



Accordo Aziendale – Asl Teramo_ Pediatria di Famiglia_2008

PREMESSE

Il Pediatra di famiglia è lo specialista formato specificamente per offrire la tutela della salute per tutto l'arco della crescita e dello sviluppo e si muove nell'area delle cure primarie.

Tale rapporto di lavoro, libero-professionale, costituisce vincolo funzionale tra l'ASL ed il singolo medico pediatra e si concretizza con l'organico inserimento dell'attività del medico pediatra di libera scelta nell'apparato organizzativo del distretto socio-sanitario. In particolare, ancorché libero professionista operante nel proprio studio, il medico pediatra di famiglia stabilisce, con l'istaurarsi del rapporto di lavoro con il S.S.N., un vincolo funzionale che risulta dalle norme regolamentari che compongono il corpo normativo dell'ACN. Inoltre, si evidenzia che l'attività regolata dall'accordo collettivo nazionale non è riconducibile alla mera prestazione d'opera professionale giacché l'impianto organizzativo prefigura il dover svolgere le proprie mansioni professionali secondo orari predeterminati e direttive impartite a livello aziendale e distrettuale, altroché regionale e nazionale, in sintonia alle intese ai vari livelli, utili a svolgere la prestazione professionale in modo coordinato con le prestazioni degli altri medici pediatri di famiglia.

Va costruita, a tal fine, un'organizzazione sanitaria integrata nel territorio capace di individuare e di intercettare, maggiormente ed ancor più efficacemente, il bisogno di salute dei cittadini, di dare le risposte appropriate e di organizzare opportunità di accesso ai servizi attraverso la costruzione di percorsi assistenziali secondo modalità che assicurino tempestivamente al cittadino l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi territoriali e ospedalieri.

Nell'ambito dei tre livelli di negoziazione quello nazionale recepisce le garanzie per i cittadini ed individua:

- a) il ruolo, il coinvolgimento nell'organizzazione e programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato;
- b) i servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza;
- c) la compatibilità economica;
- d) la responsabilità delle istituzioni (Regioni e Aziende) nei confronti della piena applicazione dell'Accordo.

Quello regionale definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati.

Quello aziendale definisce i progetti e le attività dei pediatri di famiglia necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale e completa iter procedurali previsti in specifici articoli ACR/2006.

Obiettivi generali degli Accordi sono:

- a) garantire su tutto il territorio nazionale da parte del sistema sanitario la erogazione ai cittadini dei livelli essenziali di assistenza (LEA);

b) promuovere la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione ed educazione e informazione sanitaria;

c) favorire una integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali a partire dall'assistenza territoriale in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

d) concorrere a realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 nel concetto più ampio della presa in carico dell'utente, definendo compiti, funzioni e relazioni tra le figure convenzionate impegnate;

e) realizzare un riequilibrio fra ospedale e territorio, con conseguente redistribuzione delle risorse, sulla base della indicazione delle sedi e del livello più appropriati di erogazione delle prestazioni in ragione dell'efficienza, della efficacia, della economicità, degli aspetti etici e deontologici e del benessere dei cittadini;

f) favorire la assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei pediatri che operano nel territorio, nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione socio-sanitaria;

g) introdurre, con la programmazione regionale e aziendale, strumenti di gestione che garantiscano una reale funzione del territorio ed una concreta responsabilità dei pediatri e dei professionisti sanitari nelle scelte a garanzia degli obiettivi di salute;

h) favorire lo sviluppo appropriato delle prestazioni erogabili sul territorio, unitamente ad una adeguata attività di qualificazione e aggiornamento professionale dei pediatri di famiglia che operano sul territorio;

i) favorire la presa in carico da parte del sistema di cure primarie degli assistibili, in particolare se fragili o non autosufficienti, attraverso l'attivazione di regimi assistenziali sostenibili e di livello appropriato quali quelli della domiciliarità e residenzialità, attivando tutte le risorse delle reti assistenziali.

La nuova organizzazione avrà come suo presupposto la piena valorizzazione ed integrazione di tutte le componenti all'interno del sistema. I pediatri di libera scelta avranno, un ruolo di partecipazione diretta nella definizione dei modelli organizzativi, nella individuazione dei meccanismi di programmazione e controllo e nella definizione degli obiettivi di budget

In proposito dovrà essere garantita la presenza della Pediatria di Famiglia in tutte le forme partecipative delle strutture territoriali, comprese quelle previste dall'atto aziendale;

Dovranno essere definiti anche percorsi formativi comuni tra pediatri, altri medici, e professionisti sanitari che operano nel territorio e pediatri e professionisti sanitari che operano in ospedale. Tali percorsi dovranno essere mirati all'acquisizione di strategie comuni finalizzate all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici dell'assistito e la loro appropriatezza, anche con il coinvolgimento delle società scientifiche.

Il pediatra di famiglia:

- svolge attività medico specialistica di assistenza (diagnosi, terapia e riabilitazione) nei confronti di bambini e adolescenti con particolare attenzione all'integrazione e coordinamento delle cure per patologie acute e croniche;
- garantisce attività di prevenzione, educazione sanitaria e di promozione della salute con attenzione allo sviluppo fisico, psichico, relazionale, cognitivo del bambino e

dell'adolescente nel contesto ambientale e sociale in cui è inserito, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro sensoriali e psichici ed all'individuazione precoce di problematiche, anche socio sanitarie, attraverso l'utilizzo di specifici screening.

- progetta e partecipa ad attività di ricerca sul territorio;
- promuove ed aderisce a programmi di formazione professionale.

Gli Accordi aziendali danno esecuzione, ai sensi dell'art. 8, lett. f, del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché dell'art 46 dell'ACR/2006, alla disciplina dei rapporti tra Aziende e pediatri di libera scelta per il rispetto dei livelli di spesa programmati.

I Livelli di Spesa Programmati sono sempre correlati a specifici obiettivi e programmi di attività mirati a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse. Il rispetto dei livelli di spesa programmati è correlato, secondo il disposto del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, a specifici incentivi che devono essere previsti nel progetto relativo.

