

Piattaforma per l'accordo integrativo regionale della pediatria di famiglia

29 novembre

A cura della Regione Puglia

Art. 1

Premessa

1. La presente intesa tra la Regione Puglia e le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della Pediatria di famiglia firmatarie dell'ACN, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale stabilite con le Leggi Regionali n. 25 e 26 del 2006, disciplina il rapporto con i medici pediatri di famiglia nella parte rimessa alla contrattazione regionale dall'Accordo Collettivo Nazionale del 15.12.2005 .
2. Le attività di assistenza pediatrica così come disciplinate dall'art. 8 comma 1 del D. Lvo 502/92 e successive modifiche, svolte esclusivamente dai pediatri di famiglia, concorrono alla realizzazione degli obiettivi fissati dall'art. 5 dell'ACN, assicurando ai bambini pugliesi i livelli essenziali di assistenza (LEA), con i modelli organizzativi e gli strumenti operativi previsti dal presente accordo.
3. La presente intesa, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione socio-sanitaria, garantisce una assunzione condivisa di responsabilità nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, in particolare:
 - riconosce e conferma che il rapporto che si instaura tra le Aziende USL ed i pediatri di famiglia - per lo svolgimento dei compiti e delle attività previste dall'ACN e da quello integrativo regionale, è di "lavoro autonomo, convenzionato". I compiti e le funzioni del pediatra di famiglia non possono essere esercitati o affidati ad altri soggetti o ad Enti privati;
 - persegue gli obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale con particolare riguardo ai bisogni di salute del bambino con patologia rara o quadro clinico complesso;
 - individua modelli organizzativi a crescente grado di complessità con l'obiettivo di creare una rete di offerta in grado di assicurare la continuità assistenziale. Lo sviluppo delle forme associative e la integrazione di tutte le figure professionali impegnate nei servizi territoriali sono i punti qualificanti di un processo teso al miglioramento della qualità dell'assistenza e della appropriatezza dei percorsi di cura;
 - definisce le risorse per fornire ai pediatri di famiglia gli strumenti di carattere strutturale e le necessarie risorse umane per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla programmazione regionale;
 - avvia il processo di partecipazione alla programmazione aziendale e distrettuale da parte dei pediatri di famiglia, così come definito dalle nuove politiche regionali, adottando strumenti organizzativi in grado di supportare l'azione delle istituzioni sia a livello centrale che periferico;
 - sostiene lo sviluppo tecnologico della pediatria di famiglia;
 - garantisce una adeguata attività di qualificazione e aggiornamento professionale;

- Il presente accordo chiarisce ed interpreta, inoltre, tutte quelle norme per le quali si intende garantire la uniforme applicazione in ambito regionale.

Art. 2

Associazionismo

1. La Regione Puglia, ai sensi della Legge Regionale 25/06, "promuove le forme associative di erogazione del servizio secondo modelli a complessità crescente, in funzione delle esigenze e delle caratteristiche del territorio, coerentemente con quanto previsto dagli accordi collettivi nazionali di settore".
2. Le forme associative sono quelle previste dall'art. 52 dell'ACN del 15/12/2005.
3. Al fine di avviare un percorso di sviluppo delle forme associative di gruppo e di rete, le aziende sanitarie non riconoscono, dalla data di pubblicazione del presente accordo, nuove forme pediatria in associazionismo semplice. Ai pediatri che alla data di pubblicazione del presente accordo svolgono la loro attività in forma di pediatria in associazione semplice resta confermato un compenso forfettario annuo di €. 8,00 per ciascun assistito in carico come previsto dal comma 4 lettera B dell'art. 58 dell'ACN.
4. Le Aziende sanitarie locali nei limiti delle risorse assegnate dalla Regione per promuovere la qualità dell'assistenza così come fissato dall'art. 45 dell'ACN, concordano in sede di Comitato Permanente Aziendale per la pediatria di famiglia (CPA) di cui all'art. 23 dell'ACN del 15/12/2005, il piano aziendale di sviluppo delle pediatrie di gruppo e di rete.

Tenuto conto della peculiarità dell'assistenza pediatrica e le difficoltà orografiche del territorio, premesso che uno sviluppo eccessivo dei gruppi determinerebbe la "scomparsa" dell'assistenza pediatrica in alcuni Comuni sovvertendo il principio della capillarità dell'assistenza pediatrica con obiettive conseguenti difficoltà logistiche per i genitori con ripetuti spostamenti per usufruire dell'assistenza, si concorda che le Aziende dovranno favorire soprattutto la pediatria in rete sperimentando le forme più complesse solo nei centri urbani;

5. Il piano aziendale di sviluppo delle pediatrie di rete e di gruppo - di cui al precedente comma - deve essere redatto ed approvato dal CPA entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo, e inviato a cura dell'azienda al Comitato Permanente Regionale per la medicina pediatrica (CPR) di cui all'art. 24 dell'ACN 15/12/2005 nei successivi 30 giorni per la presa d'atto.

6. Il piano aziendale di sviluppo delle pediatrie di rete e di gruppo deve definire le nuove percentuali di sviluppo delle pediatrie in rete e gruppo, sino alla capienza del fondo previsto dall'art. 58 lettera B dell'ACN, tenendo conto:

- dell'assetto territoriale;
- della necessità di conciliare la capillarità della distribuzione degli studi medici di pediatria di famiglia con l'offerta dei servizi in forma centralizzata e coordinata.

7. A far data dalla presa d'atto da parte del C.P.R. le pediatrie in associazione semplice, a domanda, possono trasformarsi in pediatria in rete compatibilmente con le previsioni del piano aziendale di cui al co. 4 del presente articolo. Esaurite

le domande di trasformazione delle associazioni semplici, vengono accolte le ulteriori domande di pediatri che intendono associarsi in rete. Per l'attuazione del piano aziendale, fermo restando le succitate priorità, si utilizzano i seguenti criteri:

- criterio cronologico: fa fede la data di invio o di deposito delle comunicazioni di costituzione inviate all'azienda di appartenenza;
- in caso in cui più comunicazioni di costituzione riportino la stessa data di invio o di deposito valgono in ordine i seguenti criteri di precedenza:
 - a) trasformazione da una associazione semplice in rete;
 - b) costituzione ex novo di una pediatria di rete;
 - c) costituzione ex novo di una pediatria di gruppo

8. L'orario minimo delle pediatrie di rete e di gruppo, di cui alla lett. a) e c) comma 2 art. 52 dell'ACN del 15.12.2005, deve essere articolato in modo tale da garantire almeno sei ore giornaliere di apertura, in maniera coordinata tra i medici aderenti.

9. Ai pediatri di famiglia che svolgono attività di pediatria di rete ai sensi dell'art. 52, comma 13 dell'ACN del 15.12.2005 è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico pari a €. 10,00/assistito/anno, mentre ai pediatri di famiglia che svolgono attività di pediatria di gruppo ai sensi dell'art. 52, comma 8 dell'ACN, è dovuto un compenso forfetario annuo di €. 11,00 per ciascun assistito in carico.

10. L'associazione che per qualsiasi motivo scenda, per pensionamento, dimissioni o cause di forza maggiore, nella sua composizione, al di sotto del numero minimo di due, ha nel termine massimo di sei mesi la facoltà di ricostituire il suddetto numero minimo, con l'integrazione di altro pediatra disponibile, durante i quali il componente superstite mantiene il riconoscimento giuridico ed economico. Decorso tale termine l'associazione decade da ogni beneficio giuridico ed economico previsto dal presente accordo.

