

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA STIPULATO AI SENSI DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE SANCITO CON INTESA IN SEDE DI CONFERENZA STATO-REGIONI IL 15/12/2005.

Il presente accordo ha lo scopo di promuovere, attraverso la reciproca collaborazione tra la Regione, le Aziende UU.SS.LL. ed i medici specialisti Pediatri di libera scelta, da un lato il miglioramento della qualità dell'assistenza, mediante misure che agevolino la contattabilità del pediatra da parte dell'utente e il ruolo del pediatra stesso nell'ambito dell'educazione sanitaria e della prevenzione, e dall'altro la razionalizzazione della spesa, con la determinazione preventiva dei fondi a disposizione delle Aziende.

Articolo 1 Compiti del pediatra

1. I compiti del pediatra individuati dall'art. 44 dell'Accordo Collettivo Nazionale sono qui integralmente richiamati, con particolare riferimento a quanto disposto ai commi 3 e 4 riguardo alla partecipazione alle équipe territoriali e alla diffusione della cultura sanitaria.
2. Inoltre si concorda, in riferimento a quanto previsto dal seguente art. 8, che ciascun pediatra, sia che operi in forma singola che associata, deve garantire i seguenti compiti aggiuntivi:

A) Informativa ai pazienti

Al fine di garantire una maggiore contattabilità da parte degli assistiti, ogni pediatria si deve dotare, entro un mese dall'entrata in vigore del presente Accordo, di una guida informativa nella quale siano riportati chiaramente:

- L'indirizzo dello studio primario e secondario
- L'orario di apertura degli stessi e le modalità di accesso
- L'orario di contattabilità telefonica
- Il numero di telefono degli studi oltre che eventuali numeri di telefoni mobili
- Le modalità di effettuazione delle visite domiciliari come previste dal vigente ACN (art. 46)
- Istruzioni da seguire in caso di urgenze emerse al di fuori degli orari di studio.

Per quanto riguarda i pediatri associati, oltre ad esplicitare che ogni pediatra è disponibile a svolgere la propria attività ambulatoriale nei confronti anche degli assistiti dei pediatri associati secondo le modalità dell'art. 52 del vigente ACN, la Guida deve riportare:

- I nominativi dei pediatri associati
- L'indirizzo degli studi primari e secondari di ciascun pediatra
- L'orario di apertura degli stessi
- L'orario di contattabilità telefonica di ciascun pediatra. Gli orari devono essere articolati in maniera da garantire il più ampio spettro di contattabilità.
- I numeri di telefono di ognuno e gli orari di contattabilità, oltre che eventuali numeri di telefoni mobili
- Istruzioni da seguire in caso di necessità emerse al di fuori degli orari di studio.

La Guida informativa deve essere predisposta da ogni pediatra e consegnata all'Azienda Sanitaria Locale per la verifica e l'approvazione. Successivamente sarà consegnata dai pediatri a tutti gli assistiti ed esposta presso i singoli studi medici.

B) Contattabilità telefonica

I Pediatri convenzionati devono garantire la contattabilità telefonica nei seguenti orari:

- Dalle ore 8 alle ore 10 dei giorni lavorativi;
- Nell'orario di studio;
- Per ulteriori 2 ore al giorno, a scelta del medico, preferibilmente consecutive.

In caso di assenza, devono essere resi adeguatamente disponibili, anche mediante segreteria telefonica, i recapiti del sostituto con l'indicazione degli orari e delle modalità di contattabilità.

Inoltre i Pediatri rendono noto il proprio recapito telefonico ai Pronto Soccorsi e alle divisioni ospedaliere, in modo da consentire alla struttura ospedaliera la possibilità di contattarli in caso di ricovero ed eventuali dimissioni protette di propri assistiti. Le modalità organizzative vengono stabilite dal pediatra stesso, di intesa con la ASL di appartenenza e con le Aziende Ospedaliere che insistono nel territorio.