Durata, decorrenza ed effetti giuridici

Gli effetti giuridici ed economici decorrono dalla data di sottoscrizione dell' Accordo integrativo aziendale, fino al rinnovo del medesimo, salvo quanto eventualmente e diversamente previsto da specifici articoli dell'Accordo stesso e degli Accordi regionali e nazionali della Pediatria di F.. La stipulazione, che avviene al momento della sottoscrizione dell'Accordo da parte dei soggetti negoziali a seguito del perfezionamento delle specifiche procedure previste per legge, è comunicata da parte del Direttore Generale della Asl ai Dirigenti distrettuali che danno attuazione agli istituti a contenuto economico e normativo, con carattere vincolato ed automatico, nei successivi 30 giorni dalla data di stipulazione.

Procedure

Qualora non ne sia data disdetta da una delle parti, notificata con lettera raccomandata almeno tre mesi prima della scadenza, l'Accordo aziendale si intenderà rinnovato tacitamente di anno in anno. In caso di disdetta, le disposizioni contrattuali rimangono in vigore fino a quando non siano sostituite dal successivo Accordo integrativo aziendale.

Piattaforma

Per evitare periodi di vacanza contrattuale, le piattaforme sono presentate entro tre mesi dal perfezionamento del nuovo ACR. Dall'apertura delle trattative per il rinnovo dell'ACR e fino alla stipula dell'Accordo integrativo aziendale, le parti negoziali non assumono iniziative unilaterali né procedono ad azioni dirette.

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

- Legge 23/12/1978, n° 833, Art.48
- DL 30/12/1992, n° 502, art.8, comma 1, modificato ed integrato dai DDLL. n°523 del 7/12/1993 e n° 229 del 19/6/1999
- Legge 30/12/1991, n° 412 Art.4, comma 9
- Legge Costituzionale 18/10/2001, n° 3 (modifica del titolo V della Costituzione)
- Legge 27/12/2002, n° 289
- Legge 27/05/1991, n° 176 (Recepimento della Convenzione Internazionale dei Diritti dell'Infanzia)
- DPR 28/07/2000, n° 272

- DGR 28/03/2001, n° 212
- Accordo Collettivo Nazionale della Pediatria di Famiglia del 15/12/2005
- DGR 29/03/2006, n° 273
- Legge N. 165/2001
- DGR 22/05/2006, n° 532
- DGR 09/10/2006 n° 1111 (Linee di indirizzo e disposizioni integrative di attuazione dell'ACR della Pediatria di F del 10/05/2006)

ASPETTI NORMATIVI

Art. 1 RIEPILOGHI MENSILI- INVIO TELEMATICO

1. Il Pediatria di F può inviare telematicamente i riepiloghi mensili dei Bilanci di salute e delle PIPP alla Asl mediante allegati file **.xls** oppure **.doc** secondo le norme e la modulistica prevista dall'ACR/2006 e successive Linee di indirizzo e disposizioni integrative di attuazione dell'ACR/06.
2. L'Azienda notifica, al medico che ne faccia richiesta, modalità, tempi e caratteristiche del processo telematico.
3. Al PdiF che utilizza la suddetta modalità di trasmissione dati, corredata di avviso di ricezione, sarà riconosciuto un compenso annuo di 2,00 euro per assistito da corrispondere mensilmente in dodicesimi, a decorrere dal mese in cui viene effettivamente avviata la procedura e comunque a decorrere dal 01/06/2008
4. Restano valide le disposizioni previste al comma 6 dell'art 5 dell'ACR/06
5. Il C.A. è l'organismo preposto al monitoraggio ed alla corretta applicazione del presente articolo, nonché alla negoziazione della eventuale estensione della procedura riferita a documentazione ulteriore e della revisione dei compensi.

Art. 2 LIVELLI DI IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO SALUTE INFANZIA-EDUCAZIONE SANITARIA (invariato)

1. Ai sensi dell'Art 1, c3 dell'ACR/2006 , il Progetto Salute Infanzia prevede dei livelli di implementazione ulteriori legati ad obiettivi di educazione sanitaria, di profilassi delle malattie infettive, corretti stili di vita, prevenzione incidenti domestici e stradali, prevenzione dell'obesità, comunicazione istituzionale, ecc.
2. L'Azienda Asl e le OO.SS. congiuntamente si impegnano ad elaborare progetti specifici di cui al comma precedente definendone modalità, attuazione e compensi, nonché a partecipare a quelli già in essere o istituendoli a carattere nazionale, regionale, aziendale, alle condizioni previste e concordate con le OO.SS. di categoria ai rispettivi livelli di contrattazione.
3. Il Pediatra di Famiglia diffonde la cultura vaccinale attraverso le informazioni che fornisce ai genitori in occasione delle visite effettuate nel corso dei Bilanci di salute, palesando altresì le possibili reazioni avverse ed il rapporto rischi/benefici.
4. La Asl di Teramo intende promuovere la cultura vaccinale nell'ambito della profilassi delle malattie infettive con l'obiettivo di elevare il tasso di vaccinati per le seguenti malattie infettive, allo scopo sia di ridurre i casi che la diffusione delle stesse, coinvolgendo i Pediatri di F. attraverso la elaborazione e/o attivazione di progetti specifici rivolti ad una o più delle seguenti condizioni morbose:
 - a. Influenza
 - b. Varicella
 - c. Meningite da pneumococco

- d. Meningite da meningococco
 - e. Infezione da rotavirus
 - f. Infezione da virus RS
 - g. Altre malattie infettive emergenti
5. Il Comitato aziendale della Pediatria (C.A.) è l'organo preposto ad individuare modalità e tempi di attuazione per l'espletamento delle procedure di cui al comma precedente.
 6. Per ciascuna delle malattie indicate al comma 4, l'Azienda predispone, sulla base delle indicazioni fornite dal C.A.- d'intesa con il Dipartimento di Prevenzione- opuscoli informativi che il Pediatra di Famiglia consegnerà al genitore in occasione dei Bilanci di salute, illustrandone dettagliatamente: modalità di esecuzione, rapporto rischi/benefici e quant'altro utile a sviluppare un'adesione sempre maggiore.
 7. Per i compiti sopra esplicitati, le OO.SS di categoria maggiormente rappresentative concordano con l'Azienda Asl aspetti normativi ed incentivi economici a seconda della rilevanza e dell'impegno richiesto al medico pediatra di famiglia
 8. Le campagne di vaccinazioni straordinarie rivolte alle " categorie a rischio" sono disciplinate dall'art. 2 comma 6 dell'Accordo Collettivo regionale della Pediatria/2006 (ACR / 2006).