Art. 3

Assistenza Domiciliare (ex art. 51 ACN)

1. L'assistenza domiciliare è garantita:
 - secondo la modalità programmata nei confronti di pazienti non ambulabili (ADP) o secondo programmi di presa in carico con o senza integrazione sociale (ADI) così come previsto dall'allegato E dell'ACN;
 - secondo modalità di presa in carico temporanea (ADT) nei confronti di pazienti con un quadro clinico acuto, finalizzata ad evitare un ricovero in ambiente ospedaliero.
2. In quest'ultimo caso il medico è tenuto a redigere un piano assistenziale da inserire nella scheda individuale che contenga la diagnosi, il progetto assistenziale e la durata presumibile dell'assistenza.
3. Tale piano è inviato anche via fax, per gli adempimenti di pertinenza distrettuale e per l'attività di monitoraggio previsto dall'art. 26 dell'ACN, all'ASL di competenza entro 48 ore dall'attivazione.
4. L'attività di coordinamento e di programmazione riferita all'Assistenza Domiciliare è svolta dall'Ufficio Aziendale delle Cure Primarie di cui alla legge regionale 26/06.
5. L'assistenza infermieristica viene assicurata tramite il distretto di competenza.
6. Il distretto fornisce, a richiesta, il materiale sanitario necessario per garantire le PPIP di cui all'allegato B dell'ACN per l'assistenza infermieristica di cui al comma precedente. I compensi per le PPIP comunque eseguite a domicilio del paziente sono riconosciute al pediatra di famiglia che è titolare della presa in carico, quale rimborso forfettario delle spese sostenute per l'accesso domiciliare.
7. Per l'ADP il compenso per ogni accesso è quello previsto dalla DGR 565/2004 ed è pari a €. 26,46.
8. Il Pediatra di famiglia entro il 31 gennaio di ogni anno ripropone le richieste di ADP, inviando l'elenco degli assistiti in ADP al distretto di competenza e comunicando eventuali modifiche del relativo piano assistenziale precedentemente depositato. La scheda e la documentazione sanitaria relativa all'ADP è custodita esclusivamente presso il domicilio del paziente.
9. Il compenso per ogni accesso in ADI è quello previsto dalla DGR 565/2004 ed è pari a € 28,92. Il compenso previsto per l'attività di attivazione, e coordinamento degli interventi dei pazienti in ADI è quello previsto dalla DGR 565/04 ed è pari a € 77,47.
10. Per l'attivazione dell'ADT e la compilazione del piano assistenziale è dovuto un compenso pari a € 28,92. Gli accessi previsti dal piano sono retribuiti, così come per l'ADI, nella misura di € 28,92.

11. Le risorse necessarie a garantire queste forme di assistenza domiciliare trovano copertura nell'ambito del fondo aziendale per l'ADI pari a Euro 3,00 per residente.

Art. 4

Ufficio di Coordinamento aziendale delle cure Primarie Pediatriche ai sensi dell'art. 21 comma 3 LR 26/06 come modificato dalla LR 34/06

1. L'Ufficio di Coordinamento Aziendale delle Cure Primarie Pediatriche (UACPP), la cui organizzazione e logistica è di pertinenza dell'Azienda, è diretto da un pediatra di famiglia indicato dal Comitato Permanente Aziendale (CPA) per la medicina pediatrica, su proposta della parte medica sindacale e nominato dal Direttore Generale.
2. Nel caso in cui da parte sindacale non pervenga una proposta unitaria, la designazione del pediatra di famiglia di cui al comma 1 viene fatta dal sindacato/i maggiormente rappresentativo.
3. Il pediatra di famiglia responsabile dell'UACPP invia annualmente al Comitato Permanente Aziendale una relazione sul monitoraggio delle attività svolte a livello distrettuale per garantire la partecipazione dei pediatri di famiglia alle scelte strategiche di programmazione aziendale.
4. Il pediatra di famiglia responsabile dell'UACPP partecipa d'ufficio al Comitato Permanente Aziendale.
5. La parte sindacale del CPA, sulla base dell'attività svolta, conferma ogni 12 mesi la designazione del responsabile dell'UACPP.
6. In caso di attività ritenuta incongrua la parte sindacale del comitato può revocare la designazione, anche prima del termine fissato dal comma precedente, ed effettuare la nuova designazione. Il Direttore Generale, conseguentemente, provvede alla nuova nomina.
7. Compiti dell'UACPP:
 - Esprime parere per la definizione del Piano Attuativo Locale (PAL), strumento triennale di pianificazione strategica dell'azienda che determina le linee di sviluppo, gli obiettivi e le politiche di medio-lungo termine dell'intera struttura organizzativa aziendale, e del Piano Annuale delle Attività (PAA), strumento che individua gli obiettivi annuali e le risorse che necessitano per raggiungerli;
 - Provvede al monitoraggio delle attività svolte dagli uffici UDPLS (Ufficio Distrettuale della Pediatria di libera scelta) sulla base delle relative relazioni trimestrali.
 - Al fine di poter espletare in maniera compiuta i compiti previsti dal presente regolamento, l'azienda assicura l'invio all'UACPP delle relazioni e documenti prodotti da tutti i gruppi di lavoro, commissioni ed organismi aziendali, anche di studio e/o sperimentazione, relativi alla pediatria di famiglia.
8. Il responsabile della UACPP garantisce gli accessi ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti d'ufficio nel numero massimo di tre accessi mensili. Garantisce, altresì, gli accessi connessi alle specifiche richieste dell'Azienda.

Il compenso da riconoscere per ogni accesso è quello definito al successivo art. 6 comma 11 lettera b) del presente accordo.

Art. 5

Ufficio di Coordinamento distrettuale delle cure Primarie Pediatriche ai sensi dell'art. 14 LR 25/06 come modificato dall'art.2 LR 35/06

1. L'Ufficio Distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in Pediatria di libera scelta (UDPLS) è livello organizzativo autonomo del distretto, ai sensi del comma 13 art. 14 LR 25/06. Ha sede all'interno del distretto.
2. È composto da due pediatri di libera scelta che coincidono con i componenti dell'Ufficio distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in pediatria previsto dall'art. 25 dell'ACN. Per la costituzione dell'Ufficio si applicano le procedure ivi previste.
3. Il membro di diritto di cui all'art. 25 dell'ACN, indicato dalle OOSS nell'ambito del CPA e nominato dal Direttore Generale, è il responsabile dell'ufficio di cui al comma 1 e partecipa alle attività dell'Ufficio Aziendale di Coordinamento delle cure primarie pediatriche di cui al comma 3 art. 21 LR 26/06 come modificato dall'art 2 LR 34/06.
4. Entro 60 giorni dall'entra in vigore del presente regolamento il Direttore Generale istituisce l'UDPLS.
5. L'UDPLS collabora con il Direttore del Distretto alla definizione del PAT: Programma delle Attività Territoriali (PAT), nel rispetto di quanto previsto all'articolo 3-quinquies del D. Lvo 229/99.
6. L'UDPLS rappresenta a livello distrettuale l'organismo istituzionale per i rapporti tra la pediatria di libera scelta del distretto e il Direttore del distretto relativamente ai compiti di cui al presente accordo. In particolare svolge i seguenti compiti:
 - definisce, con il direttore dell'unità operativa delle cure primarie (UOCP) di cui al comma 8 art.14 LR 25/06, le modalità operative per il raggiungimento degli obiettivi definiti dal PAT di cui al precedente comma.
 - valuta i dati del monitoraggio sull'attuazione del Programma delle attività distrettuali e sulla gestione delle relative risorse - relativamente alla pediatria di libera scelta - e trimestralmente invia una relazione scritta all'UACPP.
 - valuta i dati relativi all'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra pediatria di libera scelta e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, con riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali.
 - assume iniziative per organizzare tra i pediatri di libera scelta momenti di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso per il raggiungimento degli obiettivi relativi ai progetti di cui al PAT,

rappresentando l'interfaccia tra i pediatri di libera scelta operanti nel distretto e l'UOCPP. Quest'ultima conserva la responsabilità gestionale di tutti i servizi distrettuali complementari all'attività di assistenza primaria svolta dalla pediatria di libera scelta, in particolare per quanto attiene l'assistenza domiciliare, l'assistenza specialistica, l'assistenza protesica.

7. Il responsabile della UDPLS garantisce gli accessi ritenuti necessari per lo svolgimento dei compiti d'ufficio nel numero massimo di tre accessi mensili. Garantisce, altresì, gli accessi connessi alle specifiche richieste del Distretto e/o dall'azienda. Il compenso da riconoscere per ogni accesso è quello definito al successivo art. 6 comma 11 lettera b) del presente accordo.
8. Il medico componente della UDPLS assicura gli accessi richiesti dal Distretto e/o dall'azienda. Il compenso da riconoscere per ogni accesso è quello definito al successivo art. 6 comma 11 lettera b) del presente accordo.
9. In fase di prima applicazione, sino a nuove disposizioni concordate in seno al CPR, la composizione dell'UDPLS coincide con l'attuale composizione dell'Ufficio distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in pediatria di libera scelta previsto dall'art. 25 dell'ACN. Il medico responsabile della UDPLS è il medico designato dal CPA ex art. 23 quale membro di diritto dell'UCAD.