C) Attuazione di attività relative alla prevenzione dei danni da incidenti in età pediatrica, mediante l'illustrazione e la distribuzione ai genitori dei propri assistiti, in occasione dei bilanci di salute effettuati nella fascia di età 0 – 5 anni, del materiale informativo predisposto dalla FIMP Liguria sul tema della prevenzione degli incidenti in età pediatrica. Ciò in sintonia con quanto previsto dal Piano Nazionale per la prevenzione recepito dalla Regione Liguria, Settore della Prevenzione.

Articolo 2 Rapporto ottimale

1. Ai sensi del comma 3 dell'art. 32 dell'Accordo Collettivo Nazionale, si stabilisce che l'ambito di scelta coincide con il Distretto. In caso di Distretti con più Comuni al loro interno, il Comitato Aziendale individua il comune nel quale deve essere posto lo studio principale del medico assegnatario dell'incarico. Per quanto riguarda la ASL 3 Genovese, in funzione delle peculiarità della stessa, vengono invece mantenuti gli attuali ambiti di scelta.
2. Ai sensi del comma 8 dell'articolo 32 dell'Accordo Collettivo Nazionale, per ciascun ambito territoriale, così come definito ai sensi del comma 1, deve essere inserito un pediatra per ogni 600 residenti o frazione superiore a 300 di età compresa tra 0 e 6 anni (si intenda 5 anni e 364 giorni).
3. In particolari situazioni locali, dopo che l'Azienda, sentito il Comitato Aziendale, ha valutato l'opportunità di ricorrere alle misure già previste dall'ACN (scelta in deroga territoriale, aumento temporaneo del massimale e variazione dell'ambito territoriale) per garantire il diritto all'assistenza pediatrica ed alla libera scelta, si attua il seguente calcolo:
 - totale dei residenti 0 – 6 anni (intendendo 0 - 5 anni e 364 giorni) assommato al totale dei pazienti 6 – 14 anni (intendendo 6 anni – 13 anni e 364 giorni) in carico ai pediatri, tenendo anche conto dei cittadini

residenti che hanno effettuato la scelta a favore di pediatri iscritti al di fuori dell'ambito, detratto il totale dei massimali dei pediatri (600 – 800 – 1000).

I suddetti dati devono risultare alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

4. Le ASL si impegnano, una volta proceduto alla copertura delle zone carenti derivanti dalla deroga regionale al calcolo del rapporto ottimale, a sollecitare gli assistiti che non hanno operato la scelta del medico ad effettuare la stessa entro un periodo massimo di tre mesi. Trascorso tale periodo il Comitato Regionale valuterà i risultati.
5. Dal totale dei massimali dei pediatri verranno detratti i massimali di coloro che termineranno il rapporto convenzionale con il SSN entro 12 mesi dall'applicazione del suddetto calcolo per la determinazione delle zone carenti.
6. Se il risultato ottenuto dal calcolo previsto al comma 3, considerando i commi 4, 5 e 6, è positivo, si inserisce 1 pediatra ogni 800 bambini o frazione superiore a 400.
7. Perdurando effettive e comprovate difficoltà a garantire l'assistenza, come correttivo del calcolo precedente si devono considerare i massimali dei pediatri a 800.
8. Il pediatra al quale viene assegnata la zona carente individuata ai sensi dei commi precedenti è tenuto ad aprire l'ambulatorio nella circoscrizione, zona sociale o comune nel cui ambito la carenza è risultata maggiore.
9. Per i pediatri ai quali è stata effettuata la deroga al massimale, il Comitato Aziendale valuterà le modalità di rientro nel caso di assegnazione di una zona carente. Nel rientro dal massimale in deroga andrà garantito, nell'ambito del Comune o di altra zona individuata dall'Azienda, la possibilità di scelta di nuovi nati con la contestuale riacquiescenza di un assistito di età superiore ad anni tredici.
10. Nel caso in cui un medico pensionando faccia ricorso presso il Tribunale del Lavoro al fine di ottenere un prolungamento del proprio rapporto convenzionale oltre il 70° anno di età e l'ASL di competenza, in ottemperanza a quanto sopra abbia bandito la zona carente, si stabilisce che:
 - Nell'eventualità che il pediatra prosegua il rapporto convenzionale con l'Azienda oltre il limite previsto per la cessazione, la zona bandita rimarrà occupata dal pediatra titolare ricorrente;
 - Sarà compito dell'Azienda competente per territorio di individuare gli aventi diritto alla copertura delle zone carenti di assistenza, di comunicare ai medici che hanno presentato domanda per la zona carente predetta, che la stessa potrebbe rimanere occupata dal pediatra titolare ricorrente per sentenza del Giudice del Lavoro, offrendo ai medesimi la possibilità di effettuare un'ulteriore richiesta per l'inserimento nelle zone carenti pubblicate contestualmente dall'Azienda medesima, nei termini di 15 giorni dal ricevimento della comunicazione.