Art 3 PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE (invariato)

1. Con l'Accordo aziendale le parti condividono e danno attuazione alle Linee di indirizzo formulate dal Comitato Regionale della Pediatria di F. in merito ai tempi, modalità e ripetitività di tutte le prestazioni previste nel nomenclatore tariffario di cui all'allegato n° 8 dell'ACR/2006 .- vedi Linee di indirizzo e disposizioni integrative di attuazione dell'ACR della Pediatria di F del 10/05/2006, giusta delibera regionale n° 1111 del 09/10/2006.

Art 4 PERCORSI DIAGNOSTICO – TERAPEUTICI (invariato)

1. L'Azienda Asl di Teramo al fine di uniformare i percorsi diagnostico- terapeutici dei sanitari operanti nel proprio ambito, adotta le procedure per formulare le Linee Guida di riferimento.
2. Le condizioni cliniche che, prioritariamente, possono essere oggetto di stesura di linee guida sono quelle indicate all'art. 6 dell'ACR/2006.
3. La scelta dei temi e la realizzazione delle relative linee guida è affidata ad un Gruppo di Lavoro per Linee Guida (GLLG) che vede la partecipazione di un PdiF referente, del Direttore del Dipartimento Materno infantile dell'Ospedale di riferimento o suo delegato o del Direttore di Cattedra di Pediatria della Facoltà di Medicina dell'Università o suo delegato (di Chieti o dell'Aquila) e del Direttore di Distretto o suo delegato; il GLLG, per particolari esigenze, potrà avvalersi di professionalità particolarmente esperte nella materia trattata.
4. Il Comitato Aziendale per la Pediatria di F.esprime, sui temi di cui al comma precedente, la valutazione di merito, l'avvio delle procedure, il monitoraggio e la diffusione dei protocolli presso gli operatori convenzionati e della dipendenza, anche mediante l'inserimento degli stessi nell'ambito dei temi della formazione obbligatoria aziendale, nonché l'eventuale avvio della revisione a seguito di nuove e diverse evidenze scientifiche.

5. Il Pediatra di F referente dei Protocolli Diagnostico- Terapeutici è indicato, a livello Aziendale, dal C.A. per la Pediatria, sulla base delle referenze acquisite in campo formativo.
6. Il referente di cui al comma 5 cura , per il tramite dell’Azienda, le convocazioni del GLLG, indicando la sede, l’ora e l’ordine del giorno delle riunioni; redige verbale della riunione di cui trasmette copia al Comitato di Azienda per la Pediatria di F.
7. Ai singoli componenti il GLLG sarà corrisposto un compenso orario pari a quello previsto a livello regionale per gli animatori di formazione. L’onorario viene erogato bimestralmente dalla Azienda Asl, sulla base dell’impegno orario riportato nei verbali delle riunioni svolte, fino a concorrenza massima di € 3.000,00 nel corso dell’anno
8. Il GLLG verrà istituito dalla ASL di Teramo entro 90 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo con delibera del Direttore Generale.

Art. 5 GOVERNO CLINICO

1. Ai sensi dell’art. 7 dell’ACR del 10/05/06 il presente Accordo definisce i due obiettivi prioritari del Governo Clinico che i Pediatri di F. iscritti negli elenchi della Asl di Teramo, devono perseguire nel corso dell’anno, ovvero: **CONVULSIONI e CELIACHIA** .
2. Le azioni richieste al PdiF per ciascuno dei due obiettivi sopra indicati sono riportate nell’art. 7 dell’ACR/2006
3. Entro il 31 dicembre di ogni anno, a decorrere dal 01/06/2008, il PdiF fornisce alla Asl le risultanze del lavoro svolto secondo l’ allegato n° 1AA.
4. I compensi e le modalità di corresponsione, per l’anno in corso e seguenti, sono quelli definiti nell’Accordo Regionale della Pediatria/2006.

Art 6 FORMAZIONE

1. Allo scopo di favorire una maggiore adesione all’informatizzazione dei Pediatri di Famiglia appartenenti alle fasce indicate nell’ACN della PdiF all’art. 58 –B c11 lettere b) e c) e di quelli con oltre 30 anni di specializzazione(c 12), nonché l’acquisizione di più alti livelli di cognizioni informatiche tra tutti i Pediatri di Famiglia, l’Azienda Asl include argomenti di informatica nell’ambito delle 20 ore di aggiornamento obbligatorio a carattere aziendale, con edizioni annuali di approfondimento della durata di 4 ore.
2. Le edizioni di approfondimento dovranno prevedere nozioni di
 - a. collegamento in rete
 - b. collegamento al CUP, prenotazioni esami e visite specialistiche
 - c. statistiche
 - d. trasmissione dati
 2Bis: nel corso dell’anno 2008, sarà ripetuto il corso formativo sul collegamento in rete alla luce delle nuove esigenze formative emerse dall’approvazione del presente Accordo.
3. Nell’ambito delle 20 ore di aggiornamento obbligatorio a carattere aziendale, almeno 4 ore annuali devono essere rivolte a temi di interesse comune ai Pediatri convenzionati e dipendenti, scelti tra quelli indicati all’art 12,c 3 dell’ACR/2006.
4. I temi di cui al comma precedente verranno concordati dal Pediatra di F animatore di formazione aziendale referente con il Direttore del Dipartimento Materno infantile dell’Ospedale di riferimento e portati all’attenzione del Comitato di Azienda per la

5. L'Azienda individua modalità per la realizzazione di corsi formativi comuni con le altre figure professionali di cui ai commi 3 e 4 .