Le OOSS componenti il CPR possono proporre programmi formativi finalizzati alla qualificazione professionale riferita agli specifici compiti previsti in applicazione degli articoli LR 25 e 26. Il CPR valida i suddetti programmi al fine di garantire percorsi formativi omogenei su tutto il territorio regionale. La Regione Puglia recepisce con apposito provvedimento.

Art. 6

Rappresentatività Sindacale

1. Il Comitato Regionale ex art 24 dell'ACN del 15/12/2005 è composto dalla delegazione di parte pubblica e dalla delegazione di parte sindacale.
2. Ai fini della composizione e del funzionamento si adotta la formula della delegazione da ritenersi valida sia per le Organizzazioni sindacali che per la parte pubblica.
3. La consistenza associativa è determinata dal numero delle deleghe conferite alle singole aziende dai PLS per la ritenuta del contributo sindacale e risultanti al 1 Gennaio di ogni anno.
4. Nell'ambito del CPR, la delegazione di parte sindacale è composta da n. 5 membri individuati secondo la rappresentatività sindacale calcolata sulle deleghe del 1 Gennaio di ogni anno come previsto dal comma 2 dell'art. 22 dell'ACN del 15.12.2005, nella misura di 1 componente ogni 20% delle deleghe o frazione superiore al 10,01%.
5. Al fine di garantire la partecipazione di tutte le OO.SS. firmatarie dell'ACN così come stabilito dall'interpretazione autentica sottoscritta dalla SISAC e dalle OO.SS. maggiormente rappresentative il 29 settembre 2005, la parte sindacale del CPR si arricchirà di un componente per ciascuna sigla sindacale firmataria ma non rappresentata nell'ambito dei 5 componenti.
6. In ogni decisione nella quale si da corso ad una votazione la parte pubblica tiene conto del voto espresso da componenti del Comitato in ragione della consistenza associativa.
7. Nell'ambito del CPA ex art. 23 dell'ACN del 15.12.2005, il numero dei componenti della delegazione sindacale è determinato in n. 4 componenti. Essi sono assegnati a ciascuna O.S. firmataria del presente accordo in misura proporzionale alle deleghe conferite alla rispettiva AUSL con almeno il 12,51% delle deleghe.
8. Nell'ambito del CPA al fine di garantire la partecipazione di tutte le OO.SS. firmatarie del presente Accordo la parte sindacale si arricchirà di un componente per ciascuna sigla sindacale firmataria ma non rappresentata a condizione CHE la OO.SS. raggiunga il 5% delle deleghe sul totale aziendale rilevate al 1 gennaio di ogni anno.
9. Il Comitato Permanente Regionale avvia programmi di lavoro e attività di monitoraggio e valutazione sullo stato di attuazione dell'accordo regionale e degli accordi aziendali.
10. La Regione, ai fini dello svolgimento dell'attività del monitoraggio di cui all'art. 25 dell'ACN e nel rispetto delle prerogative proprie del ruolo delle organizzazioni sindacali, fornisce periodicamente al CRP i dati relativi all'applicazione dell'accordo sul territorio della Regione Puglia e suddiviso per ASL e Distretti.

11. Le determinazioni del comitato, ai fini delle uniformi applicazioni del contratto sul territorio regionale, costituiscono interpretazione autentica della normativa vigente e sono trasmesse, alle aziende per gli adempimenti di competenza.
12. A ciascun componente le delegazioni delle OO.SS., definite come previsto dai comma precedenti, compete:
 - a) a livello regionale: € 155,00 , oltre il rimborso delle spese di viaggio previsto dalle vigenti norme della pubblica amministrazione;
 - b) a livello aziendale: € 155,00 comprensivo del rimborso delle spese di viaggio.
13. Tale onere è a carico dell'azienda di iscrizione del medico, previa certificazione della presenza attestata, a decorrere dalla data di costituzione dei Comitati di cui agli articoli 23 e 24 dell'ACN e delle Commissioni di cui all'art. 21, comma 1, dello stesso ACN.
14. Tale indennità si estende a tutti gli organismi previsti dall'ACN, nonché ai tavoli tecnici e/o gruppi di lavoro o commissioni distrettuali, aziendali e regionali in cui siano presenti rappresentanti delle OOSS.
15. Le aziende sanitarie provvedono al versamento del contributo Enpam e alla ritenuta irpef su tutti i compensi di cui sopra.

Art. 7

Attività di Segreteria del Comitato Permanente Regionale

1. Le attività di Segreteria del Comitato Permanente Regionale per la Pediatria di famiglia vengono assicurate dal competente ufficio dell'Assessorato Regionale per le Politiche della Salute.
2. Al fine di assicurare le necessarie competenze tecniche e sanitarie per l'espletamento dei compiti derivanti dall'applicazione dell'ACN e dell'accordo integrativo regionale, il competente ufficio assessorile si avvale della collaborazione di due PLS indicati dal CPR.
3. Il CPR approva il piano di lavoro relativo al monitoraggio dell'accordo collettivo nazionale e integrativo regionale, concordando con il competente ufficio assessorile il numero degli accessi che i medici designati devono assicurare.
4. Il compenso da riconoscere per ogni accesso è quello definito all'art. 6 comma 11 lettera a) del presente accordo.

Art. 8

Diritto di sciopero

1- Il pediatra di famiglia che partecipa allo sciopero ha l'obbligo, ai sensi del comma 3 - art.31 dell'ACN, di effettuare:

- a. le visite domiciliari urgenti.
- b. l'assistenza domiciliare così prevista dall'art. 5 del presente accordo. Tali prestazioni sono gratuite per gli utenti.

2- Al medico che aderisce allo sciopero, la ASL di appartenenza, per quanto sopra, effettuerà la trattenuta del 60% della giornata lavorativa. La giornata lavorativa si ottiene dividendo il totale lordo delle competenze delle seguenti voci: onorario professionale, assegno ad personam; indennità informatica; del mese in cui è stato effettuato lo sciopero per il numero dei giorni dello stesso mese.

Art. 9

Assenza per motivi di studio (Art. 18 ACN)

1. Per la partecipazione a corsi di formazione accreditati dal programma di formazione continua del Ministero della Salute(ECM) e/o riconosciuti attraverso patrocinio dalla Regione Puglia o dalle Aziende USL il pediatra può usufruire di ulteriori giorni di sostituzione, con oneri a suo carico, rispetto ai 30 giorni previsti dall'art. 18 comma 6 dell'ACN.
2. In relazione a quanto previsto nel comma precedente il pediatra dovrà presentare alla azienda USL di appartenenza attestato che certifichi la avvenuta partecipazione al corso o convegno.

Art. 10

Formazione (art. 20 ACN)

1. La Regione Puglia riconosce che la formazione professionale in pediatria consente e attua la crescita culturale e professionale del medico, condizione fondamentale per garantire i livelli essenziali di assistenza e tutti i compiti previsti dagli atti programmatori regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza Stato-Regioni.
2. Pertanto, la Regione Puglia promuove ogni iniziativa utile alla formazione del pediatra, anche congiuntamente con altre figure professionali dell'area sanitaria, nei seguenti settori:
 - a. insegnamento universitario di base pre-laurea
 - b. tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica
 - c. formazione specifica in pediatria
 - d. Aggiornamento continuo
 - e. Ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione.
3. La Regione ai sensi del comma 4, art. 20 dell'ACN, assicura l'attività formativa e di ricerca dei pediatri secondo i seguenti modelli:
 - a. Area universitaria: convenzioni con le Università per l'insegnamento universitario di pediatria di famiglia nel corso di specializzazione in pediatria. Le convenzioni dovranno riconoscere il ruolo di docenza, ricerca e di tutori dei pediatri di famiglia da svolgere anche nei rispettivi ambulatori. A tal fine i programmi formativi, i criteri per la scelta dei docenti, ricercatori e dei tutor devono essere concordati in seno al CPR. La presenza degli Ordini Professionali assicura le garanzie deontologiche ed etiche nei rapporti tra discente e docente, nonché di garanzia verso gli utenti. Nel rispetto di quanto sopra le convenzioni stabiliscono le modalità operative per il conseguimento degli obiettivi e la remunerazione dei pediatri di famiglia di cui al presente accordo. Lo svolgimento delle attività tutoriali previste vengono disciplinate dalla convenzione da sottoscrivere tra le Università e la Regione o le aziende USL.
 - b. Per quanto attiene la formazione specifica, l'aggiornamento continuo e la ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione, sarà cura del CPR provvedere ad una specifica regolamentazione entro 180 giorni dalla pubblicazione del presente accordo.
4. Sino alla nuova regolamentazione ai sensi del presente accordo, le modalità dell'Aggiornamento obbligatorio e facoltativo, della Formazione Permanente, delle attività di docenza e di tutoraggio sono quelle individuate dal punto 1 della DGR 565/04.

