

Deliberazione della Giunta Regionale 17 giugno 2013, n. 20-5960

Recepimento dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell'art. 8 del D. LGS. n. 502 del 1992 s.m.i. sottoscritto in data 24 maggio 2013.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale";
visto l'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 s.m.i. che dispone che il rapporto tra il SSN ed i medici pediatri di libera scelta sia regolato da apposita convenzione;

visto l'art. 52, comma 27, legge 27 dicembre 2002 n. 289 s.m.i. istitutiva della struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (SISAC);

visto l'art. 1, comma 178, della legge 30 dicembre 2004 n. 311 che dispone che il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale pediatri di libera scelta è regolato da apposite convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n.412, e successive modificazioni, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale;

visto l' Accordo Collettivo Nazionale (di seguito ACN 15 dicembre 2005 s.m.i) per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo, mediante intesa nella Conferenza Stato- Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, in data 29 luglio 2009 che, all'art. 4, prevede la definizione di intese integrative a livello regionale e, all'art. 14, i contenuti specifici demandati alla negoziazione regionale;

visto che in data 8 luglio 2010 è stato, inoltre, reso esecutivo l'Accordo Collettivo Nazionale per il biennio economico 2008-2009 per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, mediante intesa sancita dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni;

visto che in ottemperanza dell'art. 22, comma 10, ACN -che prescrive la legittimazione alla trattativa e definizione degli Accordi Regionali delle OOSS maggiormente rappresentative- ha partecipato ai lavori del Comitato Permanente Regionale, organo competente ai sensi dell'art. 24, comma 4, lettera a) ACN vigente, l'Organizzazione Sindacale di categoria FIMP mentre il CIPE regolarmente convocato, non ha mai presenziato;

visto che, in data 23 maggio 2013, il Comitato Permanente Regionale *ex art. 24 ACN* ha approvato l'Accordo Integrativo Regionale per i medici pediatri di libera scelta (di seguito AIR);

visto che in data 24 maggio 2013 è stato sottoscritto dall'Assessore Tutela della Salute e Sanità e dalla Organizzazione Sindacale di categoria FIMP l'Accordo Collettivo Regionale per la Pediatria di Libera Scelta, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

dato atto che l'Accordo Integrativo Regionale persegue gli obiettivi fissati dalla normativa convenzionale nazionale, quali la continuità dell'assistenza pediatrica sul territorio e l'informatizzazione del medico, mediante la prevista istituzione dei Punti di Assistenza Pediatrica Territoriale (PAPT), delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), e della realizzazione del Progetto Medici in rete e ricetta dematerializzata;

dato atto che, a seguito dell'entrata in vigore dell'allegato AIR, decadrà l'Accordo Integrativo Regionale recepito con DGR n. 75-4317 del 13 novembre 2006;

dato atto che gli effetti economici derivanti dal nuovo Accordo, recepito dal presente atto, corrispondono agli "incrementi 2010", di cui all'art. 10 ACN PLS dell'8 luglio 2010 e che l'erogazione avverrà a decorrere dall'esercizio finanziario 2014.

Tutto ciò premesso e considerato, la Giunta Regionale condividendo le proposte del Relatore a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

➤ di recepire l'Accordo Integrativo Regionale per i medici pediatri di libera scelta, approvato in data 23 maggio 2013 dal Comitato Permanente Regionale *ex art.* 24 ACN vigente, sottoscritto in data 24 maggio 2013 dall'Assessore Tutela della Salute e Sanità e l'Organizzazione Sindacale di categoria FIMP, composto da n. 31 pagine e allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;

➤ di disporre che gli effetti economici derivanti dal presente Accordo che corrispondono agli "incrementi 2010", di cui all'art. 10 ACN PLS dell'8 luglio 2010 saranno erogati a partire dall'esercizio finanziario 2014;

➤ di dare atto che gli oneri di cui al presente provvedimento trovano copertura nell'ambito del finanziamento alle ASR della spesa corrente indistinta.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

ACCORDO REGIONALE
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI
CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI
E INTEGRAZIONI



[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

INDICE

Dichiarazione preliminare

Obiettivi strategici e compiti specifici

Art.1 – Campo di applicazione

Art.2 – Partecipazione a Comitati e Gruppi di lavoro

Art.3 – Esercizio del diritto di sciopero

Art.4 – Comitato Regionale e Collegio Arbitrale

Art.5 – Comitato Aziendale

Art.6 – Rapporto ottimale e zone carenti

Art.7 – Massimale scelte e deroghe consentite

Art.8 – Requisiti ed apertura degli studi medici

Art.9 – Sostituzioni

Art.10 – Pediatria di gruppo e rete

Art.11 – Requisiti e funzioni minime dei CAP

Art.12 – Personale di studio

Art.13 – Prestazioni informatiche

Art.14 – Assistenza in zone disagiate

Art.15 – Progetto Salute Infanzia

Art.16 – Prestazioni Aggiuntive

Art.17 – Governo clinico

Art.18 – Associazioni funzionali territoriali (già équipes)

Art.19 – Attività delle aggregazioni funzionali territoriali

Art.20 – Fondo per le Attività Distrettuali

Art.21 – La continuità assistenziale (Contattabilità telefonica – Ambulatori distrettuali del sabato mattina)