Art 7 LIBRETTO SANITARIO PEDIATRICO.

1. L' Azienda s' impegna a stampare il nuovo libretto pediatrico in relazione all'esaurimento delle scorte relative alla versione dell'attuale Libretto , sulla base del fac-simile concordato nell'Accordo Collettivo regionale/ 2006 , consegnarlo ai genitori dei bambini nei punti nascita o in difetto al momento della scelta del pediatra o in ultima analisi per il tramite del Pediatra di Famiglia alla presa in carico del neonato. La nuova formulazione del L. S. P. prevede anche le schede dei Bilanci di Salute che il Pediatra di famiglia dovrà compilare in occasione della esecuzione degli stessi.
2. Il fac-simile del nuovo Libretto sanitario individuale è quello adottato dalla Asl L'Aquila.

Art 8 CARTA DEI SERVIZI

1. L'Azienda Asl di Teramo si impegna a stampare la Carta dei Servizi pediatrici sulla base del modello proposto nell'allegato n° 9 dell'ACR/2006, fornendo tutte le notizie di carattere generale riguardanti la Pediatria di Famiglia.
2. Il Pediatra di F, ai sensi dell'art 13 dell'ACR/2006, si impegna a fornire ai propri iscritti un allegato della Carta dei Servizi in cui siano riportate le peculiarità relative alla organizzazione del proprio studio medico (Singolo, in Associazione, in Gruppo, con Collaboratore di studio e/o Infermiere professionale, orario di apertura, visite per appuntamento, sede, adesione ai vari istituti qualificanti di cui all'ACN/05 e ACR/06)
3. Si prevede l'inserimento della carta dei servizi semplificata nella nuova formulazione del L.S.

Art. 9 CONTINUITA' ASSISTENZIALE DIURNA FERIALE H12 (CADF-H12)

1. L'istituto CADF-H12 si prefigge l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri al P.S. a fronte dei nuovi bisogni di salute non classificabili nell'ambito delle " emergenze-urgenze " vere.
2. Possono aderire al presente istituto i PdF che abbiano già in corso l'adesione all'istituto " Continuità Assistenziale Diurna Feriale " così come definito ai sensi dell'art. 16 dell'Accordo Collettivo regionale della P.diF del 10 maggio 2006 e che facciano parte di una delle forme associative previste all'art 52 dell'ACN della Pediatria di F. /2005
3. L'attivazione della CADF-H12 richiede l'adesione collegiale di tutti i P.diF. membri di una delle forme associative.
4. I Pediatri di Famiglia che, su base volontaria, aderiscono all' istituto di cui al presente articolo, ampliano ulteriormente l'orario di apertura degli studi secondo le modalità previste nel comma successivo.
5. Il servizio prevede il seguente orario di apertura:
 - a) Pediatria di Gruppo: la sede unica del gruppo deve restare aperta dalle ore 8,00 alle ore 20,00 dal lunedì al venerdì; dalle ore 8,00 alle ore 10,00 in caso di giornata prefestiva che non sia il sabato.

- b) Pediatria in Associazione: apertura coordinata degli studi degli associati dalle ore 8,00 alle ore 20,00 dal lunedì al venerdì; dalle ore 8,00 alle ore 10,00 in caso di giornata prefestiva che non sia il sabato.
6. Al Pediatra di Famiglia che aderisca all'istituto di cui al presente articolo è riconosciuto, oltre a quanto attualmente previsto all'Art. 16 dell'ACR/2006 ed all'Art. 58 lett. B c.4 dell'ACN della Pediatria di F/2005, un ulteriore compenso annuo di 8,00 euro per assistito, da corrispondere mensilmente in dodicesimi.
 7. L'adesione al suddetto istituto comporta l'obbligo al rispetto delle clausole di cui al presente articolo per 12 mesi consecutivi; il diritto di revoca può essere esercitato dal Pediatra di Famiglia con un preavviso all'Azienda di almeno 60 giorni. Qualora si eserciti il diritto di revoca, il P.diF non può partecipare successivamente all'adesione al suddetto istituto per un periodo non inferiore a due anni, salvo casi particolari valutati dal Comitato di Azienda per la pediatria (motivi di salute, assenze giustificate, ecc.). In tal caso la Forma Associativa ha l'obbligo di rimodulare la richiesta di adesione al presente istituto nel rispetto dei vincoli di cui ai commi 2 e 3.
 8. I Pediatri di Famiglia, organizzati in forme associative, che intendano aderire collegialmente all'istituto CADF-H12, così come formulato nel presente articolo, devono inoltrare richiesta di adesione alla Asl di Teramo che, se non disdetta dagli interessati, si intende tacitamente rinnovata di anno in anno(allegato n° 2AA).
 9. La data di decorrenza del compenso previsto è fissata al primo del mese successivo a quella di presentazione della domanda di adesione che potrà essere inoltrata all'Azienda Asl di Teramo entro il 15 del mese precedente all'attivazione del servizio e comunque a far data dal 01/05/2008.