Art. 11

Apertura degli studi medici

1. Ad ogni PLS è consentita, per il valore di diffusione capillare dell'assistenza sanitaria di cui al presente Accordo e per il miglioramento della qualità di tale assistenza, l'apertura di più studi per l'esercizio dell'attività convenzionata di pediatria nell'ambito territoriale nel cui elenco il medico è iscritto.
2. Ogni studio medico per l'esercizio dell'attività convenzionata di assistenza pediatrica deve possedere i requisiti previsti dall'articolo 35 dell'ACN accertati, ai sensi del comma 4 art. 34 dell'ACN, dalla AUSL di competenza. L'apertura dello studio è consentita previo rilascio da parte della AUSL della comunicazione attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine di 15 giorni dalla richiesta del medico, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà delle Aziende di dar luogo in ogni tempo alla verifica della idoneità dello studio. I requisiti di idoneità dello studio sono quelli previsti dall'ACN.
3. Nel caso di esercizio dell'attività convenzionata in più studi, il PLS deve assicurare l'orario minimo di apertura secondo quanto previsto dell'art. 35 dell'ACN nello studio principale, mentre l'orario di apertura degli altri studi medici, oltre il principale, pur stabilito autonomamente dal medico, è aggiuntivo ma deve essere in ogni caso comunicato alla azienda USL.
4. Nel caso di particolari esigenze assistenziali riferite alla necessità di garantire la capillarità dell'assistenza pediatrica e il diritto di scelta da parte del cittadino utente, l'orario di studio complessivo può essere frazionato, previo parere del Comitato aziendale, fra tutti gli studi, fatta salva la erogazione dell'attività ambulatoriale, nel suo insieme, per almeno 5 giorni la settimana.
5. Per il medico che opera in più studi, non è consentita la sostituzione parziale.
6. Al fine di favorire l'inserimento dei PLS negli ambiti territoriali disagiati, l'Azienda può mettere a disposizione un proprio locale o concordare nell'ambito del Piano Attuativo Territoriale (PAT) la disponibilità di una struttura messa da parte dell'Ente Locale.

Art. 12

Studi associati con personalità giuridica

1. I pediatri che operano nelle forme associative di pediatria in gruppo, super gruppo e centro polifunzionale, che svolgono la loro attività esclusivamente in sede unica e sono costituiti in studi associati con personalità giuridica, possono assumere con decisione assembleare da notificare alla AUSL, la possibilità per ciascuno dei medici di poter disporre che una parte dell'imponibile Irpef delle proprie competenze mensili sia destinata direttamente allo studio associato.
2. L'azienda è tenuta in ogni caso a calcolare la contribuzione Enpam sull'intero compenso lordo prima di procedere a quanto previsto dal comma precedente.
3. Per l'attuazione di quanto previsto al comma 1, ciascun medico dello studio associato comunica alla AUSL la misura della quota da destinare mensilmente allo studio associato, unitamente al verbale dell'assemblea di cui al comma 1, ed indicando, altresì, le Coordinate Bancarie del Conto sul quale versare la propria quota.
4. In caso il medico percepisca l'indennità per collaboratore di studio o infermiere, la quota di cui al comma 3 non può essere inferiore all'ammontare delle predette indennità.
5. L'Azienda provvede a specificare la quota di cui al comma 3 all'interno della busta paga mensile di ogni medico, e annualmente produce la relativa certificazione fiscale.

Art 13

Zone disagiate e disagiatissime

1. Zone disagiate

Per lo svolgimento dell'attività convenzionale nei comuni del Subappennino Dauno e del Gargano è riconosciuto un'indennità aggiuntiva da stabilirsi in sede di comitato aziendale in ragione delle singole realtà presenti sul territorio

2. Zone disagiatissime

Per lo svolgimento dell'attività nel Comune "Isole Tremiti", identificata dalla Regione come zona disagiatissima, tutti i compensi sono triplicati.

Art. 14

Festa Patronale

1. In occasione della festa patronale il pediatra di famiglia non è tenuto a svolgere l'attività ambulatoriale. L'Azienda, pertanto, attiva il servizio di continuità assistenziale dalle ore 08.00 alle ore 20.00.
2. È compito del Comitato ex art. 23 dell'ACN individuare nell'ambito dei comuni della propria AUSL i giorni delle feste patronali per l'attivazione del servizio di Continuità assistenziale.

Art. 15

FisioKinesiTerapia

Ai fini della erogazione delle prestazioni di FKT previste dalla programmazione regionale compito unico del pediatra di famiglia è inviare con propria richiesta il paziente in consulenza dal medico specialista in Fisiatria per la elaborazione del piano terapeutico.

Art. 16

Informatizzazione

1. Il pediatra di famiglia della Regione Puglia deve assicurare nel proprio studio, mediante apparecchi e impianti informatici, la gestione informatizzata della scheda sanitaria e la stampa prevalente, non inferiore al 95%, delle prescrizioni ambulatoriali.
2. L'iscrizione negli elenchi dei pediatri di famiglia comporta il possesso del computer. A tali medici è dovuta un'indennità una tantum di € 500,00 da erogare con la prima competenza mensile.
3. L'indennità informatica di cui al comma 10 lettera B dell'art. 58 dell'ACN è corrisposta nella misura forfetaria mensile di € 154,92.
4. Le prescrizioni effettuate a domicilio del paziente devono comunque essere redatte in maniera leggibile per assicurare la lettura ottica da parte del sistema informatico regionale.
5. Nell'ambito del programma regionale di sviluppo della sanità elettronica, il CPR fissa le specifiche tecniche che il pediatra di famiglia deve assicurare per il collegamento del proprio studio alla rete regionale della medicina pediatrica.

Art. 17

Attribuzione delle spesa farmaceutica e budget etico – Informazione medico scientifica

1. La spesa farmaceutica che deve essere attribuita al PLS è quella derivante esclusivamente dalle proprie prescrizioni o da quelle del proprio sostituto.
2. La prescrizione di farmaci con Piano Terapeutico viene scorporata in sede di verifica dalla spesa imputata al singolo PLS.
3. Per la valutazione della spesa riferita ai medici in associazione si deve tener conto della spesa globale dell'associazione e dei pazienti in carico a ciascun medico secondo specifici accordi da definire in seno ai comitati aziendali.
4. A cura del Comitato ex Art. 23 vengono definite le condizioni per il riconoscimento della spesa indotta.
5. I livelli di spesa programmati (L.S.P.) sono obiettivi economici di riferimento, finalizzati a perseguire l'appropriatezza dell'uso delle risorse disponibili nell'ambito di programmi di attività, aziendali e/o distrettuali, basati su progetti clinici e gestionali condivisi e concordati a livello del comitato regionale permanente di cui all'art. 24 del vigente ACN.
6. Il rispetto dei livelli di spesa programmati non deve in alcun modo comportare una mancata o insufficiente risposta alle istanze di salute da parte del cittadino. Le risorse destinate a ciascun livello assistenziale costituiscono un "budget etico" in quanto commisurato ai bisogni e finalizzato alla riduzione della inappropriatezza delle prestazioni.
7. Nell'ambito della definizione ed applicazione dei progetti di budget etico per il controllo della appropriatezza delle prestazioni e della spesa devono essere individuati processi formativi diretti ai medici e percorsi informativi di educazione sanitaria della popolazione assistita.
8. A livello aziendale, nel rispetto delle linee generali individuate a livello regionale, possono essere definiti accordi concernenti il rispetto dei livelli di spesa programmati da parte dei pediatri di famiglia che operano in forma associata o singola.
9. Per l'attuazione del progetto di budget etico è requisito indispensabile il sistema di rilevamento dati che consenta ai medici aderenti di conoscere il proprio andamento prescrittivo, scorporato dalla spesa indotta e riferito, ove pertinente, alla pesatura degli assistiti per sesso, età e patologie.
10. Gli accordi, nella loro declinazione analitica, dovranno tenere conto:
 - a. Della spesa storica corrispondente;
 - b. Dell'analisi epidemiologica della popolazione di riferimento, con particolare riguardo alla pesatura degli assistiti sulla base dei criteri utilizzati in sede regionale per il riparto del Fondo Sanitario Regionale;
 - c. Dell'analisi delle condizioni socio-geo-morfologiche del territorio;