Art.22 – Tavolo di Confronto, Monitoraggio e Valutazione

Art.23 – Area di formazione in Pediatria di Libera Scelta

Dichiarazioni a Verbale

Norme Finali

Allegati




A.11

DICHIARAZIONE PRELIMINARE

1. Il presente Accordo Regionale si ispira ai principi stabiliti dalla Legge n. 833/78 e dal D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. e intende valorizzare le funzioni del medico pediatra di libera scelta in correlazione alle esigenze delle singole Aziende Sanitarie, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza.
2. Esso é strumento idoneo a favorire, con gli istituti dell'organizzazione del lavoro e della retribuzione flessibile, il processo di rinnovamento in corso creato dalla modifica del Titolo V della Costituzione e dalle nuove regole sul federalismo sanitario e intende realizzare il processo devolutivo in atto nonché la completa utilizzazione degli istituti contrattuali che richiedono una rapida e complessiva attivazione, da parte della Regione e delle Aziende Sanitarie, e di quegli strumenti gestionali e organizzativi previsti dal SSR.
3. In particolare, va tenuto conto che già dal Piano Sanitario Nazionale 2003/2005 approvato con D.P.R. il 23/05/2003 nel testo risultante dall'atto di intesa in sede di Conferenza Unificata Stato - Regioni - Città ed Autonomie Locali il 15/04/2003, si poneva il problema di un ripensamento della organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, individuando il territorio quale punto di forza per l'organizzazione della risposta sanitaria, della integrazione socio sanitaria e del governo dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali e dell'appropriatezza delle prestazioni.
4. Per l'attuazione del presente Accordo le parti concordano sulla rilevanza strategica che rivestono gli interventi relativi all'organizzazione distrettuale, nell'ottica dell'aziendalizzazione del SSN e della centralità dei compiti del pediatra di libera scelta.

OBIETTIVI STRATEGICI E COMPITI SPECIFICI

1. Le cure primarie in età pediatrica sono caratterizzate dall'esigenza di coniugare gli aspetti sociali ed assistenziali così come la diagnosi e la cura con la prevenzione, mettendo al centro dell'attenzione il minore e la sua famiglia dalla nascita fino all'adolescenza, mediante programmi in grado di conseguire i seguenti obiettivi generali:
 - a) prevenire le condizioni a rischio, causa di lesioni, disabilità e dipendenza;
 - b) prevenire il disagio psichico e sociale, gli abusi ed i maltrattamenti;
 - c) stimolare la responsabilizzazione del minore e dei genitori verso scelte e comportamenti orientati alla salute e al miglioramento della qualità di vita;
 - d) attuare efficaci modelli di continuità dell'assistenza e di coordinamento delle cure fra strutture di diverso livello ancor più alla luce della sempre più ingravescente riduzione del numero di specialisti in pediatria ;
 - e) adeguare il livello d'assistenza per i minori affetti da patologia cronica spostandone il follow up delle forme lievi e moderate sul territorio potenziando lo scambio informatico mettendo in rete tutti gli attori dell'assistenza ai bambini a cominciare dai Pediatri di Famiglia per giungere poi ai reparti specialistici, con l'obiettivo di coordinare gli interventi sanitari e sociali a tutti i livelli, sino alle condizioni di terminalità e in stato di disabilità;
 - o) strutturare modalità di lavoro orientate alla cooperazione tra servizi e operatori secondo un approccio multidimensionale ai problemi del minore.



2. Nell'ambito della programmazione regionale si definiscono, inoltre, i seguenti obiettivi strategici:

- promozione di un sistema vaccinale ad alto livello di copertura;
- realizzazione di una rete organizzata di continuità dell'assistenza che consenta al cittadino la possibilità di ricevere risposte coerenti ed appropriate durante l'intero arco della giornata, in modo progressivo e coordinato tra Pediatria di Libera Scelta, Continuità Assistenziale e Strutture Ospedaliere;
- integrazione funzionale tra il Territorio e l'Ospedale mediante l'individuazione di percorsi diagnostici e terapeutici condivisi;
- incentivazione della sperimentazione di forme di assistenza complessa pediatrica e trasformazione delle attuali associazioni in AFT volte al miglioramento della qualità delle cure;
- agevolazione degli inserimenti dei medici pediatri negli ambiti territoriali carenti ed incentivazione per le zone più disagiate, al fine del miglioramento dell'assistenza a favore dei soggetti in età esclusiva;
- ripensare l'indispensabile ruolo della Pediatria di Famiglia nella gestione dell'adolescente;
- sviluppo del sistema informativo finalizzato a supportare le complessità organizzative e a facilitare la comunicazione tra tutti gli operatori del SSR, anche in ottemperanza al debito informatico ed alla realizzazione della ricetta informatica;

3. Ciò premesso, il presente Accordo definisce compiti e attività del pediatra di libera scelta nell'ambito di quattro aree:

I° area – Prevenzione delle condizioni a rischio

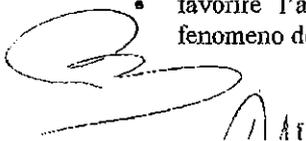
- individuare precocemente le condizioni patologiche durante lo sviluppo del minore con particolare riguardo agli stili di vita;
- favorire la consapevolezza del rischio di incidenti negli abituali ambienti di vita (casa, scuola, ambiti di gioco e mezzi di trasporto) e di esposizione ad inquinanti ambientali (fumo passivo);
- promuovere l'adesione ai programmi vaccinali. Essendo fondamentale la collaborazione tra i Servizi Aziendali di Prevenzione ed i pediatri di libera scelta nella realizzazione e nel monitoraggio delle corrette coperture vaccinali, nonché nella segnalazione dei soggetti cronici per completarne il calendario, rientrano tra i compiti convenzionali:
 - La promozione attiva delle vaccinazioni.
 - La sorveglianza e la segnalazione di eventuali effetti collaterali.
 - La rilevazione anamnestica delle avvenute vaccinazioni nel corso dei Bilanci di Salute.
 - L'informazione sulle vaccinazioni non prioritarie a tutti i pazienti.

II° area - Prevenzione del disagio psichico e sociale

- individuare i minori sottoposti a maltrattamento fisico, psichico e abuso sessuale e le situazioni di disagio psico-sociale.

III° area - Stimolazione della responsabilizzazione

- favorire l'adozione di corretti comportamenti alimentari per prevenire il dilagante fenomeno dell'obesità infantile;



- contribuire al raggiungimento di una buona capacità genitoriale;
- favorire la consapevolezza della validità dell'allattamento al seno;
- incentivare la partecipazione alle attività ginnico-motorie;
- prevenire l'uso delle sostanze che causano dipendenza ed aiutare l'acquisizione di corretti stili di vita nell'adolescenza;
- fornire mezzi educativi alle famiglie per la corretta gestione dei più frequenti eventi che interferiscono con lo stato di salute del minore.

