentanza dell'Amministrazione regionale e delle Aziende della Regione, indicati dall'Assessore regionale alla Sanità. Il numero dei membri effettivi di parte pubblica non deve superare quello della delegazione sindacale. La parte pubblica indica, inoltre, l'elenco con i nominativi dei membri sostituiti.
- 2) Ogni delegazione di parte sindacale è composta da un responsabile (rappresentante legale dell'organizzazione o suo delegato) per ciascuna OO.SS. firmataria dell'ACN e da un eventuale componente aggiunto qualora l'O.S. firmataria dell'ACN superi il 15% di livello di rappresentatività sindacale a livello regionale, determinato aggiungendo al livello di rappresentatività regionale del 5% l'ulteriore quota del 10%.
- 3) Il numero complessivo dei rappresentanti di parte sindacale del Comitato Regionale non può in ogni caso superare le 4 unità.
- 4) La consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti regionali, forniti dalla SISAC, riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative per il rinnovo dell'ACN (in conformità all'art. 22, comma 4).
- 5) Le Organizzazioni Sindacali legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Regionali comunicano alla Direzione Centrale, entro trenta giorni dall'entrata in vigore dell'ACN, i nominativi dei membri effettivi e dei membri supplenti.
- 6) Alle riunioni del Comitato regionale, è data facoltà alle OO.SS. di potersi avvalere di un esperto o consulente tecnico qualora si trattino argomenti specifici che richiedano competenze in materia. Tale esperto, in quanto non facente parte del Comitato regionale, non ha diritto a percepire alcun tipo di compenso o rimborso e non ha diritto di voto.

2.2 Comitati aziendali (art. 23)

Art. 23 Comitato Aziendale

- 1) *In ciascuna Azienda, o ambito diverso definito dalla Regione, è costituito un Comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e da rappresentanti delle Organizzazioni sindacali di cui all'art. 22 comma 11. Composizione, compiti e modalità di funzionamento del Comitato sono definite dagli Accordi regionali.*
- 2) *E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.*
- 3) *Il Comitato aziendale esprime pareri obbligatori in merito a:*
 - a. *richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 38;*
 - b. *motivi di incompatibilità agli effetti delle ricusazioni di cui all'art. 40, comma 4;*
 - c. *cessazione del rapporto convenzionale ai sensi dell'art. 19, comma 1, lettera e) e comma 3;*
 - d. *variazione degli ambiti di scelta;*
 - e. *individuazione delle zone disagiate;*
 - f. *individuazione delle zone carenti ordinarie;*
 - g. *scelte in deroga agli ambiti territoriali;*
 - h. *concessioni di ulteriori periodi di sospensione ai sensi del comma 3 lett. e) dell'art. 18*
- 4) *Il parere obbligatorio del comitato aziendale deve essere espresso entro 20 giorni dalla richiesta. Superato tale termine il parere si intende espresso positivamente.*
- 5) *Inoltre il Comitato aziendale è preposto alla definizione degli Accordi aziendali, ad esprimere ogni altro parere e ad espletare ogni altro incarico attribuitogli dal presente Accordo o da Accordi regionali o aziendali.*

- 6) L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario ad assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato aziendale.
- 7) E' facoltà della parte pubblica e delle OO.SS. sostituire i propri rappresentanti in seno al comitato.

a) Funzioni altresì previste dall'ACN per il Comitato Aziendale

- Art. 19, comma 1 lett. f) e comma 3 "Cessazione del rapporto convenzionale"
- Art. 32, commi 12 e 15 (parere) "Rapporto ottimale"
- Art. 34, commi 8, 12 e 14 "Instaurazione del rapporto convenzionale"
- Art. 35, comma 5 "Requisiti e apertura degli studi medici"
- Art. 36, comma 16 "Sostituzioni"
- Art. 37, comma 1 "Incarichi provvisori"
- Art. 38, comma 3 "Massimale di scelte e sue limitazioni"
- Art. 39, comma 9 (parere obbligatorio) "Scelta del pediatra"
- Art. 48, comma 2 (parere) "Rapporti tra il pediatra di libera scelta e l'ospedale"

b) Rappresentatività sindacale (ACN, art. 22, commi 11 e 12 e art. 23, comma 1)

- 1) Sono legittimate alla trattativa e alla stipula dell'Accordo Integrativo Aziendale del Comitato solo le OO.SS. firmatarie dell'Accordo Nazionale e dell'Accordo Integrativo Regionale (ACN, art. 22, comma 11) purché in possesso di almeno una delega a livello aziendale.
- 2) Nel caso in cui il requisito di cui all'ACN, art. 22, comma 6, sia stato conseguito mediante l'aggregazione di una o più organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale è univocamente rappresentato da una sigla, partecipa alle trattative e sottoscrive gli accordi come tale ed è rappresentato alle trattative dal legale rappresentante o da un suo delegato e mantiene il diritto di rappresentatività contrattuale fintanto che la situazione oggettiva resti invariata (ACN art. 22, comma 12).
- 3) Gli Accordi integrativi aziendali sono validamente definiti con la sottoscrizione da parte delle OO.SS., la cui rappresentatività è superiore al 51% delle deleghe associative rilevate a livello aziendale. Gli AIA sono resi esecutivi con apposito provvedimento del Direttore Generale.

c) Composizione

- 1) La delegazione di parte pubblica è composta dal Direttore Generale dell'Azienda o suo sostituto, con funzioni di Presidente e da altri membri effettivi designati dal Direttore Generale in rappresentanza dell'Azienda. Il numero dei membri effettivi di parte pubblica non deve superare quello della delegazione sindacale. La parte pubblica indica, inoltre, l'elenco con i nominativi dei membri sostituti.
- 2) La delegazione trattante l'Accordo Integrativo Aziendale è composta dagli stessi membri di cui al paragrafo 2.2, lett. b), comma 1, corrispondenti alle sole organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Nazionale e dell'Accordo Integrativo Regionale con almeno una delega a livello aziendale. Ogni delegazione di parte sindacale è composta da un responsabile (rappresentante legale dell'organizzazione o suo delegato) per ciascuna OO.SS. firmataria dell'ACN e da un eventuale componente aggiunto qualora l'O.S. firmataria dell'ACN superi il 15% di livello di rappresentatività sindacale a livello regionale, determinato aggiungendo al livello di rappresentatività regionale del 5% l'ulteriore quota del 10%.
- 3) Il numero complessivo dei rappresentanti di parte sindacale dei Comitati Aziendali non può in ogni caso superare le 4 unità.
- 4) La consistenza associativa è determinata sulla base dei dati aziendali, forniti dalle Aziende, riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative per il rinnovo dell'ACN (in conformità all'art. 22, comma 4).
- 5) Le Organizzazioni Sindacali legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Aziendali comunicano alla Direzione Generale i nominativi dei membri effettivi e dei membri supplenti, entro i tempi stabiliti dalle Aziende.

- 6) Alle riunioni del Comitato aziendale, è data facoltà alle OO.SS. di potersi avvalere di un esperto o consulente tecnico qualora si trattino argomenti specifici che richiedano competenze in materia. Tale esperto, in quanto non facente parte del Comitato aziendale, non ha diritto a percepire alcun tipo di compenso o rimborso e non ha diritto di voto.

2.3 Istituzione, durata in carica e funzionamento dei comitati

- a) Il Comitato Regionale e i Comitati Aziendali vanno costituiti entro novanta giorni dall'entrata in vigore di ogni ACN.
- b) I comitati durano in carica fino alla nomina dei nuovi Comitati a seguito del rinnovo dell'accordo stesso.
- c) I Comitati sono validamente riuniti se è presente la maggioranza dei loro componenti.
- d) Gli accordi raggiunti formano autonomi documenti che vengono allegati al verbale della seduta e sono sottoscritti dal Presidente e dai componenti di parte sindacale aderenti. Gli accordi oggetto di trattativa devono essere definiti con almeno il 51% della rappresentatività sindacale e saranno approvati con apposito provvedimento (DGR o delibera/determina).
- e) Le decisioni del Comitato assumono efficacia dal momento in cui l'organismo deputato (Regione o Azienda) adotta idoneo provvedimento.
- f) Il membro titolare impossibilitato a presenziare ad una riunione del Comitato è tenuto ad avvisare il proprio rappresentante sostituto e a comunicare tempestivamente il nominativo del sostituto alla Direzione Centrale/Direzione Generale.
- g) I supplenti partecipano alle riunioni dei Comitati con diritto di parola e di voto solo in caso di assenza dei titolari; i componenti della delegazione sindacale eccedenti il numero consentito non possono, in ogni caso, ricevere attestato di partecipazione alla seduta.
- h) Il Presidente, o suo delegato, provvede alla convocazione del Comitato ordinariamente almeno due volte l'anno e in ogni caso ogniqualvolta le parti ne ravvedano la necessità.
- i) I Comitati vanno convocati con un preavviso di almeno 15 giorni, salvo situazioni d'urgenza.
- j) La parte pubblica fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato. Le funzioni di segretario verbalizzante sono svolte da un funzionario di parte pubblica.
- k) La registrazione delle sedute è consentita previo consenso delle parti.
- l) Il verbale ha funzione di resoconto degli argomenti trattati in ciascun incontro e delle posizioni assunte dalle parti pubblica e sindacali. Per il Comitato Regionale i verbali delle riunioni vengono autografati dal Presidente e dal segretario verbalizzante e dai rappresentanti regionali di ciascuna OO.SS.
- m) La richiesta dei componenti di parte sindacale di inserire ulteriori punti all'ordine del giorno va comunicata alla Direzione Centrale/alla Direzione Aziendale con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi rispetto alla data dell'incontro. Tali punti saranno aggiunti in coda a quelli già indicati.
- n) Il rimborso di € 200 più le spese di viaggio, previsto per la partecipazione dei componenti di parte medica ai Comitati, viene corrisposto ai soli membri titolari, o nel caso di assenza al loro sostituto, esclusi i rappresentanti delle OO.SS. ammessi per le sole funzioni consultive ed informative, in conformità alle condizioni stabilite all'art. 21, comma 1, dell'ACN.

2.3.1 Entrata in vigore della disciplina

Tali disposizioni entrano in vigore dalla data della stipula definitiva dell'AIR in oggetto.

2.3.2 Norme transitorie

Norma transitoria n. 1

La composizione dell'attuale Comitato Regionale è valevole fino alla stipula definitiva del presente AIR. Le Organizzazioni Sindacali ammesse alla trattativa regionale sono quelle in possesso dei requisiti di cui al paragrafo 2.1, lett. b).

Norma transitoria n. 2

In sede di prima applicazione del presente Accordo, il Comitato Aziendale deve essere costituito sulla base di quanto disposto dal paragrafo 2.2 entro trenta giorni dalla data di stipula definitiva del medesimo Accordo. Tale disposizione si applica anche per quelle Aziende che, nelle more della definizione dell'AIR, hanno già provveduto a costituire un nuovo Comitato Aziendale.