- d. Della disponibilità di beni e servizi necessari allo sviluppo del progetto con particolare riferimento al finanziamento dei costi per l'impostazione ed adesione ai processi formativi;
- e. Di un adeguato scaglionamento degli obiettivi intermedi nel percorso di avvicinamento all'obiettivo finale;
- f. Della distinzione delle spese direttamente indotte dai pediatri di famiglia e quelle indotte da altri professionisti, anche appartenenti a strutture specialistiche e di ricovero;
- g. Dell'effetto derivante da incrementi di costi indipendenti dalle decisioni dei medici (aumento del costo dei farmaci, introduzione di nuove tecnologie il cui uso appropriato sia opportuno);

Di ulteriori elementi eventualmente stabiliti in sede aziendale

11. Al fine di sviluppare le attività di informazione medico-scientifica, il CPR e le Organizzazioni rappresentative delle categorie interessate sottoscrivono un protocollo di intesa per regolamentare gli incontri informativi individuali e di gruppo, nonché la partecipazione a convegni ed eventi formativi sulla base dei criteri di equità e trasparenza.

12. I pediatri di libera scelta partecipano alle attività programmate in materia di informazione medico-scientifica e aderiscono volontariamente alle offerte formative relative al programma concordato, nell'ambito del protocollo di intesa di cui al comma precedente.

Art. 18

Governo Clinico

I pediatri di famiglia assicurano, nell'ambito dei programmi finalizzati al governo clinico, le attività di competenza relative alla gestione delle malattie rare e dell'obesità secondo un protocollo stabilito in sede di Comitato Regionale Pediatrico. Ai pediatri è dovuto il compenso di €. 3,08 ai sensi dell'art. 58 lettera B comma 15.

Art. 19

Collaboratore di studio e personale infermieristico

Nei limiti del fondo a riparto per la qualità dell'assistenza di cui all'art. 45 dell'ACN e in coerenza con il piano di sviluppo delle pediatrie in forma associata di cui all'art. 2 comma 4 del presente accordo, le Aziende concordano, nell'ambito del CPA, le percentuali di cui all'art. 58 lettera B comma 7, relativamente all' indennità per il collaboratore di studio e del personale infermieristico.

Art. 20

Vaccinoprofilassi

1. Rientra tra i compiti del pediatra di famiglia, ai sensi dell'art. 44, comma 2, lettera l dell'ACN, aderire alle compagnie di vaccinazione antinfluenzale. Le Aziende ASL in tempo utile programmano la partecipazione dei pediatri nell'ambito della organizzazione aziendale.
2. A tal fine, il pediatra di famiglia deve comunicare alla AUSL il numero dei pazienti che intende sottoporre a vaccinazione, entro il 30 giugno di ogni anno. La AUSL deve provvedere a consegnare al medico il quantitativo previsto di vaccino entro il 15 ottobre o, comunque, secondo le indicazioni stabilite a livello regionale.
3. Il vaccino antinfluenzale è somministrato gratuitamente a tutti i soggetti a rischio, con i tempi e le modalità previste dalla campagna vaccinale.
4. Si riconferma il compenso già previsto dalla delibera 565/2004 pari ad euro 10,00 per ogni singola dose di vaccino somministrato. Il pagamento avviene mensilmente previa presentazione della lista dei vaccinati, entro il giorno 10 del mese successivo sui modelli PPIP.
5. Il pediatra di famiglia deve consegnare una scheda riassuntiva finale sulle vaccinazioni effettuate, entro il 31 gennaio, contenente il numero dei soggetti sottoposti a vaccinazione e suddivisi per fasce di età secondo quanto concordato con l'OER.
6. Ai pediatri che svolgono l'attività di rilevazione epidemiologica delle malattie delle vie respiratorie e dell'influenza (pediatri sentinella - influnet) è riconosciuta una indennità di € 1.000,00 relativa al semestre di attività, secondo le modalità stabilite in seno al Comitato Permanente Regionale.

Art. 21

Progetto salute infanzia

1. Il Progetto salute infanzia, coerentemente con quanto stabilito nel precedente Accordo Integrativo regionale è costituito da un Piano base di 8 Bilanci di salute attraverso visite filtro da eseguirsi entro il 6° anno di vita e 2 bilanci in epoche successive fino all'età adolescenziale, da effettuarsi sugli assistiti in carico, secondo il seguente calendario:

(1° mese)	+/- 30gg
(3° mese)	+/- 30 gg
(6° mese)	+/- 30 gg
(12° mese)	+/- 60 gg
(18° mese)	+/- 60gg
(24° mese)	+/- 90gg
(36° mese)	+/- 90 gg
(66° mese)	+/- 6 mesi
(8° anno)	+/- 1 anno
(12° anno)	+/- 1anno

2. I Bilanci di salute prevedono i una serie di interventi medici personalizzati che tengono conto dei problemi propri o prevalenti dell'età in cui sono effettuati, utili ad evidenziare i principali problemi di salute nelle varie fasi dell'età evolutiva e vengono effettuati con le modalità indicate nell' allegato n°1. Essi sono finalizzati al raggiungimento dei sottoindicati obiettivi di salute:

- Individuazione precoce delle condizioni patologiche durante lo sviluppo del minore;
- Prevenzione della SIDS;
- Promozione e sostegno dell'alimentazione al seno;
- Promozione dei programmi vaccinali;
- Promozione dello sviluppo relazionale anche attraverso l'adozione del progetto "leggere per crescere" conformemente agli indirizzi regionali;
- Promozione di corretti comportamenti alimentari;
- Prevenzione dei danni da fumo passivo.
- Prevenzione degli incidenti domestici;

La loro esecuzione, in epoche prestabilite, si fonda sull'evidenza dettata dal riscontro che le diverse patologie o condizioni precliniche si appalesano maggiormente in tali periodi e consentono di attuare tempestivi interventi di educazione sanitaria e profilassi . Ciò vale anche per l'adolescente il cui stato di salute dipende anche dalla precoce identificazione dei fattori di rischio e di taluni comportamenti individuali che se non corretti, favoriscono l'insorgenza di patologie proprie dell'età.

I Bilanci di salute rivolti all'adolescente rappresentano, tra l'altro, l'occasione per una valutazione della vita sentimentale e sessuale del soggetto, tale da fornire informazioni adeguate atte a prevenire comportamenti che possano favorire gravidanze precoci ed indesiderate o malattie sessualmente trasmesse.

Fanno parte di queste valutazioni: il rischio di disagio e di marginalizzazione, il rendimento scolastico, la eventuale pratica sportiva, i rapporti con il cibo, la

scuola, gli amici, la famiglia, l'eventuale uso di alcool, fumo o droghe, la tendenza a cadere in depressione o crisi di angoscia, ivi compresi i bruschi cambiamenti di umore.

3. I Bilanci di salute effettuati dal pediatra secondo il Piano base dell'allegato n°1 del presente Accordo su modelli regionali appositamente predisposti, vengono riportati in un riepilogo mensile. Il riepilogo è consegnato alla Asl di appartenenza entro il giorno quindici del mese successivo.

4. I bilanci di salute effettuati costituiscono obbligo informativo del pediatra che invierà i dati rilevati all'Osservatorio regionale sulla base di specifiche definite da apposito protocollo approvato dal CPR.

Al Pediatra, per ciascuno dei bilanci di salute effettuato, spetta un compenso lordo di euro 12,91, detratta la quota ENPAM a carico dell'Azienda. La liquidazione dei compensi deve avvenire entro il secondo mese successivo alla presentazione del riepilogo.