Art. 10 CONTINUITA' ASSISTENZIALE DIURNA PREFESTIVA E FESTIVA (CADPF – H12)

1. L'Azienda Sanitaria di Teramo, ai sensi dell'art. 17 dell'Accordo Collettivo Regionale della Pediatria di F. /2006 attiva in via sperimentale il servizio di Continuità Assistenziale Diurno Prefestivo e Festivo (CADPF –H12)
2. La sperimentazione avrà la durata di un anno a decorrere dal 01/06/2008 e se non disdetta da una delle parti firmatarie del presente Accordo entro 60 giorni dalla scadenza annuale, si intende tacitamente rinnovata di anno in anno fino al rinnovo dell'attuale Accordo. Lo schema di adesione viene riportato nell'allegato n°3AA.
3. Il servizio prevede la consulenza pediatrica ambulatoriale nei giorni prefestivi e festivi ad esclusione della notte, ovvero dalle ore 10,00 alle ore 20,00 del sabato e dei prefestivi e dalle ore 8,00 alle ore 20,00 della domenica e festivi.
4. Le visite domiciliari rimangono un compito non eludibile dei medici del servizio di Guardia Medica
5. La partecipazione al servizio è volontaria e coinvolge prioritariamente, a domanda, i Pediatri di Famiglia ed in subordine, qualora si rendesse necessario per assicurare il servizio, pediatri non convenzionati che non si trovino in situazioni di incompatibilità di cui all'art 17 dell'ACN/2005
6. I turni sono di 3 ore, con la possibilità che un solo pediatra possa effettuare anche più turni consecutivi, fino a concorrenza massima di 12 ore nell'arco delle prime 22 ore . I turni di servizio vengono concordati con il Pediatra Coordinatore e trasmessi all'Azienda con un anticipo di almeno 30 giorni.
7. Può essere concordata con le OOSS di categoria l'attivazione di un servizio di CADPF-H12 per ogni bacino di utenza pediatrica interdistrettuale o per presidio o diversa determinazione stabilita in sede di C. Aziendale; si concorda comunque di

individuare come prima ubicazione del servizio in parola la **CADPF-H12-Interdistrettuale di Giulianova-Roseto degli Abruzzi.**

8. La sede in cui vengono svolte le attività del servizio CADPF-H12 viene concordata nell'ambito del Comitato Aziendale della Pediatria e la Asl provvederà alla dovuta pubblicizzazione, anche sulla carta dei servizi, indicando: sede, luogo, orari di apertura, medici aderenti, tipologia del servizio offerto, numero telefonico di riferimento.
9. Nel caso la sede sia messa a disposizione dall'Azienda Asl, si applicano le tariffe concordate nell'art. 16 del presente accordo, limitatamente al coefficiente T1, T2, T3, T4, moltiplicato per le ore di utilizzo della struttura. Il recupero delle somme, sarà effettuato sullo stipendio di ciascun medico in base alle ore di turno di servizio effettuate.
10. E' prevista la nomina di un Coordinatore individuato fra i Pediatri di famiglia aderenti alla CADPF-H12, sulla base dei criteri elencati al comma successivo ed al quale competono le funzioni di garantire la regolare turnazione dei Pediatri partecipanti all'istituto in oggetto, oltre che di raccordo con l'Azienda sanitaria.
11. Il Coordinatore verrà individuato, nel corso di un Comitato Aziendale, dagli stessi Pediatri aderenti al presente istituto, sulla base dei seguenti criteri: a) anzianità di convenzionamento nell'area della Pediatria di F.; b) esperienze e qualifiche maturate in campo formativo; c) esperienze e titoli acquisiti nell'area della organizzazione dei servizi sanitari.
12. Al Coordinatore della CADPF-H12, che resta in carica per due anni, spetta un compenso lordo mensile pari ad € 500,00.
13. Il Pediatra Coordinatore segnala mensilmente alla Asl, nella persona del Presidente del Comitato Aziendale della Pediatria, il numero di accessi, il motivo del contatto (anche telefonico) e gli estremi anagrafici e T.S. dell'utenza pediatrica affluente, raccolti dal personale di studio, secondo l'allegato n° 4AA.
14. Il Pediatra di Famiglia si impegna a prestare la propria consulenza ambulatoriale sia ai pazienti della fascia pediatrica inviati dal Medico di Continuità assistenziale (G.M.) che a quelli che accederanno in forma diretta, purchè residenti nell'ambito distrettuale cui fa capo il servizio. Le prestazioni rese a pazienti pediatrici residenti fuori ambito distrettuale seguono la normativa delle "visite occasionali" regolamentata all'art 56 dell'ACN della Pediatria di F. e vengono notulate mensilmente dal Pediatra all'Azienda.
15. Le sostituzioni dei Pediatri titolari vengono organizzate autonomamente dagli stessi, sentito il Pediatra Coordinatore, al fine di garantire la regolare turnazione, con le modalità previste dall'art. 36 dell'ACN/2005 e dall'art 35 dell'ACR/2006. In caso di impossibilità nel reperire il sostituto da parte del titolare, si applicano le norme di cui all'art. 36 c 15 dell'ACN
16. Al Pediatra che partecipa all'istituto di cui al presente articolo viene corrisposto un compenso orario pari a quanto previsto all'art. 17 , comma 6 del relativo Accordo Collettivo Regionale della Pediatria /2006, ovvero 100,00 €/ora.
17. Il PdiF che aderisce al presente istituto non subisce riduzione del massimale.
18. Il personale infermieristico, utilizzato nella sede messa a disposizione della Asl per la ricezione delle chiamate, per il supporto di accoglienza e visita e per la registrazione degli accessi, è a carico dell'Azienda Asl. Qualora l'Azienda sia nell'impossibilità di dedicare il personale suddetto al servizio, possono provvedervi i Pediatri aderenti, secondo le modalità di cui all'Accordo Nazionale della Pediatria di f. art. 58 lettera B, c. 6. Le modalità di rimborso ai PdiF aderenti sarà oggetto di definizione nell'ambito del Comitato Aziendale della Pediatria. Tale personale non concorre alla determinazione dei tetti previsti dal fondo a riparto di cui all'art 45

dell'ACN della Pediatria di F ed è aggiuntivo rispetto a quello eventualmente operante nello studio privato del P.di F.

19. La verifica annuale dell'efficienza ed efficacia del servizio avverrà tramite indicatori di seguito elencati: numero di accessi, numero di contatti telefonici, numero di invii da parte del servizio di Continuità assistenziale, rapporto di accessi al P.S. territorialmente competente, valutando il periodo preso in esame rispetto ad analogo periodo riferito all'anno precedente, grado di soddisfazione dell'utenza.