3. APPLICAZIONE DELL'ACN

3.1 Rapporto ottimale e copertura degli Ambiti territoriali carenti (artt. 32 e 33)

- a) Il rapporto ottimale è disciplinato dall'art. 32, commi 7 e 8, dell'ACN. In relazione all'art. 33, comma 1, dell'ACN, la pubblicazione degli ambiti carenti avviene nei mesi di aprile e ottobre.
- b) In considerazione del diritto all'assistenza pediatrica e alla libera scelta dell'assistito nell'elenco dei pediatri, nonché della particolare situazione regionale connotata da difficoltà orografiche e di popolazione pediatrica rarefatta e sparsa, nelle zone disagiatissime, così come individuate dalla D.G.R. n. 4005/2003, può essere inserito un solo pediatra di famiglia per ogni 250 residenti in età compresa tra 0 e 6 anni. Le Aziende, anche con il coinvolgimento dei Comuni interessati, ai fini di incentivare la presenza del PLS in zone disagiatissime, possono stipulare accordi aziendali che favoriscano l'esercizio delle attività a condizioni agevolate. Laddove non fosse possibile garantire l'assistenza in zone disagiatissime attraverso la copertura della zona stessa, l'Azienda potrà ricorrere all'impiego, tramite accordi con i pediatri e sentito il Comitato aziendale, in via primaria dei PLS dello stesso ambito territoriale e in via secondaria ai PLS di ambiti limitrofi.
- c) Nel caso in cui, in relazione alla precedente lettera b), vi sia la possibilità di garantire l'assistenza in zone disagiatissime avvalendosi dei PLS inseriti in ambiti limitrofi, possono essere messi a disposizione degli stessi, con il coinvolgimento dei Comuni interessati e previo consenso dei PLS, appositi locali affinché venga garantita l'assistenza pediatrica in loco. Tale soluzione può essere realizzata purchè si sia in presenza di zone disagiatissime nelle quali non è inserito alcun PLS e potrà essere attuata fino all'eventuale copertura della zona carente con l'inserimento di un PLS titolare.
- d) Le Aziende sanitarie, sentito il Comitato Aziendale, definiscono gli ambiti territoriali e trasmettono i relativi atti in Regione ai fini dell'emanazione del provvedimento di articolazione a livello organizzativo dell'assistenza primaria (art. 32, comma 3).
- e) In situazioni di disagio per l'assistenza pediatrica, ed in considerazione dell'art. 32, comma 8, nel quale viene stabilito che le Regioni possano indicare, all'interno degli Accordi Integrativi Regionali, per ambiti territoriali dell'assistenza primaria un diverso rapporto pediatra/popolazione assistibile, le parti concordano, ai sensi della DGR n. 1547/2003, di individuare le seguenti soluzioni, che vanno applicate in via sequenziale, di cui le Aziende dovranno tenere conto:
1. Aumento temporaneo e volontario dei massimali, proposto dall'A.S.S., sentito il Comitato aziendale. Un tanto ferma restando l'esigenza di assicurare prioritariamente l'assistenza pediatrica a favore dei neonati, tenendo conto, in subordine, delle opzioni di cui ai successivi punti 2 e 3;
 2. Attribuzione prioritaria ai PLS iscritti nell'elenco dello stesso ambito territoriale o, in subordine, in un ambito limitrofo, di assistiti in età pediatrica, anche oltre il massimale;
 3. Ricusazione degli assistiti di età superiore ai 13 anni e iscrizione dei nuovi nati;
 4. Modifica dell'ambito territoriale;
 5. nel caso in cui i PLS non accettino l'aumento temporaneo del massimale oppure lo aumentino in modo insufficiente e qualora l'esito dell'applicazione dei punti precedenti non abbia sortito effetto, individuazione di una nuova zona carente in deroga, in base al seguente criterio di calcolo: totale residenti di età compresa tra 0-6 anni sommato al totale degli assistiti residenti di età compresa tra 7-14 anni in carico ai PLS, detratto il totale degli assistiti residenti effettivamente in carico a ciascun PLS fino alla concorrenza del tetto di 880 scelte, fermo restando il tetto delle 1000 scelte per i PLS di cui all'art. 23, comma 2, del DPR n. 272/2000. Nel calcolo non vanno conteggiate le tessere a scadenza e gli ultraquattordicenni che non concorrono alla determinazione del massimale. I dati devono

risultare alla data del 31 dicembre dell'anno precedente tenendo conto dei cittadini residenti che hanno effettuato la scelta a favore di PLS iscritti al di fuori dell'ambito. Se il risultato è positivo si inserisce un PLS ogni 600 bambini o frazione superiore a 400. Tale pubblicazione dovrà comunque avvenire alle scadenze di aprile ed ottobre di cui all'art. 33, comma 1, dell'ACN.

6. Nel caso in cui i pediatri interpellati non accettino la deroga al massimale di cui ai punti 1 e 2, o quest'ultima venga accettata in maniera insufficiente a garantire la copertura assistenziale nonché non diano esito le modalità previste ai punti 3, 4, 5, l'Azienda per i servizi sanitari, sentito il Comitato aziendale, ai sensi degli artt. 32, comma 15, dell'ACN 29.7.2009 e 7, comma 2, dell'ACN 8.7.2010, procede alla pubblicazione di una zona carente al di fuori del calcolo di cui al punto 5 anche in deroga alle scadenze di aprile ed ottobre previste dal vigente ACN (zona carente straordinaria).
7. Qualora non fosse possibile applicare quanto previsto nei punti precedenti, l'Azienda per i servizi sanitari sottopone la questione all'esame del Comitato regionale che provvederà ad individuare altra soluzione.

3.1.1 Norme finali

Norma finale n. 1

Qualora le Aziende definiscano modifiche agli ambiti territoriali esistenti sono tenute ad inviare il relativo provvedimento, al Comitato regionale, nei 30 giorni successivi alla data di esecutività del medesimo.

3.2 Requisiti di apertura degli studi (art. 35)

Gli studi professionali devono essere aperti per gli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana e comunque con apertura il lunedì, secondo un orario congruo (art. 35, comma 5) e comunque non inferiore a:

- a) 5 ore settimanali fino a 250 assistiti;
- b) 10 ore settimanali da 251 a 500 assistiti;
- c) 15 ore settimanali da 501 assistiti in su.

3.3 Sostituzioni (ACN, art. 36)

I compensi del sostituto sono determinati come da ACN, allegato F). Le eventuali indennità previste dall'art. 58, lett. B) vanno corrisposte al pediatra sostituito.

Con riferimento all'art. 36, comma 17 dell'ACN, quando il pediatra sostituito, per qualsiasi motivo, sia nella impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, le Aziende possono liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione.

I rapporti economici tra il pediatra sostituito ed il medico sostituito, privo di specializzazione o di disciplina equipollente, continuano ad essere regolati in base alle indicazioni fornite dalla Regione con nota prot. n. 15188 SPS/SAN del 5 luglio 2006 (punto 4.4 della DGR n. 817/2008).

Ai fini della compilazione della ricetta, in relazione alla normativa vigente, che prevede la titolarità del ricettario regionale, da parte del soggetto prescrittore, il sostituto dovrà apporre la propria firma con proprio timbro sul ricettario del medico sostituito.

3.4 Massimale di scelte e sue limitazioni (art. 38)

- a) Per massimale individuale si intende il numero massimo di scelte (800 assistiti) così come definito dal comma 1 dell'art. 38 dell'ACN oppure quello derivante da autolimitazione operata dal PLS (almeno 600 scelte) di cui al medesimo art. 38, comma 6.
- b) Ai fini dell'applicazione dell'art. 38, comma 3, nella considerazione che le deroghe al massimale individuale sono strettamente connesse a valutazioni relative a particolari situazioni di carenza di assistenza a livello locale, le stesse sono autorizzate dall'Azienda per i servizi sanitari, sentito il parere del Comitato aziendale.
- c) In riferimento all'art. 38, comma 8, dell'ACN, la deroga al massimale individuale, entro il 10%, è a favore dei nuovi nati che non hanno effettuato la prima scelta entro 90 giorni dalla nascita e dai bambini adottati di qualsiasi età e nazionalità.
- d) Viene concessa un'ulteriore deroga, fino al tetto di 1.200 assistiti, ferma restando, a discrezione del PLS, la possibilità di limitare la deroga al di sotto di tale valore e fatta salva successiva facoltà di recesso. Il tetto massimo di 1.200 assistiti è da considerarsi omnicomprensivo, secondo quanto di seguito riportato:
- assistiti di età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica (art. 38, c. 9);
 - assistiti ultraquattordicenni e fino al compimento d'età del sedicesimo anno affetti da patologie croniche (art. 38, c.13);
 - scelte temporanee di cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno nel territorio italiano (art. 39, c.7) e di cittadini non residenti (art. 39, c. 11).
- Tale disposizione si basa sui chiarimenti forniti alla Regione dalla Struttura Interregionale Sanitaria Convenzionati (SISAC) con nota dd. 24.5.2010 prot. n. 404/2010.
- e) Le scelte temporanee di cui alla lettera d) non concorrono alla determinazione del massimale di cui all'art. 38, comma 1, dell'ACN (800 scelte) ovvero quello derivante da autolimitazione (600 scelte).
- f) I PLS che autolimitano il proprio massimale individuale possono usufruire delle deroghe al massimale entro il tetto delle 600 scelte, salvo quanto previsto all'art. 38, comma 9, dell'ACN.
- g) Il rientro nel massimale è da considerarsi fisiologico. Il pediatra che abbia raggiunto e superato il proprio massimale o quota individuale rientra gradualmente nel massimale di cui alla suddetta lettera d) mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.
- h) Eventuali ulteriori deroghe al massimale individuale (art. 38, c. 3) possono essere autorizzate dall'Azienda per un tempo determinato, sentito il Comitato Aziendale, in relazione a particolari situazioni locali ed in funzione di una migliore assistenza, ai sensi dell'art. 48, c. 3, punto 5, della Legge n. 833/1978.
- i) Con l'inserimento di un nuovo pediatra in un ambito carente non verranno più attribuite scelte al pediatra con deroga al massimale (art. 39, comma 14).

3.5 Scelta temporanea del Pediatra (art. 39, comma 8)

Sul punto, si conferma quanto disposto al paragrafo 4.6 dell'AIR dd. 11.4.2008, reso esecutivo con DGR n. 817 dd. 8.5.2008.

3.6 Mantenimento delle scelte degli ultraquattordicenni (art. 41)

Per il mantenimento della scelta in favore del pediatra fino al 16° anno di età, si considerano come "particolari", ai fini dell'accoglimento della richiesta del genitore, le seguenti situazioni:

1. patologia grave, cronica e persistente;
2. situazioni psico-sociali causa di rischi o problematiche fisiche gravi;
3. ulteriori situazioni individuate dall'Azienda, sentito il Comitato aziendale.

La richiesta del genitore deve essere accompagnata dalla attestazione del pediatra e dalla sua accettazione.

Le situazioni di cui ai punti 1, 2, 3, vengono regolarizzate direttamente dall'Ufficio scelte e revoche sulla scorta di criteri da definirsi in sede di ciascun Comitato Aziendale.

L'Azienda comunica alla famiglia dell'assistito, almeno tre mesi prima, la revoca della scelta per compimento del 14° anno di età e l'annotazione che, per situazioni particolari, può essere richiesto, in deroga, il mantenimento della scelta in carico al pediatra fino al 16° anno di età. In caso di mancata comunicazione alla famiglia da parte dell'Azienda, l'assistito può esercitare la facoltà di cui sopra anche oltre il termine previsto.

3.7 Forme associative (artt. 52 e 58, lett. B)

La presentazione delle domande per il riconoscimento delle indennità per pediatrie di gruppo e per pediatrie in associazione non costituisce diritto al rimborso. Entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse, le Aziende inviano tali domande al Comitato Regionale per la valutazione e informano i pediatri interessati, specificando quanto sopra.

La costituzione di una forma associativa è strettamente legata ai pediatri che la compongono. E' anche ammessa la forma associativa della pediatria di gruppo composta da 2 PLS. Qualsiasi variazione/integrazione/sostituzione di pediatri rispetto all'originaria costituzione della singola forma associativa dovrà pertanto essere autorizzata dall'organo aziendale competente, previo parere del Comitato regionale di cui all'art. 24 dell'ACN, purché tali operazioni non comportino un aumento complessivo della spesa a livello regionale anche attraverso l'utilizzo delle indennità per forme associative recuperate per cessazione dal rapporto convenzionale o perdita dell'indennità da parte dei PLS.