IV° area – Promozione del coordinamento e della cooperazione

- migliorare il percorso di nascita favorendo ove possibile la scelta del Pediatra prima della dimissione;
- garantire la continuità delle cure e i percorsi diagnostici per le patologie acute;
- definire percorsi specifici per i minori affetti dalle patologie croniche a maggior prevalenza;
- sostenere, con la collaborazione di servizi specificatamente dedicati, l'assistenza a minori in stato di terminalità neoplastica e per altra patologia grave;
- definire le azioni volte all'integrazione sociale e relazionale del minore con disabilità grave.

ART. 1 - CAMPO DI APPLICAZIONE

1. Il presente Accordo regola, ai sensi dell'ACN del 15 dicembre 2005 e s.m.i., il rapporto di lavoro esistente fra le Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte ed i Pediatri di libera scelta in esse operanti.
2. Detto rapporto professionale costituisce vincolo funzionale tra ASL e singolo pediatra e si concretizza con l'organico inserimento delle attività del pediatra di libera scelta nell'apparato organizzativo del Distretto per lo svolgimento dei compiti rientranti nell'area pediatrica, dalle attività assistenziali primarie alla continuità di cura, fino alla promozione della salute.
3. Il presente Accordo avrà efficacia a partire dalla data di assunzione del relativo provvedimento deliberativo da parte della Giunta Regionale e resta in vigore, in regime di *prorogatio legis*, fino alla stipula degli Accordi Regionali previsti dal successivo A.C.N.

ART. 2 – PARTECIPAZIONE A COMMITATI E GRUPPI DI LAVORO

1. Al fine di consentire la piena e produttiva partecipazione dei pediatri di libera scelta ai momenti di programmazione e gestione regionale, aziendale e distrettuale, così come previsto dal comma 1, art.21 dell'ACN, ivi compresa la partecipazione agli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) e agli Uffici di Monitoraggio e Valutazione, nonché ai Comitati Regionali e Aziendali, a titolo di rimborso forfetario delle spese di viaggio e di sostituzione è riconosciuta:

- a) un'indennità di partecipazione di € .55,00 per un impegno pari a ½ giornata;
- b) un'indennità di partecipazione di € . 110,00 per un impegno superiore a ½ giornata;



c) un'indennità di spostamento di €. 27,00 in aggiunta alle precedenti di cui ai punti a) e b), per i medici pediatri il cui studio dista più di 30 KM dalla sede in cui si svolge la riunione.

2. Tali compensi dovranno essere corrisposti dall'ASL territorialmente competente direttamente al medico pediatra titolare.

3. Ai pediatri componenti dell'UCAD, degli Uffici di Monitoraggio e Valutazione nonché della Commissione per l'appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse di cui all'art. 25, comma 4 e all'art. 27, comma 5 del vigente ACN è riconosciuta un'indennità mensile lorda di €.330,00 per i lavori connessi al funzionamento complessivo degli istituti di cui al presente comma, tale quota ovviamente non esenta l'Azienda dal pagamento delle quote di partecipazione previste al comma 1.

4. Le attività previste nel presente articolo non comportano limitazioni al massimale individuale né incompatibilità tra di esse e/o con altri incarichi.

ART. 3 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO

1. In caso di agitazioni sindacali, si concorda che l'adesione alle stesse, da parte della singola Organizzazione Sindacale, ha valore per tutti gli iscritti alla medesima sigla. Qualora il singolo pediatra, iscritto a tale Organizzazione Sindacale, non intenda partecipare all'agitazione, è tenuto a fornire la comunicazione, prevista dal comma 5 dell'art.31 dell'ACN vigente, nella forma scritta in qualsiasi espressione legale.

2. Le prestazioni indispensabili, definite ai sensi della legge n.146/90, così come modificata ed integrata dalla legge n.83/00, quali le visite urgenti, ivi comprese le visite domiciliari e l'assistenza programmata ai malati terminali, devono essere assicurate da tutti i medici pediatri convenzionati.

3. Durante le giornate di sciopero, al pediatra che garantisce le suddette prestazioni, che dovranno essere appositamente documentate, sarà corrisposto il 10% del compenso di cui all'art. 58, lettera A, punto 1 ACN.

ART. 4 – COMITATO REGIONALE E COLLEGIO ARBITRALE (ART. 24 e ART. 30 ACN)

1. Il comma 2 dell'art. 24 ACN prevede che il Comitato Regionale sia composto, per la parte sindacale, da un rappresentante per ogni Organizzazione firmataria dell'ACN, purché presenti sul territorio regionale con almeno un iscritto, nonché da una quota aggiuntiva di rappresentanti delle stesse OO.SS. firmatarie direttamente proporzionale alla rispettiva consistenza associativa, purché espressione di almeno il 10% del numero complessivo degli iscritti alle OO.SS. Vista la delicatezza del ruolo, che rende inalienabile la conoscenza delle dinamiche regionali, ai rappresentanti sindacali presenti nei Comitati è fatto obbligo di domiciliarità in Piemonte.

2. Si concorda che, per la parte sindacale, il Comitato Regionale sia composto nella seguente misura:

-N. 1 membro rappresentante di diritto dell'Organizzazione Sindacale FIMP e N. 3 membri rappresentati sindacali regionali della medesima O.S., come quota aggiuntiva;



-N. 1 membro rappresentante di diritto dell'Organizzazione Sindacale CIPE, a condizione che tale sigla rappresenti almeno un iscritto della regione. In carenza si deve prevedere un ulteriore membro dell'Organizzazione Sindacale FIMP.

3. Qualora una delle Organizzazioni Sindacali non provveda a designare il proprio rappresentante, o questi non partecipi ai lavori del Comitato Regionale in misura pari al 50% delle riunioni tenutesi nell'arco temporale di un anno, subentrerà un componente delle altre sigle sindacali.