Articolo 3 **Massimale di scelte e sue limitazioni**

1. Ai sensi del comma 1 dell'art. 38 dell'ACN il massimale del pediatra è pari a 800 unità.
2. I pediatri che attualmente hanno più di 800 scelte non possono acquisirne di nuove e rientrano nel massimale perdendo, gradualmente, quelle di pazienti già in carico per il venir meno del requisito di "soggetto in età pediatrica" o per altre motivazioni contrattualmente contemplate, fatto salvo quanto previsto al punto successivo.
3. Ai sensi del comma 2 dell'art. 38 dell'ACN, che prevede la possibilità di definire in sede di accordi regionali limiti e modalità di eventuali deroghe al massimale nazionale, si conviene di dare la possibilità al pediatra, che ne faccia richiesta, di acquisire il massimale a 1000 qualora venga soddisfatta una delle seguenti condizioni:
 - a. Faccia parte della forma associativa "pediatria di gruppo" di cui all'art. 52 commi 2 lettera a), 8 e 9 dell'ACN;
 - b. Garantisca l'apertura dello studio per un minimo di 20 ore settimanali qualora svolga la propria attività in forma singola o associata.
Al pediatra che svolge l'attività in associazione, il Comitato Aziendale può concedere in deroga una riduzione delle ore minime settimanali di apertura dello studio, non superiore a 2, qualora ravvisi che sia comunque assicurata una prestazione medica corretta ed efficace e garantito il miglior funzionamento dell'assistenza.

Facendo riferimento a quanto previsto dall'ACN si precisa che sono da considerarsi:

1) Assistiti in deroga al massimale individuale

i soggetti di cui ai commi 8 e 9 dell'art. 38 e cioè:

- i neonati
- gli assistiti in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura un altro soggetto in età pediatrica

2) Assistiti che non concorrono alla determinazione del massimale

i soggetti di cui ai commi 10, 11 e 13 dell'art. 38 e di cui al comma 1 dell'art. 41 e cioè:

- cittadini stranieri in regola con le norme di soggiorno
- cittadini italiani e comunitari non residenti temporaneamente iscritti
- assistiti 14-16 anni con patologie croniche o gravi problemi sociali
- assistiti che hanno esercitato il diritto di revoca da un altro pediatra, in ambito territoriale laddove tutti i pediatri abbiano raggiunto il massimale
- assistiti per riacquisizione status di cui art. 41 comma 1 (in deroga).

In particolare, si concorda di applicare le seguenti norme per le scelte in deroga e per le scelte che non concorrono alla determinazione del massimale:

A. SCELTE IN DEROGA

1) Pediatri con massimale di scelte pari a 800 o 1000:

- neonati: deroga del 10% del massimale;
- assistiti in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica: deroga senza limite.

2) Pediatri con massimale limitato per attività compatibili

- neonati: nessuna deroga;
- assistiti in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica: nessuna deroga.

3) Pediatri con massimale autolimitato:

- neonati: nessuna deroga;
- assistiti in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica: nessuna deroga.

In tutti i casi di cui ai precedenti punti 1, 2 e 3 è ammessa la scelta di nuovi nati facendo ricorso alla norma prevista al comma 11 dell'art. 38 dell'ACN attraverso la ricusazione di tredicenni.

Con tale procedura il pediatra è tenuto a comunicare tempestivamente, per iscritto, l'avvenuta ricusazione sia ai familiari dell'assistito che alla ASL di competenza.