Sono ammesse le variazioni di pediatrie in associazione e di pediatrie di gruppo secondo quanto segue:

- a) variazione di uno dei componenti della forma associativa consistente nella sostituzione di un PLS che cessa volontariamente perché manifesta l'intenzione di non far più parte della forma associativa con uno nuovo che intende subentrare al suo posto;
- b) variazione di uno dei componenti della forma associativa consistente nella sostituzione di un PLS che cessa per trasferimento/pensionamento/decesso o altre cause indipendenti dalla cessazione volontaria con uno nuovo che intende subentrare al suo posto;
- c) integrazione dell'originaria composizione della forma associativa con uno o più componenti che si aggiungono;
- d) diminuzione del numero dei componenti che hanno dato origine alla forma associativa purché sia almeno garantita la presenza di due PLS;
- e) subentro nella forma associativa già costituita di un PLS di nuovo convenzionamento;
- f) variazione da una tipologia associativa ad un'altra (pediatria di gruppo e pediatria in associazione);
- g) altre variazioni che saranno oggetto di istanza.

Il Comitato regionale valuta le predette istanze di variazione/integrazione/sostituzione, presentate dai PLS tramite l'Azienda per i servizi sanitari, sulla base dei seguenti criteri:

- tiene conto dell'ordine cronologico di acquisizione al protocollo dell'Azienda per i servizi sanitari delle richieste di variazione/integrazione/sostituzione;
- in caso vi sia richiesta di nuove forme associative, tiene conto, a parità di ordine cronologico, della necessità di garantire un riequilibrio della distribuzione territoriale delle forme associative qualora ciò sia compatibile con la situazione orogeografica, organizzativa ed assistenziale presente nei diversi ambiti aziendali;
- in caso vi sia richiesta di nuove forme associative, verifica che non vi siano istanze in giacenza presso tutte le Aziende per i servizi sanitari presentate da PLS per nuove forme associative già effettivamente costituite ed operanti.

Fermo restando il principio in base al quale qualsiasi variazione inerente le forme associative può avvenire solo se non comporta un aumento della spesa, le pediatrie in associazione e di gruppo che, per la cessazione da parte di uno o più componenti, anche se rimangono composte da solo un pediatra, hanno tempo 180 giorni dalla cessazione del/i suddetto/i membri, per l'individuazione e la comunicazione all'Azienda di un nuovo professionista già convenzionato del medesimo ambito territoriale disponibile a partecipare a tale forma associativa o di un PLS neo inserito. Durante tale periodo viene sospesa l'erogazione dell'indennità corrispondente. Gli effetti economici decorrono

dal ricevimento, da parte dell'Azienda, dell'atto costitutivo (art. 54, comma 4, lett. s) della nuova forma o, se successiva, dall'effettiva costituzione della nuova forma associativa. Scaduto tale termine senza che vi sia un nuovo pediatra già convenzionato del medesimo ambito territoriale disposto ad entrare o di un PLS neo inserito, la pediatria in associazione o di gruppo decade.

Qualsiasi variazione della composizione delle forme associative va tempestivamente comunicata al Comitato Regionale.

Oltre a quanto sopra previsto, qualora uno o più pediatri aventi il diritto all'indennità per forme associative cessi il rapporto convenzionale o perda tale indennità, il Comitato Regionale può riconoscere tali diritti ad altri colleghi che presentino domanda per l'aggregazione a medicine di gruppo già esistenti al fine di costituire gruppi misti di medici di medicina generale e di pediatri di scelta.

Per tutto quanto qui non contemplato, si fa rinvio specifico alle disposizioni contenute nell'art. 52 dell'ACN.

L'indennità per forme associative viene corrisposta fino al limite massimo di assistiti di cui al paragrafo 3.4 "Massimale di scelte e sue limitazioni", lett. a) 800 assistiti, c) deroga fino a 80 assistiti, d) ulteriore deroga fino a 1200 assistiti.

3.8 Collaboratore di studio ed infermiere professionale (ACN, art. 58, lett. B), commi 5-6; DGR n. 2124/2009)

La presentazione delle domande per il riconoscimento delle indennità di collaboratore di studio/infermiere professionale successive alla data 30.6.2009 non costituisce diritto al rimborso. Entro 30 giorni dal ricevimento delle stesse, le Aziende inviano tali domande al Comitato Regionale per la valutazione e informano i pediatri interessati, specificando quanto sopra.

Il calcolo degli assistiti ai fini del riconoscimento delle indennità viene aggiornato al 1 gennaio di ogni anno.

Nel caso in cui il personale amministrativo/infermieristico interrompa in maniera definitiva il rapporto di lavoro con il pediatra, quest'ultimo ha sei mesi di tempo (a decorrere dalla data di cessazione del rapporto) per siglare un nuovo contratto di collaborazione. Scaduto tale termine perde il diritto all'indennità per collaboratore/infermiere.

Qualora uno o più pediatri aventi il diritto all'indennità per collaboratore/infermiere cessi il rapporto convenzionale o perda tale indennità, il Comitato Regionale può riconoscere tale diritto ad un altro collega che abbia fatto domanda purché tale operazione non comporti un aumento complessivo della spesa. Il Comitato regionale valuta le predette istanze di riconoscimento dell'indennità, presentate dai PLS tramite l'Azienda per i servizi sanitari, sulla base dei seguenti criteri:

- verifica le istanze in giacenza presso tutte le Aziende per i servizi sanitari presentate da PLS per il riconoscimento dell'indennità relativa a collaboratore di studio/infermiere già effettivamente assunto;
- tiene conto dell'ordine cronologico di acquisizione al protocollo dell'Azienda per i servizi sanitari di tali richieste di riconoscimento;
- tiene conto, a parità di ordine cronologico, della necessità di garantire un riequilibrio della distribuzione territoriale del personale di studio qualora ciò sia compatibile con la situazione organizzativa ed assistenziale presente nei diversi ambiti aziendali. In subordine, tiene conto dell'anzianità di convenzionamento con il SSN del PLS;
- in caso di subentro di un nuovo pediatra in una forma associativa già costituita, il PLS neo inserito ha facoltà di assumere il personale di studio mantenendo il contratto di lavoro esistente con conseguente diritto all'indennità.

Ai pediatri ai quali è riconosciuta l'indennità per il collaboratore di studio/infermiere professionale alle condizioni previste dal presente AIR è lasciata la discrezionalità di mantenere la corresponsione della relativa indennità come disciplinato dall'ACN oppure di optare per l'istituto del rimborso come disciplinato dal presente AIR. L'opzione predetta può essere variata con istanza da presentare all'Azienda per i servizi sanitari di riferimento entro il 30 novembre dell'anno precedente. La variazione decorrerà dall'1 gennaio dell'anno successivo a quello della richiesta. Non sono comunque ammesse variazioni dell'opzione esercitata nel corso dell'anno solare.

L'orario di presenza del collaboratore/infermiere va comunicato all'Azienda ed esposto all'interno dello studio medico. Eventuali variazioni vanno comunicate all'Azienda entro 15gg dall'avvenuta modifica.

La Regione garantisce, attraverso il CEFORMED, corsi di formazione per i collaboratori di studio, avente carattere di obbligatorietà secondo direttive e programmi da definire in sede di Comitato regionale con particolare riferimento alla normativa sulla sicurezza del lavoro ed altri obblighi di legge.

Opzione AIR

L'indennità riconosciuta per il collaboratore di studio/infermiere professionale è di € 12,00 per assistito, fino ai tetti stabiliti dal massimale di scelte (paragrafo 3.4). Tale indennità non può essere superiore ai costi sostenuti per il dipendente, ovvero emolumenti stipendiali, oneri sociali a carico del professionista, retribuzione differita e ogni altro onere documentato (calcolati per il collaboratore in relazione al CCNL del personale studi professionali – Area professionale amministrativa e giuridica IV liv. – e per l'infermiere in relazione al CCNL del personale studi professionali, - Area professionale medico-sanitaria III liv.) e verrà calcolata sul costo orario settimanale effettuato dal collaboratore/infermiere pari al numero massimo di:

- 0 ore settimanali per pediatra fino a 250 assistiti;
- 10 ore settimanali per pediatra da 251 a 500 assistiti;
- 15 ore settimanali per pediatra con oltre 500 assistiti.

L'indennità non può in ogni caso superare il tetto annuo di € 14.400 per pediatra.

L'indennità viene corrisposta in via anticipata e provvisoria in dodicesimi sugli importi preventivati mentre il definitivo riconoscimento e conguaglio sarà soggetto a rendicontazione annuale, previa esibizione della documentazione di spesa da esibire entro fine febbraio dell'anno successivo e che verrà conguagliata entro le due mensilità stipendiali successive. Ai costi orari sostenuti per il collaboratore devono essere aggiunte le spese per la gestione amministrativa-contabile del contratto di lavoro del collaboratore secondo le tariffe di categoria.

Nell'ipotesi di collaboratore fornito da società, cooperative e associazioni di servizio, il costo massimo riconoscibile verrà calcolato in base alle ore settimanali stabilite sulla base del presente AIR.

Nel caso in cui un pediatra, grazie all'aumento del numero dei propri assistiti, passi da una fascia di assistiti inferiore ad una superiore, ottiene il diritto al riconoscimento economico correlato a tale fascia superiore solo a partire dal momento di acquisizione, tramite protocollo aziendale, del contratto di modifica dell'orario del proprio collaboratore/infermiere. Nel caso opposto in cui un pediatra passi da una fascia superiore ad una inferiore di assistiti va aggiornato anche il diritto al riconoscimento economico in relazione a quanto corrisposto per la nuova fascia.

Nulla è dovuto per il collaboratore/infermiere con orario superiore alle 15 ore settimanali ad eccezione dei PLS che al 30.6.2009 già utilizzavano il collaboratore/infermiere per un numero di ore superiore.

L'AIR reso esecutivo con deliberazione giunta n. 2124/2009 viene così modificato:

“- oltre le 15 ore settimanali per i PLS in pediatria di gruppo alle seguenti condizioni:

- tutti i pediatri del gruppo devono avere in carico un numero superiore a 500 assistiti;
- uno o più pediatri del gruppo limitano la presenza del collaboratore di studio/infermiere al minimo previsto di 10 ore settimanali o ne escludono la presenza;
- acquisizione del consenso del/i pediatra/i del gruppo che scelgono di limitare al minimo o rinunciano alla presenza del collaboratore;
- alla richiesta della maggiorazione di ore deve corrispondere richiesta di pari riduzione o rinuncia delle ore da parte degli altri componenti del gruppo;
- Il totale massimo delle ore disponibili di collaboratore di studio/infermiere all'interno della pediatria di gruppo viene calcolato moltiplicando n. 15 ore settimanali per il numero dei pediatri componenti la forma associativa. Nell'ambito di tale tetto massimo di ore disponibili i PLS optano per l'applicazione del predetto criterio di osmosi. Tale criterio deve intendersi applicabile in qualsiasi momento ed è riferibile anche ad entrambe le figure del collaboratore di studio e dell'infermiere;

- o qualora a seguito dell'applicazione del criterio dell'osmosi, un componente della pediatria di gruppo assuma il personale di studio per un monte ore settimanale superiore alle 15 ore, il tetto annuo di € 14.400 per pediatra è derogato, fermo restando che ciò non può comportare un aumento di spesa."