Art. 11 ASSISTENZA PROGRAMMATA NELLE RESIDENZE PROTETTE E COLLETTIVITA' (invariato)

1. L'assistenza ai minori ospitati in residenze protette o collettività viene erogata dal Pediatra di Famiglia attraverso l'attivazione dell'istituto dell' ADP.
2. Il Pediatra di F. concorda, di volta in volta, con l'Azienda :
 - a. Modalità
 - b. Tempi
 - c. Numero di accessi
 - d. PrestazioniSecondo lo schema riportato nell'allegato n° 5AA.
3. La remunerazione è quella prevista per l'ADP

Art. 12 OSSERVAZIONE BREVE (O.B.)

1. L'Azienda Asl di Teramo, al fine di ridurre il numero complessivo dei ricoveri ordinari nei reparti pediatrici, nonché gli accessi pediatrici ai P.S. concorda con le OO.SS. di categoria della PdiF di sperimentare l'istituto della Osservazione Breve per un periodo di 12 mesi , eventualmente rinnovabile di anno in anno
2. Il Comitato Aziendale della Pediatria è l'organo preposto alla individuazione delle modalità operative per il raccordo con il Direttore del Dipartimento Materno infantile e/o la Dirigenza medica dei reparti ospedalieri di Pediatria e la stesura di protocolli attinenti alle direttive formulate nell'ACR/06 e nelle relative Linee di indirizzo e disposizioni integrative di attuazione dell'ACR della Pediatria di F del 10/05/2006

Art. 13 UNITA' DI CURE PRIMARIE PEDIATRICHE (UCPP): l'articolo non viene riportato poiché non attivato ed eventualmente rinviato ad ulteriore successiva contrattazione

Art. 14 EQUIPES TERRITORIALI : l'articolo non viene riportato poiché rinviato ad ulteriore successiva contrattazione

Art. 15 COMITATO AZIENDALE (C.A.) (invariato)

1. In ogni Asl è costituito un Comitato aziendale per la Pediatria di Famiglia con le modalità e composizione indicati nell'ACN/05 e ACR della Pediatria di F/2006
2. I compiti e le funzioni del C:A. sono quelli previsti nell'ACN e ACR della Pediatria di F., nonché tutti quelli riportati negli atti consequenziali e nell' Accordo aziendale. Il C.A. designa, inoltre, i componenti Pediatri di F.di parte medica chiamati a far parte di Commissioni, Collegi, Direzioni,Uffici, Comitati e di ogni altro organismo dell'Azienda in cui siano previste tali figure non elettive.

3. Per ogni componente del C.A. il compenso è quello previsto al comma 8 dell'art 27 dell'Accordo Regionale della Pediatria/2006.

Art. 16 INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE – QUOTE ORARIE

1. Qualora venga svolta l'attività convenzionata in più studi ubicati nello stesso ambito territoriale, nella formulazione coordinata degli orari di apertura e chiusura dei diversi studi occorre prevedere un congruo margine di tolleranza, e comunque non inferiore a 30 minuti, necessario per il trasferimento del PdiF da uno studio all'altro.
2. Il C.A. esprime parere obbligatorio sulla concessione all'utilizzo degli ambulatori pubblici da parte dei P.diF. che ne facciano richiesta.
3. Al Pediatra di Famiglia che fruisca a titolo oneroso di ambulatorio/i pubblico/i ai sensi dei commi 2 e 3 dell'art. 33 dell'ACR della PdiF/2006 sono applicate le quote orarie secondo il seguente schema:

tipologia di servizio	T4 R.E.	T3 R.A.	T2 R.M.	T1 R.M.
Descrizione, requisiti	Studio al P.T. m 2 > 50	Studio al P.T. m 2 < 50	Studio non P.T. m 2 > 50	Studio non P.T. m 2 < 50
Coefficiente in €	4,1	4	3	2,75
Tipologia di Pediatra di F	P4	P3	P2	P1
N° di assistiti	> 800	Da 501 ad 800	Da 250 a 500	< 250
Coefficiente	1,1	1	0,75	0,65

R.E.: Requisiti d'Eccellenza – R.M.: Requisiti Minimi – R.A.: Requisiti Auspicabili

Formula per ricavare la quota oraria in €	Q.oraria = T x P
---	------------------

Esempio: Un Pediatra con meno di 250 assistiti, tenuto quindi a svolgere almeno 5 ore settimanali di attività ambulatoriale in una struttura pubblica della tipologia T2, dovrà all'Azienda un onere settimanale che scaturisce dalla seguente formula:

Formula: Q.O. = T2 x P1 ovvero Q.O. = 3 x 0,65 = 1,95

Onere settimanale dovuto all'Azienda: 1,95 x 5 ore = €9,75

1. Le modalità di utilizzo, eventuali oneri accessori, il recupero delle somme da parte dell'Azienda sono specificate nell'art. 33 dell'ACR/2006
2. Le suddette quote orarie sono da intendersi non comprensive dei servizi eventualmente offerti dall'Azienda, che vanno conteggiate a parte, ovvero a totale carico del medico Pediatra di F.

Art 17 SCELTE E REVOCHE (invariato)

1. Con il presente Accordo l'Azienda Asl di Teramo fa riferimento in materia e dà attuazione a quanto disciplinato nelle Linee di indirizzo e disposizioni integrative di attuazione dell'ACR della Pediatria di F del 10/05/2006.

Art. 18 ZONE DISAGIATE: L'Azienda Asl di Teramo ha dato già attuazione al contenuto del presente articolo con provvedimento n° _____ del _____

Art. 19 TETTI DI SPESA - BUDGET

1. Ai sensi e per gli effetti di quanto disciplinato all'art.46 dell'ACR/2006, nonché all'art. 14,c7 dell'ACN/2005 l' Accordo Aziendale rimanda a protocolli aggiuntivi

specifici, la definizione delle misure atte a garantire il rispetto dei tetti di spesa programmati attraverso le indicazioni e prescrizioni individuate con DGR n° 201 del 05/04/2004 “ Linee Guida alle Aziende USL per la costruzione dei budget da assegnare ai MMG ed ai PLS “.