Il Progetto salute infanzia, così formulato, ha una durata pari a quella del presente Accordo Regionale e prosegue sino al suo rinnovo.

Art. 22

Screening

1. Premesso che la prevenzione rappresenta una parte qualificante del complesso delle norme che costituzionalmente regolano il diritto alla salute, più volte richiamata sia nella carta dei diritti dell'infanzia che nei Piani Sanitari Nazionale e Regionale, la Regione Puglia intende perseguire la realizzazione di tali principi.
2. In particolare e sulla falsariga di quanto già attivato con il precedente accordo regionale (DGR 565/2004) si continuerà a sottoporre a screening uditivo (boel test) e visivo (screening per l'ambliopia) la popolazione in età evolutiva in età predefinite. Al fine di ridurre l'onere burocratico e disagi per l'utenza si conferma di eseguire il boel test e lo screening per l'ambliopia direttamente senza la preventiva autorizzazione sanitaria della AUSL limitando la effettuazione del boel test ad una sola volta per assistito entro il primo anno di vita e lo screening per l'ambliopia, identificato con lo stereo test di Lang, ad una sola volta per assistito entro il sesto anno di vita.

Art. 23

Self help diagnostici

1. La esecuzione in studio di semplici esami di laboratorio o di esami strumentali consente di avere rapidamente a disposizione un valido supporto per la formulazione diagnostica e del piano terapeutico, così da evitare ridondanze terapeutiche e disincentivare il ricorso ad accessi impropri presso le strutture ospedaliere.
2. Nell' Allegato n° 2 del presente Accordo, sono riportati gli esami di laboratorio o strumentali, nonché test e prestazioni che il Pediatra di Famiglia della Regione Puglia può eseguire o utilizzare nello studio per i propri assistiti; le relative tariffe saranno in vigore dalla data di pubblicazione del presente Accordo.
3. Tali prestazioni non sono soggette ad autorizzazione in quanto svolte dal pediatra esclusivamente nei confronti dei propri pazienti a scopo di accertamento diagnostico complementare all'attività clinica.
4. Il Pediatra di Famiglia che, successivamente alla data di sottoscrizione del presente Accordo, intenda eseguire le prestazioni di cui all'Allegato n° 2, deve comunicare alla AUSL di appartenenza il possesso degli strumenti e delle attrezzature idonee. I Pediatri di Famiglia che già hanno presentato l'autocertificazione ai sensi del precedente Accordo Integrativo regionale della Pediatria, sono esonerati da tale obbligo, salvo che intendano eseguire prestazioni non precedentemente contemplate.
5. Il Pediatra di Famiglia riepiloga le prestazioni di cui all'Allegato n°2, effettuate nel corso del mese e inoltra il riepilogo mensile alla AUSL di appartenenza di norma entro il giorno 15 del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni. L'Azienda liquida le competenze dovute entro il mese successivo a quello di inoltro/invio del riepilogo.

Art. 24

Libretto sanitario pediatrico

1. I Pediatri di Famiglia della Regione Puglia sono tenuti alla compilazione periodica del Libretto individuale sanitario pediatrico (tenuto dai rappresentanti legali dell'assistito) relativamente alle parti di loro competenza. Esso è parte integrante del programma di sorveglianza sanitaria dell'età evolutiva quale mezzo di comunicazione irrinunciabile tra famiglia, pediatra di fiducia ed altri operatori sanitari.
2. A far tempo dalla data di entrata in vigore del presente accordo ai Pediatri di Famiglia viene corrisposta, per il suddetto compito, una quota annua di 7,39 euro per ogni assistito in carico. Detto compenso viene erogato mensilmente in dodicesimi .
3. Il libretto sanitario pediatrico viene definito e aggiornato dal CPR e costituisce modello unico regionale da adottarsi da parte delle aziende USL.

Art. 25

Assistenza ambulatoriale pediatrica programmata (AAP)

Per l'Assistenza ambulatoriale programmata(AAP) la parti fanno proprie le modalità dei protocolli definiti nell'Allegato E bis dell'ACN del 15/12/2005.

Per ogni accesso in AAP è corrisposto un compenso omnicomprensivo nella misura di Euro 20,00.

Art. 26

Massimale di scelte e sue limitazioni

1. Al fine di migliorare il livello assistenziale e la qualità delle prestazioni relative alla pediatria di famiglia il numero massimo di scelte consentite al Pediatra di Famiglia, ivi comprese le deroghe di cui ai commi 3,8, 9, 10, 13 dell'art. 38 dell'ACN, non può essere superiore a 1.100 unità.
2. Con riferimento al comma 3 dell'art. 38 dell'ACN, eventuali deroghe al massimale individuale possono essere autorizzate dall'Azienda USL, sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 23, in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi dell'art. 48, comma 3, punto 5, della Legge n. 833/78, per un tempo determinato in base alle esigenze locali della stessa Azienda in funzione di una migliore assistenza in misura stabilita in ogni singola azienda mediante accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale.

Art. 27

Copertura degli ambiti territoriali carenti. Zone carenti straordinarie.

1. Quando in un ambito territoriale si verifica una situazione di carenza assistenziale a causa del raggiungimento del proprio massimale da parte dei Pediatri inseriti in elenco senza che il calcolo del rapporto ottimale, come definito all'art. 32 dell'ACN, consenta la pubblicazione di una zona carente ordinaria, l'Azienda USL, sentito il Comitato ex art. 23, attiva prioritariamente le procedure previste dal comma 3 dell'art. 38 dell'ACN fino al momento in cui il rapporto ottimale, di cui all'art. 32 co. 8 dell'A.C.N. sarà tale da individuare una zona carente ordinaria. Le deroghe al massimale di cui al comma 3 dell'art. 38 non possono superare la misura che verrà stabilita in ogni Azienda mediante accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale, fatta eccezione per le scelte derivanti dall'applicazione dei commi 9 e 11 dell'art.38 dell'ACN, fermo restando il limite insuperabile di 1100 assistiti.

2. Nel caso in cui i Pediatri interpellati non accettino la deroga al massimale, o questa venga accettata in maniera insufficiente a garantire la copertura assistenziale, l'Azienda USL attiva le procedure previste dall'art. 37 (Incarico provvisorio) e potrà richiedere alla regione la pubblicazione di una zona carente straordinaria d'intesa con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale.

La pubblicazione delle carenze straordinarie potrà avvenire anche in deroga alle scadenze di aprile e ottobre previste dall'art. 33 dell'ACN.

3. Nel caso di pensionamento, trasferimento o qualunque motivo che determini la cessazione di un rapporto convenzionale di un pediatra con una singola azienda AUSL, se il numero di assistiti del pediatra è tale da non poter essere assorbito dagli altri pediatri dell'ambito territoriale fino al massimale di 800 scelte o ai singoli massimali individuali, la regione, su segnalazione della azienda USL o delle OO.SS. di categoria, pubblica una zona carente straordinaria.

Al fine di evitare disagi alla popolazione pediatrica, nel caso di previsto pensionamento o comunicate dimissioni, tale procedura può essere avviata anche con 90 giorni di anticipo rispetto alla data della cessazione del rapporto con conseguente immediata pubblicazione della zona carente straordinaria.

L'inizio della attività del nuovo pediatra convenzionato non potrà in ogni caso essere antecedente la data di cessazione del servizio del pediatra che abbandona il rapporto convenzionale.

4. Al fine di garantire il diritto alla assistenza pediatrica dei bambini e la facoltà di scelta del pediatra da parte del cittadino la regione su proposta del comitato regionale ex art. 24 del vigente ACN può assumere i seguenti provvedimenti:

- conferimento di un incarico provvisorio ai sensi dell'art. 37
- pubblicazione di zona carente straordinaria.

Art. 28

Instaurazione del rapporto convenzionale (ex art 34 ACN)

1. Il Pediatra di libera scelta, di nuova nomina o già titolare di convenzione, può mantenere o trasferire la residenza in altro ambito di scelta, anche non limitrofo, purché elegga o mantenga il domicilio nell'ambito di inserimento. In ogni caso il pediatra è tenuto a comunicare alla AUSL la nuova residenza e il domicilio.