B. SCELTE CHE NON CONCORRONO ALLA DETERMINAZIONE DEL MASSIMALE

Al fine di non creare sovraccarico di pazienti ai pediatri e garantire quindi una buona qualità assistenziale, si concorda di fissare un tetto massimo all'interno del quale vengono conteggiati anche i soggetti che non concorrono alla determinazione del massimale come sopra riportato.

Il massimale teorico, pertanto, di ciascun pediatra, escluse dal conteggio le scelte in deroga di cui alla lettera A punto 1 del presente articolo, può aumentare al massimo del 10% solo per effetto di scelte relative ad assistiti che non concorrono alla determinazione del massimale.

Al disotto del massimale teorico il numero di assistiti che non concorrono alla determinazione del massimale può, ipoteticamente, essere uguale al massimale stesso.

Articolo 4 Bilanci di salute e visite età filtro

Il libretto sanitario pediatrico, secondo il modello istituito e definito con l'accordo integrativo regionale attuativo del D.P.R. 613/96, approvato con D.G.R. 2336 dell'11 novembre 1998, è conservato a cura dei legali rappresentanti del bambino, ai quali deve essere consegnato da personale dell'Azienda U.S.L. al momento della iscrizione al SSN e della scelta del pediatra.

Le diciture "bilanci di salute" e "visite età filtro", riportate nell'allegato L all'Accordo Collettivo Nazionale del 15/12/2005, si riferiscono entrambe alle prestazioni di cui all'articolo 44 comma 2 lettere r) ed s).

Tali prestazioni, concordate con l'Amministrazione regionale su basi di efficacia scientifica, rientranti nei compiti del pediatra retribuiti a quota variabile (art. 58 lett. C), si definiscono come visite ambulatoriali eseguibili in età prestabilita, il cui obiettivo rimane la prevenzione secondaria, attraverso il precoce riconoscimento delle patologie dell'accrescimento psico-somatico, neuro-sensoriale anche mediante l'individuazione di casi a particolare rischio di disagio socio-familiare.

Ulteriore obiettivo collegato ai bilanci di salute è la prevenzione primaria, in quanto le visite di controllo costituiscono per il pediatra che le esegue una occasione di

interventi inerenti l'alimentazione, la vaccinazione, la prevenzione degli incidenti e le norme igieniche generali.

Viene concordato il seguente calendario di visite filtro :

- 1° visita - dal 16° al 45° giorno dalla nascita
- 2° visita – dal 61° al 90° giorno dalla nascita;
- 3° visita – dai 4 ai 6 mesi compiuti
- 4° visita – dai 7 ai 9 mesi compiuti
- 5° visita – dai 10 ai 12 mesi compiuti
- 6° visita – dai 15 ai 18 mesi compiuti
- 7° visita – dai 24 ai 36 mesi compiuti
- 8° visita – dai 5 ai 6 anni compiuti
- 9° visita – dai 7 ai 9 anni compiuti
- 10° visita – dagli 11 ai 13 anni compiuti

Il pediatra è tenuto ad annotare sul libretto sanitario pediatrico i bilanci di salute effettuati.

Per la compilazione del libretto sanitario pediatrico e per la realizzazione dei bilanci di salute si conferma una quota annua onnicomprensiva di € 16,56.

Articolo 5 Visita al neonato dimesso precocemente

Le visite al neonato sano, dimesso precocemente entro le 72 ore dalla nascita, possono essere retribuite nell'ambito di progetti obiettivi specifici ovvero nell'ambito del finanziamento del DRG, determinando il corrispettivo come visita occasionale (domiciliare € 35,00 - ambulatoriale € 25,00).

Articolo 6 Medicina preventiva. Vaccinazioni

I medici pediatri, tenuto conto di quanto prescritto dall'articolo 34 della legge 449/97 e nell'ambito di quanto previsto e disposto dall'Amministrazione regionale con il Piano Annuale delle Vaccinazioni e dalle Aziende UU.SS.LL. in ossequio alla programmazione regionale, possono somministrare vaccini ai propri assistiti nel proprio ambulatorio, previa visita di controllo, a tutela della salute dei minori.