4. La parte pubblica sarà composta da N. 5 rappresentanti della Regione, di cui 1 individuato nel Responsabile del Settore Regionale competente in materia e 4 nei Dirigenti delle Aziende Sanitarie piemontesi esperti in materia.

5. Si concorda che i due componenti di parte sindacale previsti nel Collegio Arbitrale, ex art. 30 ACN, vengano designati dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative nel numero di 1 per ogni sigla sindacale, nel rispetto delle medesime condizioni previste al comma 2 del presente articolo.

ART. 5 – COMITATO AZIENDALE

1. I componenti di parte sindacale, previsti dall'art. 23, comma 1, ACN vigente, a far parte del Comitato Aziendale, verranno designati dalle OO.SS maggiormente rappresentative nel numero minimo di due appartenenti all'Azienda Sanitaria Locale. Qualora un'Organizzazione Sindacale non provveda a designare il proprio rappresentante, o questi non partecipi ai lavori del Comitato Aziendale, subentrerà un componente dell'altra sigla sindacale.

2. Oltre ai compiti esplicitati nel comma 3 dell'art. 23 dell'ACN si aggiungono:

- a) individuazione di eventuali zone carenti straordinarie ed operative;
- b) valutazione ed eventuale risoluzione di contenziosi tra Pediatri ed Utenti, non risolvibili dall'URP, che non prefigurino l'attivazione delle procedure disciplinari previste dall'ACN.

3. Ai sensi del comma 4 dell'art. 23 ACN, le parti concordano che i pareri obbligatori previsti per le materie elencate nel comma 3 dell'art. 23 ACN, comprensive dei compiti aggiunti nel comma 2 del presente articolo, debbano essere espressi entro il termine di 30 gg. dalla richiesta.

Per le istanze relative alle scelte in deroga ad ambiti territoriali, per le quali il parere richiesto investe la competenza di Aziende Sanitarie differenti, il termine entro il quale è necessaria l'espressione del parere medesimo è quello di 60 gg. dalla richiesta.

ART. 6 – RAPPORTO OTTIMALE E ZONE CARENTI

1. Ai sensi di quanto previsto dall'art. 32, comma 7 e 15, del vigente ACN, per ciascun Comune o altro ambito, definito secondo specifiche esigenze organizzative aziendali, deve essere iscritto un pediatra per ogni 600 residenti o frazione superiore a 300, di età compresa tra 0 e 6 anni non compiuti (0-5 anni e 364 gg.) risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, tenendo conto anche dei cittadini residenti che hanno effettuato la scelta a favore dei pediatri iscritti al di fuori dell'ambito.

2. Nella determinazione di un nuovo ambito territoriale, anche in seguito ad accorpamenti di più Comuni, il rapporto ottimale a cui riferirsi rimane 1/600 (o frazione superiore a 300) bambini residenti in età 0-6 anni non compiuti. In ogni ambito territoriale dovrà essere assicurata la presenza di almeno due pediatri, anche eventualmente modificando gli ambiti territoriali, al fine di garantire



A large, stylized handwritten signature is located at the bottom right of the page.

la libera scelta e l'accessibilità all'assistenza pediatrica, con conservazione per il pediatra delle scelte in carico come previsto dall'art. 32, comma 14, ACN vigente.

3. Richiamato l'art. 32, comma 15 del vigente ACN, all'interno delle Città metropolitane, nelle quali un unico comune comprende più Aziende Sanitarie, possono essere individuati ambiti da definirsi e dichiararsi carenti su proposta dell'ASI, che rileva e motiva mutate necessità assistenziali.

Le proposte delle singole Aziende, previo parere del Comitato Aziendale ex art. 23 ACN, sono inviate al Comitato Regionale PLS che ne valuterà gli aspetti di ricaduta nell'ambito della copertura assistenziale regionale e darà l'autorizzazione a modificare l'attuale suddivisione territoriale.

4. Quando in un ambito territoriale si verifica una situazione di carenza assistenziale a causa del raggiungimento del proprio massimale da parte dei pediatri inseriti, o vi sia cessazione del rapporto convenzionale da parte di uno o più pediatri, con conseguente impossibilità di effettuare ulteriori scelte pediatriche, senza che il calcolo del rapporto ottimale, come definito all'art. 32 dell'A.C.N., consenta la pubblicazione di una zona carente ordinaria, l'ASL, sentito il Comitato Aziendale ex art. 23 ACN, attiva le procedure di deroga previste dall'art. 38 comma 3.

5. Nel caso in cui i pediatri interpellati non accettino la deroga al massimale in numero sufficiente da garantire la copertura assistenziale, l'ASL potrà richiedere, in accordo con il Comitato Aziendale ex art.23 ACN, la pubblicazione di una zona carente operativa per l'inserimento, con incarico definitivo, di un pediatra, individuato nel rispetto della relativa graduatoria regionale vigente e, contemporaneamente, assegnare provvisoriamente i nuovi nati e i trasferiti con età inferiore a sei anni ai medici pediatri. Tale pubblicazione potrà avvenire anche in deroga alle scadenze di Aprile e Ottobre previste dall'art. 33 del vigente A.C.N.

Potranno concorrere a tali carenze operative non solo i pediatri inseriti in graduatoria, ma anche i pediatri già inseriti con le procedure previste in materia di trasferimenti.

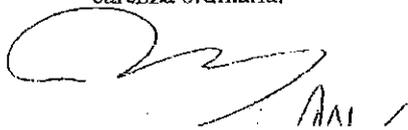
Qualora in seno al Comitato Aziendale, ex art. 23 ACN 15/12/2005 e s.m.i., non venga raggiunto all'unanimità l'accordo in merito alla pubblicazione della carenza operativa, l'Azienda provvederà a richiedere al Comitato Regionale, ex art. 24 ACN 15/12/2005 e s.m.i, di pronunciare parere relativo alla sussistenza della stessa.