Art. 29

Mantenimento delle scelte degli ultraquattordicenni

1. La richiesta di mantenimento dell'assistenza oltre i 14 anni deve essere formulata e firmata dall'esercente la patria potestà e dal Pediatra per accettazione, entro e non oltre il compimento del quattordicesimo anno. La richiesta deve essere inoltrata agli uffici distrettuali di competenza; non è richiesto il parere del Comitato aziendale.
2. Il genitore o l'esercente la patria potestà può richiedere agli uffici distrettuali il mantenimento del Pediatra entro e non oltre il compimento del 14° anno. In caso di patologia cronica o situazioni di disagio psico-sociale assistito per il quale è stata presentata la suddetta richiesta rimane in carico al pediatra fino al compimento del 16° anno di vita salvo decisione contraria da parte della azienda USL.
3. Le patologie croniche per le quali è possibile richiedere il mantenimento dell'assistenza oltre il quattordicesimo anno di età sono quelle elencate nell'allegato n°3 del presente Accordo.
4. Sono altresì riconosciuti come motivi validi per il mantenimento della scelta oltre il quattordicesimo anno le condizioni di " handicap " e di " disagio psico-sociale".

ART 30

Certificazione attività sportiva (Allegato H dell'ACN)

Premesso

che tra i compiti del pediatra di famiglia retribuito in quota capitolina rientrano solamente ed esclusivamente le certificazioni per le attività sportive non agonistiche in ambito scolastico così come previsto dai punti a),b) e c) dell'allegato H dell'ACN;

che è obiettivo della Regione la promozione dell'attività sportiva per il vantaggio psico-fisico che comporta per la salute del minore,

si concorda, ai sensi dell'allegato H dell'ACN, che i pediatri di famiglia, rilasceranno la relativa certificazione di idoneità per attività sportive non agonistiche diverse da quelle di cui ai punti a),b) e c) dell'allegato H ;

Tale certificato sarà rilasciato agli aventi diritto una sola volta nell'anno solare.

Per tale prestazione si definisce un compenso di 25,00 € per certificato rilasciato. Il pediatra entro il giorno 15 del mese successivo al rilascio notulerà i certificati rilasciati alla Azienda USL insieme alle prestazioni di particolare impegno professionale di cui all'allegato B dell'ACN.

Art. 31

Progetto per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

- 1- Per il miglioramento della qualità dell'assistenza assicurata dall'ambulatorio del PDF, è necessario:
 - potenziare il modello organizzativo, prevedendo l'incremento dei collaboratori di studio e l'utilizzo di figure professionali sanitarie con specifiche competenze assistenziali (medici specialisti, infermieri, logopedisti, psicologi, educatori professionali sanitari, etc.)
 - sviluppare attività programmate in favore di pazienti affetti da patologie croniche previste dall'allegato 3 del presente accordo.

In ogni azienda USL è costituito il fondo per la realizzazione del progetto di cui al presente articolo nella misura di euro 2,70 per assistito in carico ai PDF al 31 dicembre dell'anno precedente.

- 2- I pediatri che intendono aderire al progetto costituiscono, nell'ambito della azienda USL, un gruppo operativo che presenta il piano attuativo in coerenza con le attività necessarie per la presa in carico dei propri assistiti selezionati sulla base delle patologie croniche scelte per la realizzazione del progetto.

Il progetto dovrà indicare :

- a- il nome del responsabile del coordinamento;
- b- l'elenco dei pediatri che aderiscono al progetto;
- c- l'elenco dei professionisti utilizzati per la realizzazione del progetto;
- d- l'elenco degli assistiti presi in carico con le relative patologie;
- e- il piano assistenziale di ogni paziente preso in carico;
- f- il numero di ore di assistenza per ogni figura professionale prevista dal piano assistenziale;
- g- le sedi in cui il progetto viene attuato;

- 3- Le risorse da assegnare per la realizzazione del progetto dovranno essere ripartite nella misura del 60% riferita al personale di assistenza utilizzato e del 40% riferita ai compensi da riconoscere ai pediatri nella misura prevista dal coordinatore e definita dal progetto.
- 4- Il coordinatore sottoscrive con il personale di assistenza un contratto della durata massima di 12 mesi con il quale viene definito l'impegno orario e il compenso; i compensi vengono liquidati semestralmente dalla azienda USL dietro presentazione di fattura, intestata alla stessa azienda USL. La fattura dovrà essere accompagnata da autorizzazione/nulla osta del responsabile di progetto.
- 5- Il compenso ai pediatri viene liquidata annualmente direttamente in busta paga secondo la ripartizione presentata dal coordinatore.
- 6- I progetti dovranno essere approvati dal CPA e ratificati con delibera dalla azienda USL.
- 7- Il coordinatore del progetto presenta al CPA una relazione semestrale e una relazione sul raggiungimento degli obiettivi; il CPA verifica il risultato e autorizza la liquidazione del compenso previsto ai pediatri.
- 8- Alla scadenza del primo anno di attività, fatti salvi i progetti in essere, il CPR propone eventuali modifiche al presente articolo.

Art.32

Associazioni miste

Le modalità di partecipazione dei pediatri alle forme evolute di associazione con i medici di famiglia sono definite nell'ambito di uno specifico tavolo congiunto a livello regionale.

RISORSE

Art. 33

Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza.

a) Ai sensi dell'art. 45 dell'ACN, il fondo regionale a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione è così costituito:

- Quota di cui all'art. 58 lettera B comma 1
 $476.841 \times \text{€} 2,09 = \text{€} 996.597,69$
- Quota di cui all'art. 58 lettera B comma 2
 $\text{€} 1.805.854,80$
- Quota di cui all'art. 58 lettera B comma 3
 $476.841 \times \text{€} 2,07 = \text{€} 987.060,87$
- Quota di cui all'art. 58 lettera B comma 14
 $476.841 \times \text{€} 3,08 = \text{€} 1.468.670,20$
- Quota di cui all'art. 58 lettera C – prestazioni informatiche
 $\text{€} 543.839,40$
- Quota di cui all'art. 58 lettera D – risorse integrative regionali:

pediatria di famiglia $\text{€} 1.000.000,00$

b) Nei limiti delle risorse di cui al comma precedente, le Aziende UsI costituiscono il fondo aziendale per l'assistenza pediatrica di famiglia, facendo riferimento alla propria popolazione pediatrica residente, per quanto attiene i comma 1, 3, 15 dell'art. 58 lettera B dell'ACN, e le specifiche risorse integrative regionali e ai propri dati storici per quanto attiene il comma 2 dell'art. 58 lettera B dell'ACN e la quota di cui all'art. 58 lettera C. Il suddetto fondo aziendale costituisce il limite massimo di spesa per l'incentivazione di tutte le indennità dovute ai pediatri in forme

associate, per il collaboratore di studio, per il personale infermieristico e per l'indennità informatica.

- c) Le Aziende provvedono alla costituzione di uno specifico fondo per finanziamento delle quote variabili relative all'assistenza domiciliare programmata (ADP) e all'assistenza ambulatoriale programmata (AAP), nella misura del 20% del monte compensi riferito all'assistenza pediatrica primaria. Il compenso per l'ADP non può comunque superare il 20% della somma di tutte le voci stipendiali corrisposte mensilmente al singolo medico.
- d) Al fine di implementare l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e temporanea (ADT), le aziende costituiscono uno specifico fondo pari a €. 3,00 a residente in carico ai pediatri.
- e) Le aziende inviano all'Assessorato alle Politiche della salute, trimestralmente, la rendicontazione relativa alla spesa sostenuta per l'assistenza domiciliare (ADI, ADP, ADT).

Art.34

Fondo per il miglioramento della qualità dell'assistenza

Per il finanziamento del progetto per il miglioramento della qualità dell'assistenza di cui all'art. 31 del presente accordo integrativo, la regione destina euro 1.287.397,00.

Alla spesa di cui al presente articolo le aziende USL faranno fronte con la quota del fondo sanitario regionale a ciascuna assegnata con il Documento di Indirizzo Economico Finanziario per l'anno 2008.

NORME FINALI

NORMA FINALE n° 1

Il finanziamento relativo al progetto di cui agli all'art.31 del presente accordo è attinto dal fondo sanitario regionale; ha durata di 24 mesi a partire dalla pubblicazione dell' accordo medesimo. La Regione si impegna a garantire in ogni caso i livelli assistenziali così come previsti dal presente accordo anche dopo il limite temporale innanzi indicato.