I vaccini debbono essere forniti dall'Azienda di appartenenza direttamente al pediatra di fiducia, il quale provvederà a certificare l'avvenuta vaccinazione all'ufficio competente.

Il Comitato Aziendale potrà decidere di corrispondere al pediatra vaccinatore un compenso, stabilito sulla base di quanto indicato dall'articolo 56 dell'Accordo Collettivo Nazionale in materia di visite occasionali, qualora la prestazione non sia inserita in un progetto più ampio, da concordare a livello aziendale.

In mancanza di ciò, la prestazione resa dal pediatra rientrerà nell'attività di libera professione, ai sensi dell'articolo 57 comma 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale. La FIMP indica per tali prestazioni l'onorario di € 35.

Articolo 7

Progetti di Educazione Sanitaria

Particolare cura sarà dedicata dal pediatra all'educazione sanitaria dei familiari preposti alla tutela del minore e del minore stesso, ferma restando la necessaria adesione del medico pediatra di libera scelta alla realizzazione di progetti finalizzati, programmati a livello aziendale e regionale.

Riguardo alla esercitazione pratica relativa alle manovre di disostruzione delle vie aeree superiori, si rimanda a determinazioni da assumersi in sede di Comitato Aziendale, al fine di definire specifici progetti obiettivo ovvero all'inclusione tra le prestazioni eseguibili con autorizzazione sanitaria. In quest'ultimo caso si utilizza la medesima tariffa di riferimento.

Articolo 8

Fondi a disposizione della trattativa regionale e loro utilizzo

I fondi utilizzabili dalle AASSLL per la remunerazione della parte variabile del compenso dei medici pediatri, finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi ed organizzativi, sono i seguenti:

1. Fondo ex art. 58 lettera B commi 1, 2 e 3
2. Fondo ex art. 58 lettera B comma 14
3. Ulteriore fondo, che a livello regionale ammonta a € 300.000, calcolato in ogni Azienda in ragione del numero di assistiti in età pediatrica.

Il complesso dei fondi così individuati è utilizzato:

- Prioritariamente per l'aggiornamento delle indennità attualmente percepite dai medici pediatri di libera scelta, definite nell'art. 9 del presente Accordo;
- Per l'erogazione di una quota capitaria di € 3,08 per la remunerazione dei compiti aggiuntivi di cui all'art. 1 comma 2 del presente Accordo;
- Per la quota residua, per l'attivazione di nuove forme associative e/o per l'erogazione delle indennità per il personale di studio, e/o per progetti concordati a livello aziendale.

Il fondo di cui al punto 3 relativo agli anni 2005 e 2006 viene utilizzato per garantire l'aggiornamento delle indennità dovute ai medici per gli stessi anni 2005 e 2006. Gli eventuali residui rimangono a disposizione delle Aziende per progetti, da effettuarsi nell'arco di un triennio.

Le somme di cui al punto 2 e 3 non utilizzate nell'anno di competenza vengono reimpiegate nell'anno successivo. Se tali somme continuano a non essere utilizzate entro il 31 dicembre dell'anno successivo, vengono distribuite a tutti i pediatri di libera scelta convenzionati, con esclusione della quota non impiegata a causa del mancato raggiungimento degli obiettivi concordati ovvero della mancata adesione dei medici ai progetti aziendali. Detta quota va ad incrementare il fondo del successivo anno.

Quanto previsto dal presente articolo e, di conseguenza, dall'art. 2 comma 2, sarà riesaminato all'entrata in vigore del prossimo Accordo Collettivo Nazionale e discusso in sede di trattativa integrativa regionale.

Articolo 9

Indennità per forme associative, personale di studio ed informatizzazione

Le indennità per le attività di associazionismo, informatizzazione e per l'utilizzo del personale di studio di cui all'art. 58 dell'ACN, da corrispondersi a decorrere dall'1/1/2005, purché ne sussistano le condizioni, sono:

Medicina di gruppo	€ 9,00 *
Medicina in associazione	€ 8,00 *
Collaboratore di studio	€ 10,00 *
Personale infermieristico	€ 7,50 *
Indennità informatica	€ 77,47 **

* annua per assistito in carico

** forfetaria mensile

Le indennità per la medicina di gruppo, la medicina in associazione e personale infermieristico sono così corrisposte:

- al 100% per i primi 250 assistiti in carico
- all'80% per i restanti assistiti in carico fino al raggiungimento del massimale individuale

L'indennità informatica e quella per collaboratore di studio sono corrisposte al 100%.