Il collaboratore di studio esercita esclusivamente le sue funzioni nell'ambito delle attività convenzionali volte al miglioramento della qualità dell'assistenza, garantendo principalmente:

- l'accoglimento delle richieste delle visite durante l'attività di lavoro ambulatoriale;
- l'organizzazione per appuntamento di almeno parte delle giornate di apertura dello studio.

3.9 Accoglimento nuove domande per le Forme associative e Personale

Nell'intendimento di garantire una maggiore qualificazione dei servizi erogati dai PLS, la Regione, tramite parte della quota d'obbligo riservata alla contrattazione integrativa regionale, connessa al rinnovo del biennio economico 2008-2009 (1,2% della spesa 2007 per i PLS), accoglie le istanze avanzate finalizzate ad ottenere il riconoscimento delle indennità, rispettivamente, relative alle forme associative della pediatria di gruppo e pediatria in associazione, al collaboratore di studio e al personale infermieristico presentate entro il 31.12.2010, purchè l'associazione sia effettivamente operante a tale data ed il personale di studio già assunto entro la stessa data.

Le indennità connesse alle predette istanze decorrono dalla data di stipula definitiva del presente Accordo integrativo regionale.

E' demandata alla competenza delle rispettive Aziende per i servizi sanitari la verifica sulla sussistenza dei requisiti necessari per il riconoscimento delle succitate indennità secondo le condizioni sopra stabilite.

A partire dall'1.1.2011, verranno accolte ulteriori domande finalizzate al riconoscimento di tutte le indennità previste dall'art. 58, lett. B, comma 1, dell'ACN per le forme associative e per il personale di studio alle condizioni previste ai precedenti paragrafi 3.7 e 3.8. Pertanto, la presentazione delle domande per il riconoscimento delle indennità non costituisce diritto al rimborso. Le Aziende informano PLS interessati, specificando quanto sopra.

Al fine di perseguire il miglioramento della qualità dei servizi che permetta, rispettivamente, la graduale acquisizione di personale di studio nonché la graduale istituzione di nuove forme associative, si utilizza altresì quota parte dello stanziamento delle risorse aggiuntive regionali di cui alla lettera C) del punto 1.7.2. Tale stanziamento viene gestito a livello regionale, sentito il Comitato regionale. Le parti danno atto dell'esigenza nell'ambito delle risorse economiche disponibili di perseguire ulteriormente l'obiettivo del superamento dei limiti percentuali posti in relazione agli assistiti per l'accoglimento di nuove istanze per forme associative e personale di studio allo scopo di migliorare gli standard erogativi ed organizzativi.

3.10 Assistenza in zone disagiate/disagiatissime (art. 58, lett. D)

L'insediamento del PLS che opera in zona disagiatissima o disagiata può essere incentivato mediante:

- la messa a disposizione di strutture ambulatoriali e personale da parte dell'Azienda per i servizi sanitari o di altre amministrazioni a costo ridotto o a titolo gratuito;
- la partecipazione, da parte dell'Azienda, alla spesa per la locazione di un alloggio ad uso abitativo qualora il PLS ritenga indispensabile stabilirsi nella zona disagiatissima. L'entità della spesa, a carico dell'Azienda, e la sua durata verranno concordate tra le parti (DGR n. 1547/2003);
- l'utilizzazione del PLS per attività territoriali programmate nei limiti dell'attività globalmente consentita ed anche in deroga ai limiti temporali di cui all'art. 61, comma 1, dell'ACN;
- copertura di ore di assistenza pediatrica presso ambulatori messi a disposizione dall'Azienda o dai Comuni per attività nelle zone carenti da parte dei PLS disponibili già inseriti negli ambiti territoriali limitrofi dell'Azienda per i servizi sanitari di riferimento;
- la non applicazione dell'incompatibilità prevista nell'operare come specialista in pediatria;

- un incremento economico stabilito per ogni PLS inserito in zone individuate come disagiate o disagiatissime, per la cui identificazione si fa riferimento alla DGR n. 4005 del 12.12.2003, fino al raggiungimento di:
 - un compenso accessorio di € 516,46 mensili lordi;
 - il suddetto compenso accessorio potrà essere elevato a € 1.032,91 lordi mensili qualora il PLS operi in zone considerate dall'Azienda come maggiormente disagiate;
 - il compenso accessorio medesimo potrà essere ulteriormente elevato ad € 2.065,82 lordi mensili qualora trattasi di ambiti disagiati/disagiatissimi in cui la carenza di inserimento del PLS superi i 24 mesi.

Si continuano, comunque, a corrispondere a salvaguardia delle posizioni già consolidate le indennità riconosciute dalle Aziende per i servizi sanitari ai pediatri già inseriti in ambiti disagiati e disagiatissimi alla data del 31.12.2010.

Ai pediatri inseriti in ambiti non disagiati/disagiatissimi ma che abbiano in carico assistiti residenti in Comuni qualificati disagiati/disagiatissimi, viene riconosciuto il compenso di € 25,82 annue per ciascun assistito residente in zone disagiate e disagiatissime fino al raggiungimento del tetto massimo di € 516,46 mensili lordi.

Gli oneri derivanti dall'applicazione del presente punto fanno carico ai bilanci delle Aziende per i servizi sanitari, con finanziamento a valere sulle risorse regionali destinate alla gestione del Servizio sanitario regionale di parte corrente a destinazione indistinta.

Sulla base degli indirizzi aziendali potranno essere realizzati nelle zone disagiate e disagiatissime, sentito il Comitato aziendale, e compatibilmente con le risorse previste nel budget aziendale, progetti finalizzati a rispondere alle specifiche esigenze di salute delle singole zone.

4. TRATTAMENTO ECONOMICO E MODALITA' DI COSTITUZIONE DEI FONDI (art. 58)

B – Quota Variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi ed organizzativi

B.1 Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza (art.58, lett. B)

E' istituito in ogni singola Azienda un fondo a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione come definiti dall'art. 59 lett. B, finalizzato ad incentivare assetti organizzativi, strutturali ed obiettivi assistenziali di qualità dell'assistenza primaria .

Il fondo a riparto è costituito con le quote derivanti dalla quantificazione di:

- a) comma 1: € 2,09 annue per assistito;
- b) comma 3: € 2,07 annue per assistito pari ad € 4,16 per assistito

Nel 2010 il fondo a riparto per la qualità dell'assistenza risulta essere così costituito:

- a) quota ACN = $4,16 \times 116.848$ + quota enpam = € 486.087,68 + € 45.570,72 = 531.658,40 (enpam inclusa)
- b) quota AIR = € 573.232,00 + € 53.740,50 (quota enpam) = € 629.972,50 (enpam inclusa)

Istituto Economico	Modalità di calcolo ACN	Modalità di calcolo AIR	Fonte di finanziamento
Pediatria di gruppo (comma 4)	€ 9,00 annui per assistito	Si calcola in dodicesimi per ogni assistito in carico per ogni mese. Si eleva la quota ad € 12,00 annui per assistito (DGR n. 2124/2009) fino al tetto di 1.200 assistiti per PLS.	1) risorse ACN: fondo a riparto ex art. 45; 2) risorse AIR: come da DGR n. 817/2008; n. 2124/2009
Pediatria in associazione (comma 4)	€ 8,00 annui per assistito	Si calcola in dodicesimi per ogni assistito in carico per ogni mese. Si eleva la quota ad € 10,00 annui per assistito (DGR n. 2124/2009) fino al tetto di 1.200 assistiti per PLS.	1) risorse ACN: fondo a riparto ex art. 45; 2) risorse AIR: come da DGR n. 817/2008; n. 2124/2009
Collaborator e di studio (commi 5 e 13)	€ 10,00 annui per assistito	Si calcola in dodicesimi per ogni assistito in carico per ogni mese. Gli assistiti dei pediatri operanti in forma associata non sono computati nei tetti stabiliti per l'incentivazione. Il PLS può mantenere l'indennità prevista dall'ACN oppure optare per € 12,00 annui per assistito (DGR n. 2124/2009) fino al tetto di 1.200 assistiti, salvo conguaglio da compiere sulla base dell'effettiva minore spesa	1) risorse ACN: fondo a riparto ex art. 45; 2) risorse AIR: come da DGR n. 817/2008; n. 2124/2009 Il contratto deve essere come quello previsto per i dipendenti degli studi professionali e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio o come previsto da specifiche autorizzazioni aziendali. Si corrisponde al singolo pediatra anche se è in associazione.

		sostenuta.	
Infermiere professionale (commi 6 e 13)	€ 7,50 annue per assistito	Si calcola in dodicesimi per ogni assistito in carico per ogni mese. Gli assistiti dei pediatri operanti in forma associata non sono computati nei tetti stabiliti per l'incentivazione. Il PLS può mantenere l'indennità prevista dall'ACN oppure optare per € 12,00 annui per assistito (DGR n. 2124/2009) fino al tetto di 1.200 assistiti, salvo conguaglio da compiere sulla base dell'effettiva minore spesa sostenuta.	1) risorse ACN: fondo a riparto ex art. 45; 2) risorse AIR: come da DGR n. 817/2008; n. 2124/2009 Il contratto deve essere come il CCNL della categoria o fornito da società, cooperative o associazioni di servizio o come previsto da specifiche autorizzazioni aziendali. Si corrisponde al singolo pediatra anche se è in associazione.
Indennità informatica (comma 10)	€ 77,47 mensili forfetarie	Si corrispondono mensilmente	1) risorse ACN: fondo a riparto ex art. 45. E' obbligatorio per tutti i pediatri essere informatizzati.

Non è prevista la pediatria in rete.

B.2 Fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico (art.58, lett. B, commi 14-18)

In ogni singola Azienda viene istituito il fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico (art. 58, lett. B, commi 14-18) finalizzato al raggiungimento degli obiettivi definiti dagli Accordi Integrativi Aziendali, sulla base delle linee guida e dei criteri stabiliti dall'AIR. Tale fondo è costituito come segue:

Istituto economico (art. 58, lett. B, commi 14-18)	Modalità di calcolo ACN	Modalità di calcolo AIR	Modalità di finanziamento
Fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico (art. 58, lett. B, commi 14-18)	€ 3,08 annui per assistito. Il Fondo viene calcolato, in via preventiva, moltiplicando € 3,08 annui per il numero degli assistiti ricavato dalla tabella riportata nel paragrafo sottostante "Disposizioni generali" (totale assistiti indicato nella nona ed ultima colonna della tabella)	A ciascun PLS viene corrisposta una quota pari a € 0,26 mensili per assistito in carico, equivalente ad € 3,08 annui per il raggiungimento degli obiettivi di governo clinico stabiliti dagli AIA. Resta peraltro fermo il principio del recupero d'importi erogati non dovuti. Gli eventuali residui del fondo vanno accantonati per gli AIA degli anni successivi.	risorse ACN: Fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico (art. 58, lett. B, commi 14-18).

B.2 bis Fondo ponderazione qualitativa delle quote capitarie (art. 58 lett. A commi 4-7).