I presupposti necessari alla richiesta di pubblicazione della carenza operativa sono i seguenti:

- la mancata accettazione all'innalzamento del massimale dei pediatri interpellati;
- il raggiungimento del massimale da parte di tutti i pediatri inseriti nell'ambito territoriale;
- l'avvenuta cancellazione da parte dell'Azienda delle scelte dei bambini di 13 anni compiuti e successivamente -12 anni compiuti;
- la mancata assistenza pediatrica a 300+1 bambini di età compresa tra 0-12 anni compiuti.

6. Qualora, per motivi di particolare gravità ed eccezionalità, che comportino un'improvvisa ed imprevista cessazione del rapporto convenzionale, quali dimissioni (non legate a trasferimento e/o pensionamento ordinario del medico) o decesso del pediatra, si determini in un ambito territoriale la mancata assistenza pediatrica ad almeno 300 bambini in età esclusiva, che non sia possibile risolvere con le procedure ordinarie e tecniche sopra descritte, l'ASL, previo parere favorevole del Comitato Aziendale, può richiedere al Comitato Regionale ex art.24 ACN l'approvazione di una zona carente straordinaria in deroga alle scadenze temporali previste, per l'inserimento, con incarico definitivo, di un pediatra individuato nel rispetto della relativa graduatoria regionale vigente o per trasferimento.

Tale procedura non si applica quando dal calcolo del rapporto ottimale non risulti determinabile la carenza ordinaria.



7. E' demandata al Comitato Aziendale ex art. 23 ACN la definizione dell'ambito geografico in cui deve essere assicurata l'assistenza pediatrica in caso di assegnazione delle sopra citate zone carenti.

ART. 7 - MASSIMALE SCELTE E DEROGHE CONSENTITE

1. Considerato il persistere della situazione delineatasi nella Regione Piemonte, che ha comportato nel passato forti disagi operativi e gestionali anche ai fini dell'individuazione delle zone carenti e ritenuto di dover garantire, nell'ottica di un generale miglioramento, un'adeguata assistenza pediatrica a tutela dei bambini in età esclusiva, le Parti concordano di ridefinire il limite delle deroghe applicabili al massimale individuale, di cui al comma 1 dell'art. 38 del vigente ACN, fino al raggiungimento di 1200 unità per tutti i pediatri e di 1500 unità per i pediatri operanti all'interno della pediatria di gruppo.

2. Il nuovo limite derogabile si applica a tutti i pediatri, fatta salva la facoltà del medico di esplicita rinuncia da comunicarsi all'A.S.L. competente per territorio; in questo caso continuerà ad applicarsi il limite derogabile di 800 unità di cui ai commi 8 e 9 dell'art. 38 ACN. Tale rinuncia è da considerarsi non derogabile fino a scadenza dei vigenti Accordi.

3. L'aumento del limite del massimale comporta l'obbligo di estendere l'apertura dell'ambulatorio per un numero di ore corrispondente, come specificato nel successivo art. 8.

4. Le deroghe consentite fino al nuovo limite potranno essere superate unicamente per le scelte previste dal comma 9 del medesimo art. 38 (soggetti appartenenti a nuclei familiari) indipendentemente da presunte incompatibilità con i sistemi informatici adottati dalle varie Aziende Sanitarie. Le scelte da iscrivere oltre le 880 e fino a 1200 unità potranno essere effettuate esclusivamente per bambini in età compresa tra 0-6 anni non compiuti. Sono fatte salve, tuttavia, le disposizioni previste nei commi 3, 10 e 13 dell'art. 38 ACN.

5. Per quanto attiene le iscrizioni di carattere temporaneo relative ai cittadini extra-comunitari in regola con il permesso di soggiorno e ai cittadini non residenti la percentuale massima prevista dai presenti Accordi è del 5% del massimale individuale. Tale limite potrà essere superato mediante Accordi Aziendali nel caso in cui sussistano gravi criticità assistenziali.

6. Con riferimento alla scelta/revoca dei cittadini extra-comunitari, alla data di scadenza del permesso di soggiorno, compatibilmente con le procedure informatiche, l'ASL sospenderà l'erogazione delle quote economiche al pediatra, che, tuttavia, si impegnerà a garantire l'assistenza al bambino extracomunitario per un massimo di 6 mesi. Al momento del rinnovo del permesso di soggiorno, le quote sospese verranno riattribuite al medico.

7. Qualora il pediatra abbia raggiunto la quota di 1200 unità o di 1500 unità per la pediatria di gruppo e continui a persistere il bisogno di assistenza pediatrica nei confronti di bambini in età compresa tra 0-6 anni non compiuti, l'ASL, valutato quanto previsto dal comma 4, art. 6 del presente Accordo, potrà procedere all'iscrizione di tali assistiti contestualmente alla cancellazione automatica, in ordine anagrafico decrescente, di bambini in età compresa tra 12-14 anni non compiuti, fatta salva la facoltà di reintegro dei bambini con patologia cronica.



8. Si ribadisce in ogni caso il diritto del pediatra che abbia superato la propria quota individuale ad acquisire nuove scelte con la ricasazione contestuale di un pari numero di scelte tra gli assistiti a suo carico di età non inferiore ai 13 anni come sancito dal comma 11 dell'art. 38.

9. Eventuali ed ulteriori cancellazioni di bambini in età inferiore ai 12 anni dovranno essere concordate, di volta in volta, con il medico pediatra.

ART. 8 - APERTURA DEGLI STUDI MEDICI

1. In caso di numero di scelte superiore a 1000, il pediatra di famiglia dovrà garantire l'apertura dell'ambulatorio per ulteriori:

- 4 ore settimanali nella stagione primaverile e autunnale (aprile, maggio, ottobre, novembre),
- 3 ore settimanali nella stagione estiva (giugno, luglio, agosto, settembre),
- 5 ore settimanali nella stagione invernale (dicembre, gennaio, febbraio, marzo).

Con riferimento all'art. 35, comma 7 dell'ACN si concorda di inserire, dopo il nominativo del medico, l'indicazione della specializzazione in Pediatria.