2. I Livelli di spesa programmati devono essere correlati ad obiettivi specifici e programmi di attività mirati a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse; il rispetto dei livelli di spesa programmati è correlato a specifici incentivi che devono essere adeguatamente previsti nei relativi progetti (art 14, c7 ACN/05).
3. L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali, di cui al c4 art 25 dell'ACN è l'organismo deputato ad assumere iniziative(c6) per l'applicazione, nel Distretto, dei programmi di attività finalizzati al rispetto dei Livelli di Spesa Programmati, come concordati ai sensi dell'art 14, c7 dell'ACN/05.
4. L'Azienda Asl, con la partecipazione dei Pediatri di F., individua gli obiettivi, concorda i programmi di attività e conseguenti Livelli di Spesa Programmati dei Pediatri, in coerenza con gli obiettivi ed i programmi di attività del distretto, verificandone il raggiungimento di risultato (art.29,c5 ACN/05)
5. Gli obiettivi da perseguire devono essere riferiti ad un breve periodo, generalmente un anno, espressi in termini di risultati da conseguire e di risorse correlate, misurabili, sintetici, riferiti a centri di responsabilità (DGR 201/2004)
6. Il termine Budget viene indistintamente usato per definire i tetti di spesa programmati, ma non rappresenta un “limite di consumo di risorse” bensì prospetta degli incentivi al raggiungimento di obiettivi qualitativi sanitari prefissati di natura sia medica che economica.
7. Possono rappresentare obiettivi perseguibili:
 - a) Elaborazione ed applicazione di linee guida condivise per tutte le principali categorie di farmaci
 - b) La razionalizzazione della prescrizione degli esami di laboratorio
 - c) Le prestazioni ambulatoriali e diagnostica strumentale
 - d) La riduzione del tasso di ospedalizzazione, ordinaria, DH, ecc
 - e) La riduzione della mobilità passiva
 - f) La definizione di pacchetti prescrittivi per alcuni esami di diagnostica strumentale
 - g) L'ampliamento dell'orario di apertura degli studi
 - h) A.D.P., A.D.I., ecc.
8. Il Progetto di assegnazione del budget prevede le seguenti fasi:
 - I. Identificazione e nomina di un Gruppo aziendale per la programmazione del budget, di cui fanno parte anche i PdF degli Uffici di Coordinamento
 - II. Identificazione degli obiettivi aziendali di breve, medio e lungo termine
 - III. Identificazione di un sistema pesato (regionale) per la misurazione delle prestazioni
 - IV. Assegnazione degli obiettivi concordati al gruppo distrettuale di professionisti, previa negoziazione del budget con la Direzione aziendale
 - V. Eventuale ritaratura degli obiettivi in itinere
 - VI. Individuazione degli indicatori di efficacia ed efficienza (qualità, quantità, costi, tempi, servizio) da utilizzare per la verifica dei risultati
 - VII. Individuazione della reportistica, da inoltrare ai professionisti con cadenza almeno bimestrale
 - VIII. Verifica dell'andamento della spesa e delle attività
 - IX. Sistema di valutazione dei risultati

- X. Definizione del sistema premiante, in una prima fase per aggregato distrettuale, successivamente anche eventualmente per aggregato e singolo professionista.
- XI. I premi di risultato devono possibilmente tenere conto delle diverse componenti di spesa che ne determinano l'obiettivo, attribuendo loro un peso specifico diverso, così da favorire comportamenti virtuosi degli operatori (es. riduzione dei ricoveri rispetto alla spesa farmaceutica !)
- XII. Costituzione di un fondo di incentivazione proporzionale o progressivo per la redistribuzione delle risorse
- XIII. Gli incentivi/premi devono intendersi non solo di natura economica, ma anche in beni, servizi o aspetti normativi opportunamente concordati per il tramite delle OO.SS. di categoria maggiormente rappresentative a livello aziendale
- 9. Fase della gestione delle relazioni sindacali: interne all'Azienda, interne al sindacato, di trattativa vera e propria.
- 10. Il budget concordato con gli operatori viene sottoscritto tra i medici pediatri ed il Dirigente del Distretto delegato alla firma, ratificato con atto deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda Asl previa acquisizione del parere favorevole da parte del Comitato di Direzione aziendale, del Comitato aziendale della Pediatria di F. e delle OO.SS. di categoria maggiormente rappresentative a livello aziendale.
- 11. Avvio della sperimentazione del budget

Art. 20 COMMISSIONE per i RAPPORTI OSPEDALE – TERRITORIO (R.O.T.) –

- 1. Al fine di coordinare, omogeneizzare e indirizzare le attività distrettuali la ASL di Teramo, entro 90 giorni dalla sottoscrizione del presente Accordo, istituisce la Commissione aziendale per i Rapporti Ospedale-Territorio ai sensi delle disposizioni di cui al punto 7 art 48 ACN/2005
- 2. Fanno parte della Commissione di cui al c.1 almeno due Pediatri di Famiglia indicati dalle OO.SS. di categoria maggiormente rappresentative con criterio di proporzionalità, il Direttore del Dipartimento Materno Infantile, il Dirigente del Dipartimento delle Cure Primarie, il Dirigente del Servizio di Prevenzione ed all'occorrenza i Dirigenti delle U.O. delle branche cliniche e chirurgiche
- 3. Ai componenti della Commissione R.O.T. sono riconosciuti i compensi previsti al c.8, art 27 dell'Accordo Regionale della Pediatria di F. / 2006

Art. 21 ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE

Le parti convengono che, ai sensi dell'art 41 dell'ACR/2006 ed art. 14,c8 dell'ACN della Pediatria di F del 15/12/05, il Pediatra coinvolto in Attività Territoriali programmate istituite dalle Aziende percepisca un compenso orario pari a quello previsto per lo specialista ambulatoriale, comprensivo di tutte le voci stipendiali.