Il fondo non è riassorbibile e va interamente distribuito tra i PLS aventi diritto. Se dai conguagli effettuati a fine anno, dovessero risultare residui del fondo, essi vanno distribuiti, tra tutti i PLS, in base alla seguente proporzione:

- $(\text{importo residuo}) / (\text{numero totale di quote mensili di assistiti corrisposte relative a tutti i PLS}) \times (\text{numero totale di quote mensili corrisposte al singolo PLS})$

B. 3 Disposizioni generali

- l'inizio di validità degli istituti economici che riportano la data 31/12 è da intendersi lo 01/01 dell'anno successivo;
- il computo degli assistiti va aggiornato annualmente sulla base del **totale degli assistiti in carico al 31.12 dell'anno precedente a quello di competenza**;
- per il 2010 tale fondo risulta calcolato sul seguente numero di assistiti in carico al 31/12/2009 (totale assistiti comprensivo di quelli senza scelte):

	ASSISTITI IN CARICO AI PLS				ASSISTITI SENZA SCELTE DEL PLS			TOTALE ASSISTITI
	00_06	06_14	14_99 9	totale	00_06	06_14	totale	
Azienda n. 1 "Triestina"	10.221	11.412	457	22.090	214	314	528	22.618
Azienda n. 2 "Isontina"	6.660	7.187	58	13.905	103	78	181	14.086
Azienda n. 3 "Alto Friuli"	2.464	2.902	28	5.394	103	101	204	5.598
Azienda n. 4 "Medio Friuli"	16.177	15.917	19	32.113	690	480	1.170	33.283
Azienda n. 5 "Bassa Friulana"	4.388	3.817	32	8.237	226	117	343	8.580
Azienda n. 6 "Friuli Occidentale"	17.245	15.275	50	32.570	63	50	113	32.683
Totale Regione	57.155	56.510	644	114.309	1.399	1.140	2.539	116.848

- Tutti gli istituti di cui all'art. 58, lettera B), commi 1-13 vanno rivisti alla luce dell'applicazione dell'art. 26 ter.
- Una volta costituiti formalmente i suddetti fondi, le Aziende provvedono ad inoltrare alla Regione i relativi atti entro il 31 marzo di ogni anno.

C – Quota Variabile per compensi servizi calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazione, concordata a livello regionale e/o aziendale (art. 58, lett. C, commi 1, 2, 3)

Prestazioni aggiuntive (commi 1-2, all. B)	Tariffa ACN (€prestazione o accesso)	Tariffa AIR (€prestazione o accesso)
A) Prestazioni terapeutiche (1-18)	Importi da nomenclatore tariffario	
Prestazioni eseguibili senza autorizzazione sanitaria		
1. Boel test (DGR n. 2124/2009)	€ 21,43	
2. Screening per l'ambliopia (DGR n. 2124/2009)	€ 21,43	
C) Prestazioni di tipo diagnostico di norma eseguibili nell'ambito di accordi regionali		
1. Uricult (test cultura urine)		€ 7,00
2. PCR		€ 21,00
3. Esame microscopio urine		€ 6,00
4. Test acuità visiva (tavola ottotipica) max 3 test per assistito all'età filtro		€ 21,00
5. Spirometria		€ 21,00
6. Ricerca SBEGA		€ 16,00
7. Prelievo di sangue capillare		€ 3,00

8. Prick test		€ 21,00
9. Scoliomertria (esecuzione e valutazione - max 3 test per assistito all'età filtro)		€ 6,00
10. Pulsiossimetria		€ 8,00
11. Urine completo (stick)		€ 7,00
12. Esami ecografici (cerebrale cod. 8871.1, polmonare cod. 8873.3, cute e sottocute cod. 8879.1, osteoarticolare cod. 8879.2 muscolotendinea cod. 8879.3 addome superiore cod. 8874.1 addome inferiore cod. 8875.1 addome completo cod. 8876.1)	€ 39,80 € 45,90 € 36,20 € 42,60 € 36,20 € 56,10 € 43,90 € 80,20 Come da nomenclatore tariffario regionale 2009	
13. Vaccinazioni (nell'ambito dei programmi vaccinali aziendali o regionali)		€ 10,00 a dose € 16,00 multidoso
14. Podoscopia (esecuzione e valutazione - max 3 test per assistito all'età filtro)		€ 12,91
15. Test alla luce di Wood		€ 10,33
Assistenza domiciliare ed ambulatoriale a bambini con patologia cronica (comma 3 art. 58; all. E ed E bis)		
Assistenza domiciliare ai bambini con patologia cronica (art. 58, comma 3; all. E ed E bis)	€ 25,82/ accesso	
UVD UVDM e UVDH	€ 25,82/ riunione	

Annualmente, nell'ambito di specifici Accordi aziendali devono essere concordati ed autorizzati i volumi quanti/qualitativi delle prestazioni aggiuntive di cui ai numeri 12 e 15.

D – Accordi Regionali ed aziendali

Fino al nuovo AIR, il Progetto Salute Infanzia si articola in 9 bilanci di salute, di cui uno a carico della nuova quota capitaria.

Altre attività previste dagli AIR (art. 58, lett. D, commi 1-3; DGR n. 817/2008, 2124/2009, 2958/2009)	Scadenza	Quota presente AIR	Fonte di finanziamento
Rappresentante AFT	Sino al prossimo AIR	€ 4.000,00 fissi + € 3.000,00 variabili a raggiungimento degli obiettivi dell'AFT, il tutto Enpam incluso	Fondo aggiuntivo regionale
Libretto sanitario pediatrico individuale (nota prot. 21404/AMM. 1.3 del 22.10.2002)	Sino al prossimo AIR	€ 5,61 a libretto compilato	Fondo aggiuntivo regionale
Progetto "Salute infanzia" (nota prot. 21404/AMM. 1.3 del 22.10.2002)	Sino al prossimo AIR		Fondo aggiuntivo regionale
▪ 7 Bilanci di salute a: 1, 3, 6, 8, 12, 18, 36 mesi (DGR n. 817/2008)	Sino al prossimo AIR	€ 12,91 per bilancio, detratta quota Enpam a carico delle ASS	Fondo aggiuntivo regionale
▪ 8° Bilancio di salute a 6 anni (DGR n. 817/2008)	Sino al prossimo AIR	Gratuito	
▪ 9° Bilancio di salute a 24 mesi (DGR n. 817/2008)	Sino al prossimo AIR	€ 12,91 per bilancio, detratta quota Enpam a carico delle ASS	Fondo aggiuntivo regionale
Copertura dell'assistenza pediatrica nelle zone disagiate/	Sino al prossimo AIR	Vedi per i compensi punto 3.10 del presente AIR	Fondo aggiuntivo aziendale

disagiattissime (DGR n. 817/2008; nota prot. n. 13777/SPS/SAN del 18.7.2008)			
Progetto "Contattabilità telefonica del PLS" (DGR n. 817/2008; nota prot. n. 13777/SPS/SAN del 18.7.2008; DGR n. 2124/2009; DGR 2958/2009)	Sino al prossimo AIR	€ 4,00 annui per assistito per PLS singolo.	Fondo aggiuntivo regionale
Progetto "Ampliamento dell'apertura degli studi medici" (DGR n. 817/2008; nota prot. n. 13777/SPS/SAN del 18.7.2008; DGR n. 2124/2009)	Sino al prossimo AIR	€ 4,50 annui per assistito per PLS singolo	Fondo aggiuntivo regionale
Rimborso spese per partecipazione a comitati regionali ed aziendali	Sino al prossimo AIR	€ 200 / riunione + rimborso viaggio (DGR n. 269/2006)	Fondo aggiuntivo regionale

Altri finanziamenti regionali (DGR n. 2787/2009)		Quota Regionale	Fonte di finanziamento
Formazione Ceformed (attuale finanziamento complessivo regionale € 1.320.000,00)		Quota annua su finanziamento regionale sulla base delle attività programmate.	Fondo aggiuntivo regionale (sovraziendali)

Norma transitoria n. 1

Per l'anno 2010 tutte le quote relative agli Accordi Regionali ed Aziendali saranno corrisposte per un valore corrispondente ad 1/12 di quanto indicato moltiplicato per il numero di mesi di vigenza dell'AIR.

Norma transitoria n. 2

Entro 30 giorni dalla stipula definitiva del presente AIR, viene costituito un apposito gruppo tecnico, composto da due rappresentanti indicati da ciascuna OO.SS. firmataria del medesimo AIR e da due rappresentanti indicati dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali, con il mandato di revisionare il "Libretto sanitario pediatrico". Il gruppo tecnico deve concludere i lavori entro 60 giorni dal suo insediamento. Il nuovo modello di "Libretto sanitario pediatrico" verrà approvato dal Comitato regionale. Sino all'approvazione del nuovo modello, rimane valido l'attuale "Libretto sanitario pediatrico".

4.1 Contributi previdenziali (ACN, art. 59)

- a) contributo ENPAM: il contributo ENPAM è pari al 15%, di cui il 9,375% a carico dell'Azienda;
- b) contributi volontari modulari (art. 59, comma 2 bis): l'opzione dei contributi volontari modulari è esercitabile solo dai pediatri titolari. La base di calcolo per i contributi volontari modulari va calcolata sul totale degli emolumenti percepiti dai pediatri (ACN, AIR, AIA) per il periodo di competenza;
- c) I pediatri titolari comunicano l'eventuale variazione di aliquota dei contributi volontari (da +1% a +5% rispetto al limite minimo obbligatorio del 5,625%) dall'1 al 31 gennaio di ogni anno. Le domande pervenute dopo il 31 gennaio devono intendersi riferite ai contributi volontari dovuti per l'anno successivo. Le variazioni dell'aliquota dei contributi volontari modulari, siano esse in aumento o in diminuzione, possono essere compiute una sola volta all'anno;
- d) l'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale costituisce parte integrante del costo della convenzione come definita dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale (art. 59, comma 6).

4.2 Disposizioni generali

- a) Le Aziende non possono remunerare nuovamente, per gli stessi contenuti, gli istituti disciplinati dall'ACN e dall'AIR.
- b) Importi erogati non dovuti devono essere recuperati.

5. PROGETTI REGIONALI

A livello regionale sono previsti due ambiti d'intervento. Il primo, denominato progetto "Salute-infanzia", concerne la prevenzione primaria ed è volto all'obiettivo di favorire la promozione del benessere del bambino e della famiglia di appartenenza, risponde alle esigenze sia di tutela della salute del singolo che quella della comunità e si inquadra nell'obiettivo generale della prevenzione della malattia e dell'handicap con l'obiettivo della prevenzione primaria; il secondo, riguarda l'accessibilità ai servizi e la continuità assistenziale e si concretizza con il consolidamento dei progetti di "Contattabilità telefonica" e di "Ampliamento dell'apertura degli studi medici" proposti ai PLS singoli, di cui alla D.G.R. n. 817/2008.

5.1 Progetto salute-infanzia

Il progetto regionale "Salute-infanzia" si concretizza principalmente attraverso i seguenti strumenti alcuni dei quali previsti tra le prestazioni ed attività aggiuntive di cui all'art. 58, comma 1, lettera C, dell'ACN (bilanci di salute e libretto sanitario pediatrico):

- libretti sanitari pediatrici (è previsto l'adeguamento; si richiama la Norma transitoria n. 2 del paragrafo 4 – lettera D)
- bilanci di salute (da trasmettere set di informazioni al momento in cui saranno approntati le relative condizioni e modalità sui flussi informatici)
- specifiche prestazioni di screening
- promozione delle attività vaccinali previste.

Il progetto "Salute-infanzia" è da intendersi come la prima fase di una pianificazione più articolata e complessa che può prevedere ulteriori fasi di sviluppo a livello aziendale, mediante l'implementazione di Accordi Integrativi Aziendali, in considerazione di specifiche situazioni epidemiologiche o socio-assistenziali.

Con la finalità di monitorare patologie acute o croniche e di chiarire quesiti diagnostici, evitando il ricorso alle strutture ospedaliere con il risultato di una risposta immediata e maggior soddisfazione dell'utenza, i bilanci di salute e le prestazioni diagnostiche, oltre a quelle previste al capitolo 4, lettera C), possono essere svolte dai PLS, sia singoli che associati, e nell'ambito dell'associazione anche da uno o più componenti della stessa nei confronti di tutti gli assistiti in carico ai PLS appartenenti alla forma associativa. Le predette prestazioni non sono soggette ad autorizzazione poiché svolte dal PLS esclusivamente nei confronti dei propri assistiti ovvero di quelli della forma associativa alla quale appartiene, a scopo di accertamento diagnostico complementare all'attività clinica.