2. In accordo con quanto previsto dall'art 35, comma 8, dell'ACN vigente le visite nello studio medico vengono erogate di norma attraverso un sistema di prenotazione, fatta salva la possibilità di accesso per casi non differibili ad esclusiva valutazione del sanitario. Tale modalità organizzativa si propone di ridurre i disagi dell'Utenza connessa ai tempi di attesa.

ART. 9 - SOSTITUZIONI

1. Le Aziende Sanitarie per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al pediatra sostituito il quale provvederà a regolare i rapporti economici con il sostituto, nel rispetto della normativa fiscale, secondo quanto disciplinato dalle norme in Allegato sub lettera F) dell'ACN del 29 luglio 2009 per la Pediatria di Libera Scelta. I compensi corrisposti dal titolare al sostituto, non in possesso di specializzazione, dovranno essere conformi a quanto previsto dal successivo comma 3 del presente articolo.

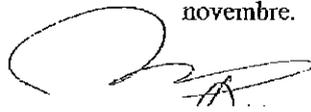
2. In caso di indisponibilità di sostituti, la sostituzione, tra pediatri di libera scelta operanti nel medesimo distretto e facenti parte delle AFI/équipes, può essere operata o presso lo studio del pediatra titolare o presso lo studio del/i pediatra/i associato/i al fine di garantire la miglior qualità possibile dell'assistenza. Per le pediatrie di gruppo saranno i componenti stessi della struttura a garantire la sostituzione. In tal caso i rapporti economici sono convenuti tra le parti.

3. Nei casi di sostituzione superiore ai 30 gg., il compenso spettante al sostituto non in possesso del titolo di Specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti, secondo quanto previsto dall'Allegato sub lettera F) dell'ACN del 29 luglio 2009, verrà corrisposto come segue:

70% del compenso forfetario annuo di euro 40,05, quale previsto per i medici di medicina generale per ciascun assistito in carico (euro 28,03).

Tale corpenso:

- sarà maggiorato del 20% in caso di sostituzioni effettuate nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio, marzo,
- sarà ridotto del 20% in caso di sostituzioni effettuate nei mesi di giugno, luglio, agosto, settembre,
- resterà invariato in caso di sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre, novembre.



4. Le prestazioni aggiuntive, nonché le prestazioni effettuate in Assistenza Domiciliare e Ambulatoriale a favore di soggetti con patologia cronica, eventualmente eseguite nel corso della sostituzione, verranno corrisposte con i compensi previsti negli Allegati B), E) E bis) ed L) del relativo ACN per la Pediatria di Libera Scelta.

5. Al pediatra titolare spetterà, invece, il 45% del compenso di cui alla lettera A commi 1 e 9 dell'art. 58 ACN per la Pediatria di Libera Scelta.

ART. 10 PEDIATRIA DI GRUPPO E RETE

1. Le Parti concordano di condividere la necessità di superare le percentuali esistenti raggiungendo la totalità dei pediatri potenzialmente associabili nell'ottica dell'omogeneizzazione della risposta territoriale ai bisogni assistenziali pediatrici. Nella pratica impossibilità di aumentare il finanziamento, si concorda di destinare le risorse che si renderanno disponibili, a seguito del decremento della pediatria in associazione - che non verrà autorizzata in alcuna forma (costituzione/variazione con e senza incremento di spesa) -, allo sviluppo della pediatria di gruppo e del personale di studio operante in tale forma associativa.

€ 658.890	Importo attualmente erogato ai medici che beneficiano dell'indennità pediatria in associazione da riallocarsi a favore della pediatria di gruppo e del personale di studio secondo la misura specificata nell'allegato 3
-----------	--

2. Nell'iter autorizzativo volto alla costituzione e variazione della pediatria di gruppo verrà considerato quale elemento preferenziale la sussistenza del numero di almeno tre componenti, in quanto ritenuto maggiormente idoneo a garantire il corretto e regolare funzionamento di tale forma associativa.

Per quanto attiene alla pediatria in rete, indispensabile strumento per consentire l'accesso diretto - es. cartella clinica informatizzata - alle informazioni utili degli assistiti, si rimanda all'apposito capitolo, fermo restando che il presente accordo non prevede l'abolizione di diritti economici in essere dei PdF.

3. Possono essere previste forme associative miste tra medici di Medicina Generale e medici Pediatri di Libera Scelta, la cui organizzazione ed operatività funzionale è demandata all'ASL territorialmente competente; sono, inoltre, previste forme associative miste tra Pediatria di Gruppo e di Associazione. Per tali forme associative miste si concorda che le relative indennità non debbano essere considerate cumulative e che vengano, pertanto, erogate secondo quanto previsto dalla forma associativa di appartenenza del pediatra.

4. Si prevede, inoltre, previo parere favorevole del competente Comitato Aziendale ex art.23 ACN, il riconoscimento di forme associative tra medici pediatri che operino in ambiti di scelta limitrofi, purché della medesima Azienda. Per quanto concerne la Città di Torino, il cui ambito di scelta coincide con il territorio comunale, le forme associative potranno essere costituite, previo parere favorevole del Comitato Aziendale, ex art.23 ACN, delle Aziende Sanitarie interessate, da pediatri operanti in distretti limitrofi, anche se non appartenenti alla medesima Azienda.



5. Il Comitato Regionale di cui all'art. 24 dell'ACN istituisce e cura un elenco di dette forme associative, distinto nelle diverse tipologie, da aggiornarsi con cadenza semestrale (giugno e dicembre di ogni anno) e verifica, altresì, il numero degli assistiti iscritti ai pediatri coinvolti nelle forme associative.

6. I pediatri che intendono costituire una nuova forma associativa devono presentare due distinte domande, a mezzo raccomandata AR, sia al Comitato Regionale sia a quello Aziendale. Il Comitato Regionale, entro 30 giorni dalla data di ricezione, a mezzo raccomandata A.R., comunica al rappresentante della forma associativa e all'ASL di competenza, il nulla-osta alla sua costituzione o l'impossibilità alla medesima. Tale atto è subordinato esclusivamente alla verifica del rispetto delle percentuali di riferimento, tenuto conto dell'ordine di arrivo delle richieste. Acquisito il nulla-osta del Comitato Regionale, è compito dell'ASL procedere, in qualsiasi momento successivo all'inizio dell'operatività, alla verifica del possesso dei requisiti previsti dall'art.52 ACN. La forma associativa dovrà diventare operativa entro 90 giorni dal ricevimento del nulla-osta ed i relativi benefici economici decorreranno dalla data di effettiva attivazione.