Disposizione finale n°1

Entro 90 giorni dal provvedimento di approvazione del presente Accordo, la ASL, ai sensi del comma 5 dell'art 58 lett A ACN Pediatria 2005, ridetermina la nuova quota capitaria aumentata in base agli assegni individuali resisi disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli medici Pediatri di F. a far data dall'01.01.2005 .

Disposizione finale n°2

Nelle more della costituzione degli Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali tutte le attività ed i compiti ad esso afferenti sono svolti dal Comitato Aziendale della Pediatria, che per casi e/o progetti specifici può essere convocato in seduta plenaria con il Comitato Aziendale della Medicina Generale.

ALLEGATI
Relativi all'Accordo Integrativo Aziendale

Allegato n° 1AA

All. n° 1AA GOVERNO CLINICO, risultanze di cui all'art 7 ACR/06 e dell'art. 5 del presente Accordo Aziendale		DR. _____
cod.reg. _____		
Data: 31 dicembre _____	Alla Asl di _____	
Obiettivo di salute n° 1 _____		
Obiettivo di salute n° 2 _____		

Scheda modulo VACCINAZIONI

ANNO di riferimento	di	valore			01-01-xx	31-12-xx
Popolazione femminile da Sottoporre a Bilancio Y12			N°	valore		
Elenco nominativo						
Cognome	Nome	Data di nascita	Codice fiscale	Vaccino rosolia SI	Vaccino rosolia NO	
Percentuale controllati		%	valore			
Obiettivo	Parziale		Valore			
Obiettivo	Totale		Valore			

Scheda modulo DIABETE MELLITO TIPO 1

ANNO di riferimento	di	valore			01-01-xx	31-12-xx
Popolazione diabetica tipo I			N°	Valore		
ID paziente			BMI normopeso	BMI sovrappeso	BMI obesità	
1°						
2°						
3°						
4°						
Ecc						
Percentuale controllati		%	valore			
Obiettivo	Parziale		Valore			
Obiettivo	Totale		Valore			

Scheda modulo CONVULSIONI

ANNO di riferimento	valore			01-01-xx	31-12-xx
Popolazione con patologia convulsiva in trattamento		N°	Valore		
ID paziente				Non ricadute	N° ricadute
1°					
2°					
3°					
4°					
Ecc					
Percentuale controllati		%	valore		
Obiettivo	Parziale		Valore		
Obiettivo	Totale		Valore		

Scheda modulo CELIACHIA

ANNO di riferimento	valore			01-01-xx	31-12-xx
Popolazione con patologia celiaca		N°	Valore		
Elenco nominativo					
Cognome	Nome	Data nascita	di Codice fiscale	Valutaz paramentri; aderenza alla dieta	Valutaz paramentri; NON aderenza alla dieta
Percentuale controllati		%	valore		
Obiettivo	Parziale		Valore		
Obiettivo	Totale		Valore		

All n° 2AA

All. n° 2AA Modulo di adesione alla CONTINUITA' ASSISTENZIALE DIURNA FERIALE H12 (CADF-H12) di cui all'art 9 del presente Accordo Aziendale
Alla Asl di _____

Il / I sottoscritto/i Pediatra di Famiglia convenzionati con Codesta Asl:

Con la presente intende/intendono aderire all'istituto in oggetto ampliando l'orario di apertura dello studio secondo le seguenti modalità:

studio medico in via : _____ n° _____
città _____

n° telefonico: _____ fax: _____

LUNEDI : 8,00-20,00

MARTEDI: 8,00- 20,00

MERCOLEDI : 8,00- 20,00

GIOVEDI: 8,00- 20,00

VENERDI: 8,00- 20,00

Lo studio è chiuso nei giorni festivi e resta aperto fino alle ore 10,00 nei prefestivi non di sabato.

L'adesione al presente istituto resta confermata per un anno a decorrere dalla data di sottoscrizione ed è tacitamente rinnovata di anno in anno se non disdetta dall'interessato/i.

Luogo e data: _____ Firma Medico/i _____

All. n° 3AA

All. n° 3AA Modulo di adesione alla CONTINUITA' ASSISTENZIALE DIURNA PREFESTIVA E FESTIVA (CADPF-H12) di cui all'art 10 del presente Accordo Aziendale
Alla Asl di _____

Il sottoscritto Pediatra di Famiglia convenzionato con Codesta Asl:

Con la presente intende aderire all'istituto in oggetto contribuendo, per quota parte ed in base a turni definiti di comune accordo con i Colleghi del medesimo servizio, a garantire l'apertura dello studio e la consulenza pediatrica con le modalità di seguito indicate:

studio medico sito in via : _____ n° _____
città _____

n° telefonico: _____ fax: _____

SABATO E PREFESTIVI : 8,00-20,00

DOMENICA E FESTIVI: 8,00- 20,00

L'adesione al presente istituto resta confermata per un anno a decorrere dalla data di sottoscrizione ed è tacitamente rinnovata di anno in anno se non disdetta da una delle parti .

Luogo e data: _____ Firma Medico/i _____

All.n° 4AA

Rapporto del mese:		Anno:	Alla Asl di:	
Numero di accessi	Cognome	Nome	Codice fiscale	Motivo Accesso
Data: _____		Il Pediatra referente del servizio		DR. _____

All n° 5AA

Assistenza Programmata nelle residenze protette e collettività	Cognome	Nome	Codice fiscale	Motivo Accesso
N° accessi	Data Accesso	Ora Accesso	Firma del Responsabile RP	prestazione
	xx/xx/xxxx	Da _____ a _____		
Data: _____		Il Pediatra		DR. _____

PARTE PUBBLICA

IL DIRETTORE GENERALE ASL TERAMO
DR MARIO MOLINARI _____

ORGANIZZAZIONI SINDACALI

FIMP. IL Segretario provinciale Teramo

DR. NICOLA D'AMARIO _____

CIPE. IL Segretario regionale Cipe

DR. AMEDEO SPINELLI _____

TERAMO : _____