Verrà costituito apposito gruppo tecnico, composto da rappresentanti della Regione e rappresentati delle OO.SS. firmatarie del presente AIR, che approfondirà la revisione libretto pediatrico e individuerà le modalità per la trasmissione informatizzata dei dati e dei bilanci di salute.

E' confermato il progetto relativo all'introduzione di un bilancio di salute all'età filtro di 24 mesi (tolleranza più o meno 2 mesi), alle condizioni previste dall'AIR reso esecutivo con DGR n. 817 dd. 8.5.2008 e relative "Modalità e criteri per l'attuazione dei progetti regionali a valere sul finanziamento aggiuntivo per l'anno 2008" approvati dal Comitato regionale in data 9.7.2008.

Sono confermate le disposizioni degli Accordi regionali vigenti in merito alle classi d'età, alle fasce di tolleranza nonché ai compensi spettanti ai PLS per l'effettuazione dei bilanci di salute, ferma restando la previsione di quelli che rientrano nella quota capitaria.

5.2 Progetti di “Ampliamento dell’apertura degli studi medici” e di “Contattabilità telefonica del pediatra di libera scelta”

Per i soli pediatri che operano singolarmente vengono confermati i progetti di “Ampliamento dell’apertura degli studi medici” e di “Contattabilità telefonica del pediatra di libera scelta” così come definiti nelle modalità dai punti A. 1) e A. 2) della nota regionale prot. n. 13777/SPS/SAN del 16 luglio 2008, di cui alla D.G.R. n. 817/2008, fatta eccezione per la durata del progetto “Ampliamento dell’apertura degli studi medici” e per i compensi relativi al progetto “Contattabilità telefonica del pediatra di libera scelta”.

Per il progetto “Ampliamento dell’apertura degli studi medici” si concorda la continuità del servizio aggiuntivo per l’intero anno solare. Di conseguenza l’adesione al progetto obbliga il PLS a mantenere il servizio aggiuntivo alle condizioni sopra riportate. Per i periodi di eventuale interruzione del servizio, causa situazioni del tutto straordinarie e motivate, non spetta alcun compenso al PLS aderente.

Dalla data di stipula definitiva del presente AIR, le Aziende per i servizi sanitari provvedono ad acquisire le adesioni dei PLS interessati. Ai fini dell’adesione ai progetti, il PLS è considerato singolo fino a quando alla pediatria in associazione o alla pediatria di gruppo non venga formalmente riconosciuta la relativa indennità. Il PLS decade dal diritto ad aderire ai suddetti progetti al momento del riconoscimento dell’indennità per la forma associativa. I progetti hanno vigenza per tutta la durata del presente AIR.

Le parti concordano che il compenso spettante è definito in euro 4,5 annue per assistito in carico al PLS aderente al progetto “Ampliamento dell’apertura degli studi medici” ed in euro 4,0 annue per assistito in carico al PLS aderente al progetto “Contattabilità telefonica del pediatra di libera scelta” come da finanziamenti di cui al punto 1.7.2.

6. AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT) DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA (Art. 26 bis)

6.1 Costituzione, principi, obiettivi e strumenti delle AFT (art. 13 e art. 26 bis)

Il nuovo ACN del 29.7.2009 prevede che tutti i PLS sia singoli che associati partecipino obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali secondo modalità stabilite dagli accordi regionali che tengono conto delle specificità delle realtà locali (comma 3 dell’art. 26 bis).

a) Le AFT sono **istituite** da ciascuna Azienda Sanitaria, con apposito provvedimento, in considerazione delle proprie specificità oro-geografiche e demografiche e degli obiettivi aziendali di pianificazione e riorganizzazione, realizzabili anche in sinergia con gli Accordi Integrativi Aziendali. Le AFT hanno dimensione interdistrettuale/aziendale ed una coorte di assistiti di almeno 10.000 unità tranne casi motivati da valutare in sede aziendale.

Nei casi di Aziende con una popolazione pediatrica inferiore a quanto definito viene costituita un’unica AFT coincidente con il territorio aziendale.

b) Gli **obiettivi** per i quali i PLS aderiscono alle AFT sono espressamente previsti al comma 6 del citato art. 26 bis:

- promuovere l’equità nell’accesso dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei LEA, anche attraverso l’individuazione di percorsi di integrazione tra pediatra di famiglia e continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l’applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della “evidence based medicine”, nell’ottica più ampia della “clinical governance”;

- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
 - promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi ed al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.
 - eventuale conseguimento di ulteriori obiettivi definiti dagli Accordi Integrativi Aziendali.
- c) Le AFT perseguono i loro scopi, di cui sopra, mediante (art. 26 bis, comma 7) i seguenti **strumenti**:
- Accordi Integrativi Aziendali attraverso i quali si concordano gli obiettivi di governo clinico e di qualità dell'assistenza primaria;
 - Incontri periodici delle AFT nei quali condividere le proprie attività, svolgere attività di peer review, valutare i risultati ottenuti e socializzare le modalità per conseguire dei miglioramenti, definire suggerimenti da proporre nel tavolo di coordinamento aziendale;
 - Incontri periodici tra il/i delegato/i delle AFT ed il tavolo di coordinamento aziendale per il monitoraggio degli obiettivi degli Accordi Integrativi Aziendali;
 - la partecipazione a programmi di formazione/ricerca concordati con il Direttore sanitario e coerenti con la programmazione regionale ed aziendale e con le finalità di cui al comma 6 dell'art. 26 bis dell'ACN 29.7.2009. I programmi di aggiornamento/formazione devono essere ricompresi nella formazione obbligatoria così come prevista dall'art. 20, comma 12, dell'ACN citato;
 - i programmi di aggiornamento e formazione con particolare riguardo ai processi d'integrazione ospedale-territorio che hanno valenza di formazione obbligatoria ai sensi dell'art. 20, comma 12, dell'ACN.

6.2 Organizzazione delle AFT e del Tavolo di coordinamento aziendale

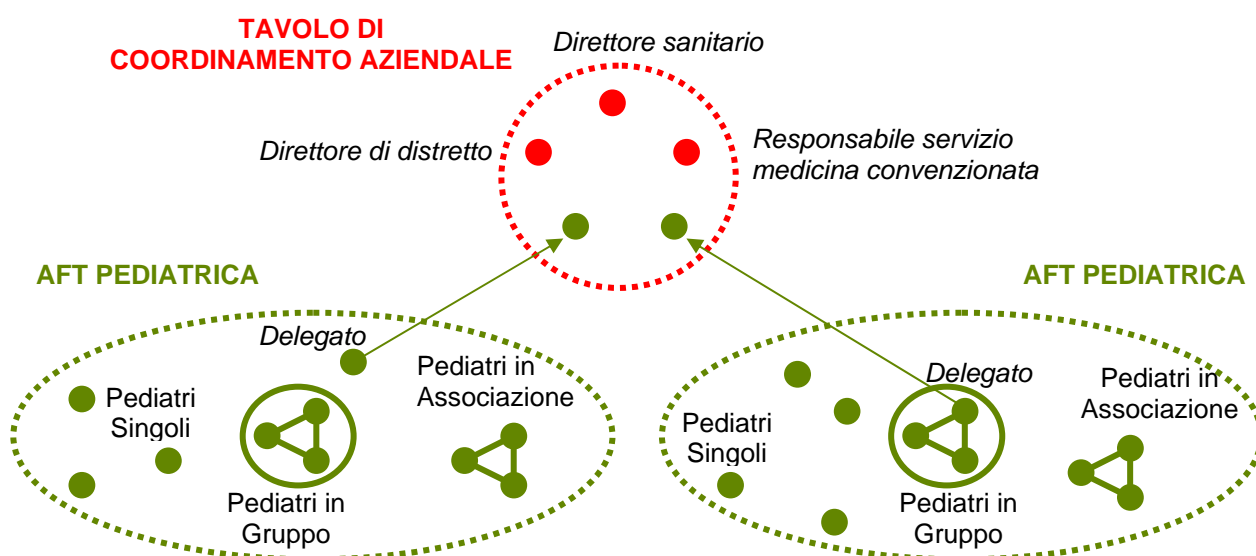
- a) Le Aggregazioni Funzionali Territoriali sono dei "**legami funzionali**" tra pediatri e fondano le proprie modalità organizzative su strumenti, così come denominati dalla letteratura, di tipo "soft", quali:
- incontri periodici;
 - audit interno;
 - momenti di peer review.
- Esse si differenziano, pertanto, dalle "strutture organizzative", quali le pediatrie in associazione e le pediatrie di gruppo, in quanto non prevedono modifiche strutturali delle modalità organizzative ed operative del lavoro dei pediatri – quali, a titolo esemplificativo, il coordinamento degli orari ambulatoriali – ma agiscono prettamente su aspetti di natura clinica e di formazione continua.
- b) L'**adesione obbligatoria** di tutti i PLS è prevista dall'art. 26 bis, comma 2, dell'ACN.
- c) Le AFT fanno tesoro delle esperienze delle forme associative già in essere e costituiscono un momento di raccordo funzionale tra i PLS di uno specifico territorio. Le AFT, in quanto legami funzionali, **ricomprendono** al loro interno sia pediatri singoli sia pediatri organizzati in forme associative strutturate quali pediatrie in associazione, pediatrie di gruppo.
- d) Ogni AFT, ai sensi dell'art. 26 bis, comma 4, è coordinata da un PLS con compiti di raccordo funzionale delle AFT nonché di integrazione e di coordinamento tra l'AFT e gli obiettivi, la programmazione e l'organizzazione aziendale. Il **coordinatore della AFT** ha, in sostanza, i ruoli di:
- Coordinamento del lavoro dell'AFT;
 - rappresentanza dei PLS all'interno del Tavolo di coordinamento aziendale, in particolare per quanto concerne la definizione dei contenuti tecnici e l'analisi dell'andamento degli Accordi integrativi aziendale per quanto riguarda gli obiettivi concordati per le AFT.
- e) Entro il 31.12 di ogni anno le AFT concordano con la direzione sanitaria il calendario, i contenuti e la sede degli **incontri** per l'anno successivo. Le riunioni devono essere almeno 2 per anno. Le Aziende garantiscono il servizio di continuità assistenziale per la durata degli incontri nonché una sede per le riunioni. Nelle riunioni può partecipare il direttore sanitario o un

suo delegato. Le AFT svolgono **attività** di audit clinico, di peer review, di analisi dei report inviati dalle Aziende in relazione al progressivo raggiungimento degli obiettivi definiti. Forniscono, inoltre, attraverso il proprio coordinatore, proposte di miglioramento della qualità dei servizi di assistenza primaria.

- f) **Entro 60 giorni** dall'entrata in vigore del presente Accordo le ASS, sentito il parere del comitato aziendale, istituiscono le AFT sulla base dei criteri previsti dalla lettera a) e comunicano i relativi provvedimenti alla Direzione Centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali.
- g) Al fine di garantire un maggiore coordinamento tra le AFT e le Aziende sanitarie, in un'ottica di condivisione della programmazione territoriale ed specificatamente dell'assistenza primaria, il/i delegato/i delle AFT partecipano ad un **tavolo di coordinamento aziendale**, presieduto dal Direttore Sanitario, nel quale si svolgono attività di programmazione e di monitoraggio dell'assistenza primaria. Le Aziende, d'intesa con le OO.SS., definiscono la composizione e le modalità di lavoro nonché il numero degli incontri del tavolo di coordinamento aziendale, in relazione agli obiettivi concordati per le AFT attraverso gli AIA.