7. Le procedure autorizzative previste nel comma 6 verranno attivate, in caso di forme associative richieste da pediatri appartenenti ad ambiti di scelta limitrofi ex comma 4, unicamente a seguito di parere favorevole espresso dal competente Comitato Aziendale delle Aziende Sanitarie interessate. Tale parere dovrà essere allegato all'istanza prevista per l'ottenimento del beneficio economico da inviarsi al competente Comitato Regionale.

8. Dovrà essere garantito il coordinamento degli orari di apertura degli studi dei singoli pediatri operanti nelle forme associative secondo un orario complessivo di almeno 5 ore al giorno. Ciascun pediatra riunito in forma associativa è tenuto all'apertura dello studio per un numero di ore settimanali correlato al numero dei propri assistiti, ai sensi dell'art. 35, comma 5, del vigente ACN. L'articolazione oraria nelle fasce mattutine e pomeridiane deve garantire l'apertura pomeridiana di un numero di studi non inferiore a un terzo dei pediatri associati.

9. Si ribadisce l'assoluta obbligatorietà che la popolazione assistita sia informata in modo chiaro ed esaustivo sugli obiettivi e sulle modalità di funzionamento delle forme associative, previa affissione, in ogni studio medico di apposita comunicazione con modalità da concordarsi con gli uffici competenti dell'ASL al fine di garantire ai cittadini una appropriata informazione nel merito dell'accessibilità a ciascun medico pediatra dell'associazione. E, inoltre, dovere del pediatra associato garantire la disponibilità di informazioni, mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata e tempestiva informazione. Il patto costitutivo delle forme associative deve avere congrua evidenza per gli assistiti, a cura del medico pediatra.

10. L'ASL è tenuta a verificare l'applicazione di quanto sopra e ad informare i nuovi iscritti in merito alla forma associativa cui appartiene il pediatra prescelto (orari di apertura degli altri studi, nominativi degli altri medici pediatri facenti parte dell'associazione, finalità, ecc....). In particolare, gli orari degli studi di tutti i pediatri riuniti nelle previste forme associative devono essere comunicati all'ASL ed esposti in tutti gli studi coinvolti oltrechè esplicitati nel rispettivo patto costitutivo. Ogni variazione relativa all'orario dovrà essere tempestivamente comunicata agli assistiti e all'ASL competente.

11. Eventuali inadempienze avverso il dettato sopra descritto, comporteranno l'applicazione del disposto normativo di cui all'art. 30 in materia di responsabilità convenzionali.

12. Ciascuna nuova forma associativa, entro 60 gg. dalla data di costituzione, è tenuta a redigere una Carta dei Servizi delle prestazioni rese da consegnare agli assistiti secondo un modello



concordato a livello aziendale e da sottoporre, per le valutazioni deontologiche, al competente Ordine dei Medici.

13. Ogni modifica della forma associativa, che a parere del Direttore di Distretto venga ritenuta sostanziale, comporta la rivalutazione della stessa da parte del Comitato Regionale.

14. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 52, comma 11, del vigente A.C.N., le Aziende Sanitarie Locali possono individuare, nell'ambito delle forme associative, modelli organizzativi sperimentali aggiuntivi e attività concordate.

15. Per quanto concerne le indennità da corrispondere ai medici pediatri appartenenti alle forme associative del presente articolo si rimanda alla Tabella di cui all'Allegato 3) del presente Accordo Regionale.

ART. 11 - PERSONALE DI STUDIO

1. Ai sensi dell'art. 58, lettera B, commi 5 e 6, ACN vigente le Parti concordano di identificare in una unica figura, sia il collaboratore di studio che l'infermiere professionale, per quanto attiene i pediatri che operano in forma singola o in Associazione semplice, mentre, compatibilmente con la sostenibilità economica, vengono considerate ambedue le figure per i pediatri che operano all'interno della pediatria di gruppo ai fini della corresponsione dell'indennità di cui alla relativa Voce in Tabella dell'Allegato 3 al presente Accordo Regionale.

2. In considerazione dei principi che ispirano l'attuale ACN, si concorda come sia volontà condivisa, della Regione Piemonte e delle OO.SS., di arrivare nel corso dei successivi AIR, a concedere l'indennità a tutti i pediatri che ne faranno domanda. Nelle more, comunque, di tali disponibilità, diritto di prelazione a fruire di tale Istituto deve essere riconosciuto alla pediatria di gruppo.

3. Il Comitato Regionale ex art. 24 ACN vigente istituisce e cura un elenco dei pediatri che utilizzano il personale di studio da aggiornarsi con cadenza semestrale (giugno e dicembre di ogni anno).

4. I medici pediatri che intendono acquisire tali collaborazioni di studio devono presentare due distinte domande, a mezzo raccomandata AR, sia al Comitato Regionale sia a quello Aziendale. Il Comitato Regionale, entro 30 giorni dalla data di ricezione, comunica, a mezzo raccomandata A.R., al pediatra interessato e all'ASL di competenza, il nulla-osta alla sua utilizzazione o l'impossibilità alla medesima. Tale atto è subordinato esclusivamente alla verifica del rispetto delle percentuali di riferimento, tenuto conto dell'ordine di arrivo delle richieste. Acquisito il nulla-osta del Comitato Regionale, è compito dell'ASL procedere alla verifica del possesso dei requisiti previsti. L'effettiva utilizzazione del personale di studio deve avvenire entro 90 giorni dalla comunicazione del nulla-osta regionale. Il riconoscimento delle relative indennità ai pediatri decorre dal momento dell'avvenuta comunicazione del nulla-osta ed è condizionato dall'effettivo inizio di attività del personale.