Le indennità percepite per il personale di studio non possono essere superiore alla spesa per il personale stesso complessivamente sostenuta (stipendio e oneri a carico del datore di lavoro) da ciascun pediatra. Per quanto riguarda i pediatri che operano in gruppo, la somma delle indennità percepite dagli stessi, per singola tipologia di personale di studio, non può essere superiore alla spesa sostenuta per il personale operante nello studio associato. Le Aziende verificano annualmente la corrispondenza tra le indennità erogate per il personale di studio e spese sostenute a tale scopo e, in caso di scostamento, procedono al recupero delle quote eccedenti.

Articolo 10

Erogazione dell'indennità informatica

L'indennità informatica è erogata ai sensi dell'art. 58 lett. B comma 10 dell'Accordo Collettiva Nazionale, nonché secondo le modalità di cui all'art. 1 comma 275 della legge 23 dicembre 2005 n. 266.

Articolo 11

Maggiorazione per le zone disagiate

Le zone disagiate sono individuate dai Comitati Aziendali sulla base di una valutazione complessiva tenuto conto dei seguenti criteri:

- a) alto rapporto superficie/popolazione sparsa
- b) dimensioni dei Comuni
- c) situazione geografica
- d) condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività

e sono dichiarate tali con provvedimento del Direttore Generale.

Ai sensi di quanto previsto dall'articolo 58 lettera D commi 1 e 2 dell'A. C. N. per ciascun assistito residente in zona disagiata nella fascia di età 0 – 14 anni è riconosciuto al pediatra il compenso annuo di € 25,82, con il tetto massimo di €

516,46 mensili a medico e con il tetto massimo del 15% dei pediatri. In caso di risorse insufficienti si procederà a modificare la percentuale prevista, sulla base di esigenze locali e previo accordo con le organizzazioni sindacali di categoria.

La maggiorazione per zone disagiate verrà liquidata al 31 dicembre di ogni anno, con la corresponsione dei compensi in dodicesimi, riferiti alle mensilità in cui il paziente è stato in carico al pediatra.

Articolo 12

Assistenza programmata domiciliare ad assistiti affetti da patologie croniche invalidanti

Per quanto concerne l'assistenza nei confronti di pazienti affetti da patologie croniche invalidanti, anche ospiti di strutture territoriali, si concorda quanto segue.

Il pediatra assicura la presenza effettiva settimanale, quindicinale, mensile, o secondo altra cadenza in base ad un piano concordato con l'Azienda, al fine di

- controllare lo stato di salute dell'assistito;
- fornire indicazioni ai familiari o al personale addetto all'assistenza di eventuale trattamento dietetico o profilattico, da annotare sulla scheda degli accessi fornita dall'Azienda;
- predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro periodica verifica;
- tenuta di un'apposita scheda ove vengano annotate le eventuali considerazioni cliniche, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, la terapia e quant'altro ritenuto utile ed opportuno.

L'Azienda Sanitaria dovrà fornire una scheda per l'annotazione degli accessi effettuati.

Gli accessi devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato. Il numero degli accessi segnalati dal medico deve trovare riscontro nel numero di quelli annotati dal medico sulla scheda tenuta presso il domicilio del paziente.

Il trattamento economico viene immediatamente sospeso in caso di trasferimento dell'assistito o di ricovero presso strutture sanitarie.

Per la liquidazione dei compensi si rinvia a quanto previsto dall'Allegato "E" dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Articolo 13

Continuità Assistenziale

Fermo restando che la continuità assistenziale disciplinata dall'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale si estende anche agli assistiti in carico ai medici specialisti pediatri di libera scelta, presso le singole Aziende potranno essere attivati appositi servizi e presidi di continuità assistenziale pediatrica, fermo restando quanto previsto dall'art. 46 comma 7.