NORMA FINALE n° 2

Gli effetti giuridici ed economici del presente accordo decorrono dalla data di pubblicazione sul BURP della Delibera di Giunta Regionale di recepimento, fatte salve talune specifiche decorrenze specificate nel testo.

NORMA FINALE n° 3

Il presente accordo resta in vigore in regime di prorogatio legis fino alla entrata in vigore del nuovo Accordo regionale per l'attuazione del prossimo ACN per la disciplina dei rapporti dei pediatri di libera scelta.

NORMA FINALE n° 4

Su tutti i compensi previsti nel presente Accordo, viene applicata la trattenuta ENPAM secondo quanto previsto dall'ACN.

ALLEGATI

ALLEGATO 1 (Bilanci di salute)

ETA'	INTERVENTO	OBIETTIVI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	AZIONI	TEST DI AUSILIO CLINICO
1° mese +/- 30gg	Valutazione auxologica e puericultura	Favorire l'allattamento al seno Prevenzione SIDS Prevenzione incidenti Evitare i danni da fumo passivo Tendenziale copertura totale della popolazione infantile con vaccinazioni	Counselling per allattamento, SIDS incidenti trasporto e domicilio, fumo passivo Distribuzione linee guida anticipatorie Promozione delle vaccinazioni	
3° mese +/- 30gg	Valutazione auxologica e puericultura	Allattamento al seno Prevenzione SIDS Prevenzione incidenti Evitare i danni da fumo passivo Tendenziale copertura totale della popolazione infantile con vaccinazioni	Counselling per allattamento, SIDS incidenti trasporto e domicilio, fumo passivo Distribuzione linee guida anticipatorie Promozione delle vaccinazioni	Riflesso rosso
6° mese +/- 30 gg	Valutazione auxologica, svezzamento e puericultura	Allattamento al seno Prevenzione incidenti Fumo passivo Tendenziale copertura totale della popolazione infantile con vaccinazioni	Counselling per allattamento, incidenti trasporto e domicilio, fumo passivo (registrazione del dato) Distribuzione linee guida anticipatorie Promozione delle vaccinazioni	
12° mese +/- 60	Valutazione auxologica e puericultura	Prevenzione incidenti Rinforzo genitorialità Educazione alla lettura	Counselling per incidenti trasporto e	

gg		ad alta voce Alimentazione corretta.	domicilio Distribuzione linee guida anticipatorie Scheda consigli lettura	
18° mese +/- 60gg	Valutazione auxologica e puericultura	Prevenzione incidenti Alimentazione sana Tendenziale copertura totale della popolazione infantile con vaccinazioni	Counselling per incidenti domestici e trasporto Scheda informativa alimentazione Promozione delle vaccinazioni	Riflesso rosso
24° mese +/- 90 gg	Valutazione auxologica e puericultura	Prevenzione incidenti Alimentazione sana	Counselling per incidenti domestici e trasporto Scheda informativa alimentazione	
36° mese +/- 90gg	Valutazione auxologica e puericultura	Prevenzione incidenti Alimentazione sana Tendenziale copertura totale della popolazione infantile con vaccinazioni Educazione alla lettura ad alta voce	Counselling incidenti Valutazione delle abitudini alimentari per i bambini in sovrappeso Controllo dello stato vaccinale per permetterne l'eventuale recupero Consigli alla lettura	Stereo test Lang e Cover test Test acuità visiva
66° mese +/- 180gg	Valutazione auxologica e puericultura	Prevenzione incidenti Alimentazione sana Tendenziale copertura totale della popolazione infantile con vaccinazioni	Counselling incidenti e abitudini alimentari Scheda informativa alimentazione Controllo dello stato vaccinale per permetterne l'eventuale recupero	Test acuità visiva

8 anni +/- 1anno	Valutazione auxologica puericultura	e	Prevenzione incidenti Alimentazione sana Prevenzione tabagismo Copertura con vaccinazioni	Counselling incidenti, alimentazione Scheda informativa prevenzione tabagismo Promozione delle vaccinazioni	
12 anni +/-1 anno	Valutazione auxologica puberale	e	Prevenzione incidenti Alimentazione Sana Prevenzione/Diminuzion e Tabagismo	Counselling incidenti, alimentazione Scheda informativa prevenzione tabagismo	

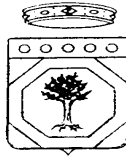
Allegato 2 NOMENCLATORE TARIFFARIO

PRESTAZIONE	Euro
Agglutinine a frigore	10,00
Conta leucocitaria (con microscopio e camera di Burker)	7,00
Ecg (esecuzione e valutazione)	40,00
Esame urine - Multistick (Esecuzione e valutazione stick urine per la determinazione di 10 parametri)	5,00
Test dell'acutezza visiva (vicinanza-lontananza-Daltonismo)	21,43 (Eseguibile tre sole volte per assistito, una nella fascia di età 3-6 anni, una nella fascia di età 6-9 anni e una nella fascia di età 9-12 anni))
Impedenzometria (esecuzione e valutazione)	10,00
MicroVES	4,00
Otoscopia pneumatica (esecuzione e valutazione)	10,00
PCR (Esecuzione e valutazione nei bambini altamente febbrili e con scarsi o dubbi segni di localizzazione infettiva di test rapido per la determinazione della Proteina C reattiva)	8,00
Podoscopia (esecuzione e valutazione)	13,00 (Eseguibile solo due volte per assistito, una nella fascia di età 3-6 anni e una nella fascia di età 6-12 anni)
Prick test Esecuzione e valutazione nei bambini con sospetta patologia allergica per la determinazione degli allergeni alimentari e/o Inalanti	35,00 (eseguibile una sola volta per assistito)
Ricerca SBEGA (Esecuzione e valutazione nei casi a clinica dubbia di test rapido per la rilevazione dello streptococcus pyogenes in faringe)	15,00
Scoliometria (esecuzione e valutazione)	10,00 (Eseguibile solo due volte per assistito, una nella fascia di età 6-9 anni e una nella fascia di età 9-12 anni)
Spirometria (Esecuzione e valutazione in bambini con asma persistente o ricorrente o altre patologie respiratorie)	30,00 (Eseguibile una sola volta per assistito ad eccezione dei bambini con esenzione per asma)

Terapia aerosolica a seduta (ciclo di 12 sedute)	5,00 (Con autorizzazione sanitaria, e apparecchi di tipo fisso installati presso l'ambulatorio del pediatra)	
Test alla luce di Wood	10,00	
Test rapido per adenovirus	15,00	
Test rapido per celiachia	30,00	
Test rapido per influenza	15,00	
Test rapido per mononucleosi infettiva EBV o CMV	15,00	
Test rapido per rotavirus	15,00	

Allegato 3**PATOLOGIE CRONICHE**

Acne
Artrite cronica giovanile
Asma
Autismo
Cecità mono o binoculare
Cefalea , emicrania
Celiachia
Cerebropatie
Deficit immunologici
Dermatosi croniche
Diabete mellito
Displasia broncopolmonare
Distrofie ed ipotonie muscolari
Disturbi del linguaggio o dell' apprendimento
Disturbi del metabolismo
Disturbi endocrini
Disturbi della emotività dell'infanzia e dell'adolescenza
Epatiti croniche
Epilessia
Fibrosi cistica
Glaucoma
Ipercinesia , iperattività
Iperlipemie familiari
Ipertensione
Ipo-ipertiroidismo
Malattie congenite o acquisite dello scheletro(osteopatie e displasie)
Malocclusioni
Nanismo ipofisario ed altre auxopatie
Nefropatie con o senza insufficienza renale
Obesità e sovrappeso
Osteocondrosi
Patologie autoimmuni
Patologie cardiache congenite e acquisite (compresi i vizi valvolari)
Patologie ematologiche
Patologie oncologiche
Piede piatto strutturato
Portatori di derivazioni per idrocefalo
Psoriasi
Pubertà precoce
Pubertà tarda
Reumatismo articolare acuto
Rinite allergica
Scoliosi e Paramorfismi
Sindrome adrenogenitale
Sindromi e malformazioni congenite
Sindromi genetiche
Sordità mono o bilaterale e gravi ipoacusie



**Accordo Regionale per la Medicina Pediatrica in
attuazione di quanto previsto dall'Accordo
Collettivo Nazionale del 15.12.2005 .**

Bari, 5 dicembre 2007