Le modalità di progettazione ed attuazione dei modelli erogativi dovranno tendere al superamento delle attuali forme associative in modo graduale, attraverso la specifica attivazione delle UCCP. Fino a quel momento rimangono ferme le attuali modalità di compenso, a valere sul Fondo a riparto della qualità dell'assistenza, per le indennità riconosciute ai singoli PLS che fanno parte dell'AFT.

Fig. 6.2 Esempificazione di AFT e di un Tavolo di coordinamento aziendale



6.2.1 Coordinatori delle AFT (art. 26 bis, comma 4)

Le Aziende, entro 30 giorni dall'istituzione dell'AFT, invitano le AFT a presentare il nominativo del candidato coordinatore delle AFT scelto sulla base dei seguenti criteri preferenziali:

- Presenza di almeno 3 anni di servizio nell'Azienda;
- Curriculum vitae;
- Dichiarazione di disponibilità;
- Non esercizio di attività libero professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti (art. 57, comma 12).

Nei casi in cui:

- i candidati non siano in possesso dei requisiti sopra riportati;
- i candidati non abbiano un curriculum valutato positivamente;
- le AFT non presentino i nominativi di alcun candidato;

le Aziende possono definire altri criteri per la nomina dei coordinatori delle AFT d'intesa con le OO.SS.

I **compiti** di raccordo funzionale e professionale del coordinatore si sostanziano principalmente nel:

- a) Promuovere e facilitare un costruttivo rapporto con i PLS coinvolti nell'AFT;
- b) Favorire il raggiungimento, per la propria AFT, degli obiettivi definiti dall'Accordo Integrativo Aziendale;
- c) Promuovere e facilitare le iniziative tra i PLS dell'AFT e l'Azienda;
- d) Interfacciarsi con l'Azienda, nell'ambito del Tavolo di Coordinamento Aziendale, per le problematiche inerenti le esigenze emerse nell'ambito dell'AFT;
- e) Concordare entro il 31.12 con il direttore sanitario il calendario ed il programma degli incontri dell'anno a venire;
- f) Redigere un verbale per ciascun incontro e lo inviano al direttore di distretto entro i 60 giorni successivi alla riunione;
- g) Redigere una relazione annuale da inviare via e-mail entro il 30.1 di ogni anno al direttore sanitario nella quale descrivono l'andamento delle AFT in relazione agli obiettivi degli AIA.

6.2.2 Incentivi per i delegati AFT

A ciascun coordinatore dell'AFT vengono corrisposte:

- a) una quota fissa, per le funzioni di coordinamento di cui al paragrafo 6.2.1, pari ad € 4.000 annue comprensive della quota Enpam. Tale quota è da corrispondere mensilmente per la frazione corrispondente;
- b) una quota aggiuntiva variabile pari ad € 3.000 annue, comprensiva di contributi Enpam, per il raggiungimento, da parte dell'AFT da lui coordinata, degli obiettivi definiti dall'Accordo Integrativo Aziendale. Tale quota è da corrispondere a fine anno, previa verifica dell'Azienda del pieno raggiungimento dell'AFT degli obiettivi stabiliti dall'AIA.
- c) Le remunerazioni dei delegati AFT sono finanziate con risorse del presente Accordo Integrativo Regionale.
- d) La durata dell'incarico del delegato AFT è a tempo determinato e viene stabilita a livello aziendale.

7. ACCORDI INTEGRATIVI AZIENDALI

L'Accordo Integrativo Regionale (AIR) intende recepire ed integrare gli obiettivi e le linee programmatiche definite dall'ACN del 29 luglio 2010 in coordinamento sinergico con il nuovo Piano Sanitario e Socio-Sanitario Regionale 2010-2012 (DGR n. 465/2010), con il Progetto obiettivo materno – infantile e dell'età evolutiva (DGR n. 3235/2004 e ss.) e con le linee regionali annuali per la gestione.

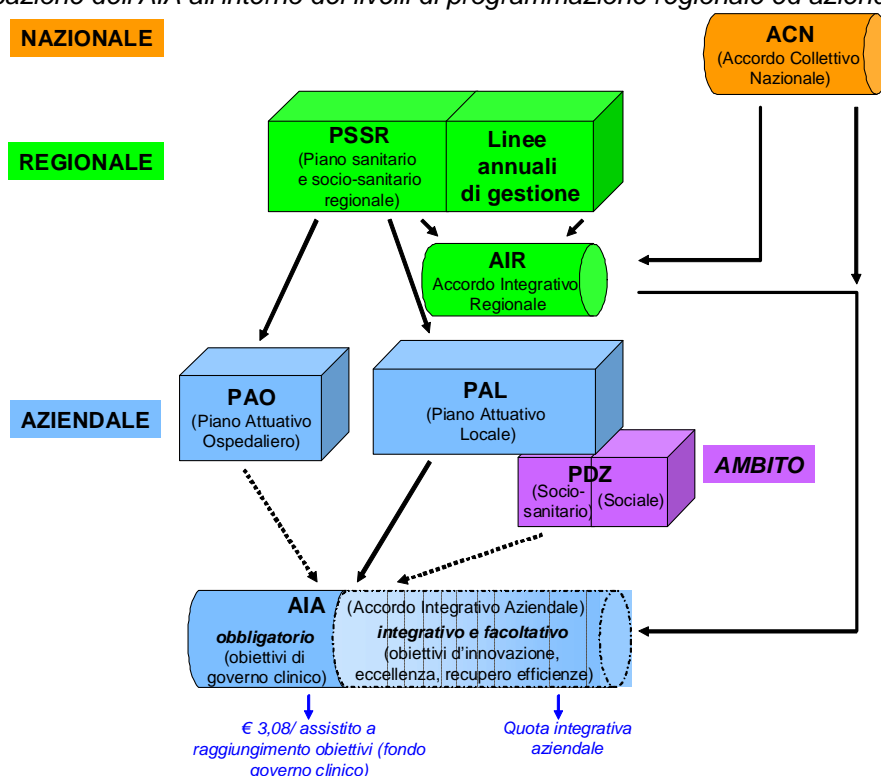
L'AIR costituisce un documento di programmazione regionale, nonché la cornice normativa della Medicina Convenzionata, all'interno della quale le Aziende, in sintonia con i Medici Convenzionati, definiscono gli obiettivi e l'organizzazione dell'assistenza sul territorio.

Gli *Accordi Integrativi Aziendali (AIA)* rappresentano il principale strumento aziendale di programmazione e di governo della medicina convenzionata e, nello specifico, della pediatria di famiglia. Essi declinano a livello di assistenza primaria strategie, obiettivi ed azioni previste dalla programmazione regionale e dalla programmazione aziendale, in considerazione anche delle prestazioni individuate con i Livelli Essenziali di Assistenza per la Pediatria di Libera Scelta, i quali rientrano fra i compiti e le attività definite con gli AA.CC.NN. di categoria. Gli AIA, quindi, rappresentano un importante strumento di sintesi, a livello territoriale ed in particolare di assistenza primaria, tra gli obiettivi ed il modello di riferimento definito dal presente Accordo Integrativo Regionale e la pianificazione aziendale (fig. 7.1) in relazione agli obiettivi di salute, all'impianto organizzativo e ai sistemi di gestione previsti per l'assistenza primaria e per il materno infantile.

A livello aziendale gli AIA declinano i macro obiettivi del Piano Attuativo Locale in obiettivi per l'assistenza primaria, in un'ottica di stretta integrazione con i Piani di Zona definiti dai diversi ambiti – soprattutto per quanto attiene all'area di assistenza socio-sanitaria –, e con il Piano Attuativo Ospedaliero – in particolare in relazione alla definizione e all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici integrati – (LR n.23/2004) e ad obiettivi di riorganizzazione dei servizi.

Il coordinamento e la visione sinergica, anche nella definizione degli obiettivi annuali di budget, tra questi strumenti, pongono importanti premesse per la costruzione di un efficace sistema reticolare d'offerta in grado di farsi carico anche dei casi di particolare complessità che richiedono interventi multidisciplinari coordinati.

Fig. 7.1: Collocazione dell'AIA all'interno dei livelli di programmazione regionale ed aziendale



7.1 Struttura degli Accordi Integrativi Aziendali

Gli AIA si articolano in due parti:

I) parte prevista dall'AIR, obbligatoria: Obiettivi di governo clinico

II) parte facoltativa ed integrativa aziendale: obiettivi d'innovazione, d'eccellenza e/o di recupero di efficienze.

Gli AIA devono avere carattere strettamente attuativo delle intese regionali. Essi non possono, pertanto, apportare modifiche volte ad incidere su principi, condizioni e limiti stabiliti dalla negoziazione regionale.

7.1.1 AIA: parte prevista dall'AIR. Obiettivi di governo clinico

Ciascuna Azienda stipula con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del proprio Comitato aziendale un Accordo Integrativo Aziendale, volto alla promozione di Obiettivi di Governo Clinico, che si esplica attraverso azioni inerenti le seguenti aree d'intervento:

- a) Promozione del benessere del bambino e della famiglia
- b) Promozione dell'appropriatezza

Per ciascuna area d'intervento vengono di seguito riportate definizione e dimensioni che le caratterizzano e che ne delimitano il loro ambito d'azione.

All'interno di tale spazio d'intervento gli AIA definiscono specifici **obiettivi** come da esemplificazione sottostante (tab. 7.1) che non presenta carattere vincolante.

Qualora l'Azienda per i servizi sanitari non ottemperi alla stipulazione dell'AIA, ai PLS va corrisposta la quota di spettanza relativa al "Fondo per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico (art. 58, lett. B, commi 14-18, ACN) pari a euro 0,26 mensili per assistito in carico, equivalente a euro 3,08 annui.

Il Comitato Regionale verifica le eventuali situazioni di mancata stipula dell'AIA.

Tabella 7.1. Aree d'intervento degli Accordi Integrativi Aziendali. Modello di riferimento.

Area d'intervento	Definizione	Dimensioni	Obiettivi (esempi)	Indicatori (esempi)	Valori di riferimento (esempi)	Incentivi (€/assistito)
A. PROMOZIONE DEL BENESSERE DEL BAMBINO E DELLA FAMIGLIA	Processo che supporta le persone nell'aumentare e il controllo sulla propria salute e di migliorarla al fine di raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. La promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario ma coinvolge	Monitorare e migliorare lo stato di salute/benessere del bambino e della famiglia nel quale vive				
		Promuovere lo stato di salute/benessere e mediante: <ul style="list-style-type: none"> - interventi attraverso specifici processi assistenziali in merito alle priorità emergenti a livello locale - educazione e counselling dei genitori 	Informazione ed educazione sanitaria rivolta a giovani coppie e neogenitori volta a diffondere 7 interventi per la promozione della salute nella prima infanzia			

	anche altri settori (sociale, ambientale, economico, educativo, ecc.) e punta al benessere	Prevenzione	-			
			-			
			-			

Area d'intervento	Definizione	Dimensioni	Obiettivi (esempi)	Indicatori (esempi)	Valori di riferimento (esempi)	Incentivi (€assistito)
B. PROMOZIONE DELL' APPROPRIATEZZA	Compimento d'interventi efficaci ed indicati per i bambini che li ricevono. Ciò significa che i benefici attesi sono superiori ai possibili effetti negativi e ai disagi derivabili; l'appropriatezza clinica deve tenere conto del rapporto costi e benefici. L'appropriatezza clinica è un concetto che s'integra a quello di appropriatezza organizzativa.	Adesione a comportamenti diagnostico-prescrittivi basati sull'evidenza scientifica, compatibilmente alle risorse economiche ed organizzative disponibili				
		Coerenza della risposta al profilo di salute del bambino				
		Strutture e sistemi organizzativi coerenti alle tipologie di interventi offerti				
		Definizione condivisa a livello aziendale del concetto di appropriatezza su alcune categorie di pazienti				
		Partecipazione del PLS all'analisi dell'appropriatezza				

Il ruolo del pediatra nel governo clinico si realizza in via prioritaria attraverso una **medicina d'iniziativa** intesa come:

- offrire ai bambini e alle loro famiglie la massima facilitazione nell'accesso ai servizi;
- coinvolgere i genitori nei processi assistenziali attraverso il più ampio accesso alle informazioni, il counselling e il supporto all'autocura;
- favorire l'organizzazione dei sistemi di follow-up che agevolino i processi di cura, in particolare nel campo delle malattie croniche;
- favorire l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici;
- favorire attività di prevenzione.