L'organizzazione del servizio di continuità assistenziale pediatrica, le modalità di reclutamento del personale ed i compensi da corrispondere ai medici partecipanti saranno regolati da accordi aziendali, approvati dai Comitati Aziendali.

Articolo 14

Esercizio del diritto di sciopero

Le visite urgenti, ivi comprese le visite domiciliari urgenti e l'assistenza programmata ai malati terminali, che sono definite prestazioni indispensabili ai sensi dell'articolo 2

comma 2 della legge n. 146/1990 e dall'Accordo Collettivo Nazionale e che devono essere assicurate durante l'esercizio del diritto di sciopero dai pediatri convenzionati, sono retribuite mediante la corresponsione del 40% dei compensi spettanti ai sensi dell'articolo 58 lettere A, B e C (art. 31 comma 11).

Si precisa che in caso di sciopero proclamato dalla FIMP nazionale o provinciale l'adesione dei medici pediatri di libera scelta viene presunta dall'Azienda. Il medico che non intenda aderire allo sciopero è tenuto a comunicarlo tempestivamente alla propria Azienda.

Articolo 15 **Accordi aziendali**

Tutti gli accordi stipulati a livello aziendale dovranno essere portati all'attenzione del Comitato Regionale Permanente.

Articolo 16 **Formazione continua**

Preso atto dell'attivazione dei servizi di continuità assistenziale a partire dalle ore 8:00 dei giorni prefestivi, le parti concordano di utilizzare le giornate prefestive ed eventualmente festive per la realizzazione di attività di aggiornamento professionale, con moduli formativi da 4 a 16 ore, fino al raggiungimento delle 40 ore previste per la formazione obbligatoria a carico delle Aziende. I Pediatri di libera scelta sono tenuti a partecipare a tali attività.

Per il raggiungimento del monte ore e dei crediti formativi prescritti dal sistema ECM, i PLS potranno partecipare ad altre forme di aggiornamento, organizzate autonomamente da soggetti accreditati, in conformità a quanto previsto dall'art. 20 del vigente Accordo Collettivo Nazionale. Per la partecipazione a tali attività i medici pediatri di libera scelta non potranno richiedere all'Azienda il pagamento della sostituzione.

Si demanda ad ulteriori accordi regionali la completa attuazione del citato art. 20 dell'ACN.

La Regione si impegna a garantire lo svolgimento delle attività formative, in linea con gli anni passati. Inoltre, entro la fine dell'anno 2007 sarà programmata l'attività formativa per l'anno 2008, prevedendo le risorse finanziarie da utilizzare.

Articolo 17 **Partecipazione alle sedute di Comitato**

Per la partecipazione alle sedute del Comitato Regionale Permanente vengono riconosciuti ai membri titolari, o loro supplenti in caso di sostituzione, i seguenti compensi :

- un gettone di partecipazione pari a € 75,00 a seduta, con il limite massimo di 10 sedute annue;
- la sostituzione pari a mezza giornata lavorativa, calcolata secondo i criteri dell'articolo 21 comma 6) dell'A.C.N..

- il rimborso delle spese di viaggio, opportunamente documentate, nella misura prevista per il personale dipendente.

Per la partecipazione alle sedute dei Comitati Aziendali viene riconosciuto ai membri titolari, o loro supplenti in caso di sostituzione :

- il pagamento della sostituzione pari a mezza giornata lavorativa, calcolata secondo i criteri dell'articolo 21 comma 6) dell'A. C. N..
- il rimborso delle spese di viaggio, opportunamente documentate, nella misura prevista per il personale dipendente.

Articolo 18

Partecipazione dei Pediatri di Libera Scelta ad attività umanitarie

Per quanto riguarda la partecipazione dei Pediatri di libera scelta convenzionati con il SSR ad attività umanitarie all'estero, si fa riferimento a quanto stabilito dall'art. 50 commi 1 e 2 della legge regionale n. 41/2006.

Letto, approvato e sottoscritto in data 21 marzo 2007

L'Assessore alla Salute, Politiche della Sicurezza dei Cittadini.....

Il Segretario Regionale Federazione Italiana Medici Pediatri.....