7.1.2 AIA: parte facoltativa ed integrativa aziendale. Obiettivi d'innovazione, d'eccellenza e/o di recupero di efficienze

L'Accordo Integrativo Azienda può prevedere, oltre alla parte obbligatoria di definizione di obiettivi di governo clinico, una seconda parte facoltativa ed integrativa che si ispira ai seguenti principi:

- a) Gli AIA non possono apportare modifiche volte ad incidere su principi base, condizioni e limiti stabiliti dalla negoziazione regionale;
- b) introdurre obiettivi d'innovazione, d'eccellenza e/o di recupero di efficienze. L'Accordo deve porsi come strumento di innovazione e deve, quindi, prevedere la retribuzione di azioni/interventi non già retribuite/i attraverso istituti disciplinati dagli accordi nazionale e/o regionale;
- c) certificare, da parte delle Aziende, la reale autosostenibilità economica degli obiettivi d'innovazione, d'eccellenza e/o di recupero di efficienze relativi alla parte facoltativa ed integrativa dell'AIA. Non sono ammesse quote integrative finanziate con fondi espressamente richiesti alla Regione;
- d) utilizzare appositi finanziamenti da bilancio aziendale per la copertura finanziaria della quota integrativa aziendale dell'AIA, nel rispetto del vincolo di pareggio di bilancio e nella garanzia di mantenimento degli attuali LEA;
- e) riconoscere il diritto all'incentivazione sulla base della oggettiva evidenza dei risultati raggiunti, verificati mediante opportuni sistemi di misurazione e di valutazione.

A titolo esemplificativo gli obiettivi facoltativi degli AIA potranno tener conto della seguente tabella che non ha valore vincolante:

Tabella 7.1.2

Area d'intervento	Definizione	Dimensioni	Obiettivi (esempi)	Indicatori (esempi)	Valori di riferimento	Incentivi (€assistito)
PRESA IN CARICO DEL BAMBINO	Il pls si assume la responsabilità, in modo organico e progettuale, della salute dei bambini e delle loro famiglie lungo due direttrici: 1) multidimensionale : farsi carico della salute nella sua dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale; 2) temporale: farsi carico della	Responsabilità a livello multi-dimensionale				
		Responsabilità a livello temporale (fasi evolutive della salute)	Dimissioni protette di bambini a gestione assistenziale complessa	% ricoveri bambini in dimissioni protette	Riduzione dell'x%	
		Coordinamento, da parte dei pls dell'intervento con approccio multidisciplinare	Definizione ed applicazione dei percorsi diagnostici terapeutici per bambini: - Con asma bronchiale ed allergie			

	domanda del bambino nelle diverse fasi di evoluzione		<ul style="list-style-type: none"> - Infezione alle vie urinarie - Affetti da patologia cronica disabilitante (es. epilessia, diabete infantile, ecc.) - ... 			
--	--	--	---	--	--	--

7.2 Indirizzi per gli AIA (parte obbligatoria e parte facoltativa integrativa)

- a) Le Aziende sono tenute a concludere le trattative per la stipula degli accordi aziendali per la parte obbligatoria entro 180 giorni dalla stipula definitiva del presente AIR.
- b) L'AIA va sottoscritto dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'ambito dei rispettivi Comitati Aziendali.
- c) L'AIA ha, di norma, durata corrispondente alla vigenza dell'AIR.
- d) A seconda della tipologia di obiettivi l'AIA può prevedere, come centri di responsabilità o i singoli pediatri o le AFT o i referenti delle forme associative (es. pediatrie di gruppo, UCCP).
- e) Ciascun pediatra provvederà successivamente a fornire la propria adesione all'AIA mediante apposito contratto con il quale s'impegna a svolgere i compiti e le attività previsti dall'AIA e a partecipare ai relativi progetti aziendali.
- f) Le Aziende stabiliscono obiettivi praticabili, ai quali vanno associati opportuni indicatori quali-quantitativi in grado di consentire un'oggettiva verifica ed una valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi stessi.
- g) Al fine di consentire la verifica degli andamenti in itinere, le Aziende predispongono e consegnano a ciascun pediatra aderente all'Accordo almeno un report a cadenza semestrale, con un ritardo "elaborativo" non superiore ai quattro mesi. Il report indicherà, per ciascun obiettivo, il posizionamento del pediatra in relazione al valore target definito dall'AIA.
- h) L'AIA dovrà esplicitare le modalità di valutazione e di verifica del raggiungimento degli obiettivi.

7.3 Finanziamento dell'AIA

- a) La parte di AIA prevista dal presente Accordo, e relativa agli obiettivi di governo clinico, viene finanziata con la quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi ed organizzativi di € 3,08 per assistito del fondo del governo clinico, come previsto dall'ACN, art. 58, lett. B, commi 14-15.
- b) Gli eventuali residui del fondo del governo clinico (dall'ACN, art. 58, lett. B, comma 15) vanno accantonati per gli AIA degli anni successivi.
- c) La parte di AIA, facoltativa per le Aziende ed integrativa rispetto a quanto previsto dall'AIR, finalizzata agli obiettivi d'innovazione, d'eccellenza e/o di recupero di efficienze è finanziata con risorse aziendali certe e definite, che possono anche derivare dai processi conseguenti al recupero di efficienze.
- d) Nel rispetto dei principi contabili vigenti, ciascuna azienda provvederà, se necessario, alla costituzione di un apposito "Fondo rischi e oneri per l'AIA con i PLS" relativa ai costi della quota facoltativa integrativa dell'AIA, inserendone l'importo previsto nel Bilancio Economico Preventivo. Le eventuali quote annuali residue di tale fondo vanno a costituire economie per le Aziende.

7.4 Incentivazione dell'AIA

- a) Per la parte relativa agli obiettivi di governo clinico a ciascun pediatra viene corrisposta una quota pari a €0,26 mensili per assistito in carico, equivalente ad €3,08 annuali.
- b) Per la parte di AIA facoltativa ed integrativa:
 - il sistema incentivante, laddove possibile, va preferibilmente strutturato sulla base degli "assistiti" per pediatra. Per il computo degli assistiti si prende a riferimento la media annuale degli assistiti.
 - Gli incentivi vanno erogati al singolo PLS con una cadenza distribuita nell'arco dell'annualità. Detta ripartizione prevede che il saldo, a consuntivo e previa verifica del raggiungimento degli obiettivi negoziati, debba rappresentare una delle tranche più consistenti. Il riconoscimento dell'incentivazione avviene sulla base della oggettiva evidenza dei risultati raggiunti.
 - Il sistema premiante può essere inteso sia come incentivo monetario da erogare ai singoli pediatri sia come fornitura di servizi aggiuntivi (strumentazioni, personale dedicato) a favore dei pediatri per un'ulteriore qualificazione dell'assistenza.

8. UNITÀ COMPLESSE DI CURE PRIMARIE (art. 26 ter)

Le UCCP si differenziano sostanzialmente dalle AFT perché, come espressamente previsto all'art. 26 ter, comma 3 , dell'ACN 29.7.2009 possono non riguardare esclusivamente i PLS, ma tutti i medici convenzionati (MMG e specialisti ambulatoriali) ed altre figure professionali sanitarie, amministrative e operatori sociali.

Inoltre, le UCCP costituiscono, nell'ambito del processo di programmazione regionale ed aziendale, uno strumento organizzativo di erogazione dell'assistenza primaria volto ad assicurare l'erogazione dei LEA, la continuità assistenziale nonché l'accesso ai servizi, secondo modelli di UCCP che possono essere anche diversi in relazione alle caratteristiche o geografiche e demografiche nonché ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.

Il comma 1 dell'art. 26 ter demanda alla programmazione regionale la scelta dei modelli di UCCP da realizzare in ambito aziendale, che possono anche differenziarsi per le finalità sopra riportate.

Nelle more della predetta definizione del modello di UCCP, verranno valutate, d'intesa con le Aziende interessate, le proposte per l'avvio sperimentale di forme di organizzazione complesse delle pediatrie, i cui oneri faranno carico ai bilanci delle medesime Aziende.

Sulle suddette proposte, sentito il Comitato regionale, la Regione esprime parere di conformità entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione da parte dell'Azienda interessata.

9. FLUSSO INFORMATIVO, TESSERA SANITARIA E RICETTA ELETTRONICA (artt. 58 bis e 58 ter)

Un elemento cardine della nuova organizzazione della pediatria di libera scelta stabilito dall'ACN del 29 luglio 2009 è costituito dall'attivazione di un flusso informativo necessario.

A tal fine, le parti concordano sull'attivazione di un apposito gruppo tecnico per la definizione degli aspetti operativi inerenti all'informatizzazione tramite la definizione degli obiettivi, dei servizi e delle modalità attuative degli artt. 58 bis e 58 ter dell'ACN.

Le relative risultanze saranno valutate dal Comitato regionale e conseguentemente verranno fornite dalla Regione le relative disposizioni.

10. FORMAZIONE

Le parti danno atto che la soluzione adottata con la L.R. n. 12 dd. 6.7.2010, art. 8, comma 8, costituisce modalità transitoria rispetto alla gestione del CEFORMED, con l'impegno della Regione di definire entro il mese di aprile 2011 il regolamento per l'assetto definitivo di tale Centro a chiusura, quindi, entro il termine indicato, dell'attuale fase transitoria.

Ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera h), dell'ACN 29.7.2009 che include tra le materie oggetto di negoziazione regionale "l'organizzazione della formazione continua e dell'aggiornamento" ed in relazione all'art. 20 del medesimo ACN che demanda all'intesa tra Regione e le OO.SS. la definizione degli aspetti programmatori ed attuativi delle attività formative del PLS, la Regione si impegna:

- a garantire la necessaria consultazione delle OO.SS. sulle modalità ed i criteri per la disciplina dell'assetto definitivo del CEFORMED;
- a prevedere che nell'organismo/i interno/i del CEFORMED stabilito/i sulla base del predetto nuovo regolamento, la nomina di parte dei componenti avvenga su designazione delle OO.SS. delle aree della medicina convenzionata firmatarie degli AACCN e dei relativi AIR . Il numero dei componenti designati dalle OO.SS. non può essere inferiore a quello dei componenti individuati su designazione della Regione.

Infine, le parti concordano che nelle more di quanto sopra previsto, il CEFORMED garantisca, attraverso l'attuale gestione transitoria, la formazione continua e l'aggiornamento di cui all'art. 20 dell'ACN, stabilendo che sul programma delle attività formative da svolgere nel 2011 deve essere acquisito il parere obbligatorio delle OO.SS. firmatarie dell'ACN e del presente AIR e fermo restando che il medesimo programma potrà essere aggiornato dal/i nuovo/i organismo/i interno/i costituito/i ai sensi del nuovo Regolamento da adottare entro il mese di aprile 2011.

L'Assessore alla salute,
integrazione sociosanitaria e politiche sociali
Prof. Vladimir Kosic

F.I.M.P.

C.I.P.E.