5. Entro il 30 giugno di ogni anno, l'ASL competente procederà alla verifica dell'impegno orario minimo settimanale, di cui ai commi 5 e 6 lettera B) dell'art. 58 ACN vigente, nonché delle spese effettive dimostrate, comprendenti la retribuzione lorda, i contributi sociali, gli onorari di eventuali consulenti del lavoro, il costo della formazione del personale ed il costo di eventuali polizze



assicurative connesse all'impiego del personale in modo che la somma totale delle indennità percepite nel corso dell'anno solare precedente non superi le spese dichiarate.

6. Nell'ipotesi di trasferimento di un pediatra dall'associazione al gruppo, questi manterrà il proprio diritto personale a percepire l'indennità prevista per il collaboratore di studio e/o infermiere.

ART. 12 – PRESTAZIONI INFORMATICHE E RICETTA ELETTRONICA

1. Con l'introduzione *ex legis* del debito informativo nei confronti delle ASL e l'iter della ricetta informatizzata nella Regione Piemonte, è dovere di tutti i pediatri convenzionati garantire entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo l'adempimento relativo all'invio della ricetta elettronica.
2. Per la realizzazione dei progetti "medici in rete" e "ricetta dematerializzata" le Aziende Sanitarie Locali del territorio piemontese si impegnano ad attivare in favore dei pediatri, presso l'ambulatorio principale, la connettività fissa o, in alternativa, la connettività mobile, riallocando le risorse previste dall'art. 14 "Prestazioni informatiche" del previgente AIR (pari a € 74 e a € 0,50).
3. Per l'adeguamento tecnologico della postazione informatica e del software gestionale, al fine di ottemperare ai progetti "medici in rete" e "ricetta dematerializzata", si destina il totale dell'ammontare "quota incrementi 2010" dell' ACN 8 luglio 2010 (tabella B di € 0,25 assistenza al cronico e € 1,54 AIR decurtato del 10%), relativo all'anno 2012.
4. Per quanto attiene poi al software gestionale, si specifica che deve essere scelto dal pediatra di famiglia tra quelli maggiormente diffusi sul territorio nazionale (Junior Bit; Infanzia, o altro compatibile con l'interfaccia regionale).
5. Viene concordato inoltre un contributo annuo pari a € 587 annui, (finanziato con le risorse dell'ACN 8 luglio 2010 relative all'anno 2011) per la realizzazione obbligatoria della messa in rete di tutti gli studi pediatrici, da corrispondere in tre rate, con decorrenza dalla data di attivazione della rete.
6. Le OO.SS. si impegnano peraltro a garantire il mantenimento del servizio anche decaduti i tre anni di finanziamento regionale, senza oneri aggiuntivi, fatta salva la possibilità di stipula di nuovi Accordi Regionali e le AA.SS.LL. si assumono il compito di controllare l'effettiva attivazione della rete e la sua fruibilità da parte di tutti i pediatri di famiglia della Regione Piemonte.

ART. 13 - ASSISTENZA IN ZONE DISAGIATE (ex art. 58, lettera D - ACN)

1. Premesso che la finalità di questo istituto ha lo scopo di incentivare la presenza operativa del pediatra di libera scelta, anche negli ambiti e/o comuni più periferici e di garantire, pertanto, una adeguata assistenza pediatrica in ambiti territoriali più sfavorevoli, le Parti concordano di definire "zona disagiata" le zone alle quali siano applicabili, contemporaneamente, i seguenti criteri:

- a) particolari difficoltà oro-geografiche;
- b) zona o meglio "ambito territoriale di scelta" con popolazione sparsa e rarefatta ovvero, "ambito territoriale di scelta" con almeno cinque Comuni con densità abitativa, in età di esclusiva pediatrica, pari o inferiore a due abitanti per Km² e con un numero di bambini in età esclusiva inferiore a 150.

Alle



Le Parti concordano inoltre di definire "zona disagiatissima" le zone ricadenti in ambiti territoriali di scelta i cui Comuni siano almeno dieci e con densità abitativa - in età pediatrica esclusiva - pari o inferiore ad un abitante per Km2.

2. Le zone disagiate e le zone disagiatissime dovranno essere individuate dal Comitato Aziendale dell'ASL territorialmente interessata sulla base dei criteri sopra definiti e trasmesse, ai fini della necessaria approvazione, al Comitato Regionale ex art. 24 ACN.

3. Particolari situazioni locali non rientranti nei criteri sopraccitati, potranno essere individuati dalle ASL e proposti al Comitato Regionale per l'approvazione di cui al punto precedente.

4. In ogni caso, da parte dei pediatri inseriti nelle zone disagiate o nelle zone disagiatissime dovrà essere garantita la disponibilità ad acquisire scelte nonché l'effettuazione delle visite ambulatoriali e domiciliari previste, quali doveri convenzionali, nell'A.C.N. anche attivando una congrua distribuzione degli ambulatori, così come definita dall'ASL di competenza d'intesa con il pediatra interessato, fermo restando il limite massimo di sette aperture ambulatoriali settimanali.

5. Al fine di favorire l'effettuazione di un congruo numero di ore di studio anche nei Comuni più piccoli e nelle frazioni minori, le spese di locazione e manutenzione degli ambulatori forniti dal Comune o dall'ASL sono da considerarsi a carico delle Aziende Sanitarie medesime, fermo restando l'obbligo del pediatra di sostenere le spese di almeno uno studio.

7. Negli ambulatori forniti dall'ASL dovranno essere espletati tutti gli accorgimenti tecnici "ove possibile" necessari a fornire la possibilità di collegamento informatico tra pediatri associati operanti in detti ambiti di scelta.

8. Il compenso per l'assistenza pediatrica in zone disagiate spetta sia ai Pediatri iscritti negli ambiti territoriali già riconosciuti disagiati alla data del presente Accordo Regionale che ai Pediatri di nuovo inserimento.

9. Ai suddetti pediatri che presteranno la dovuta assistenza, domiciliare e ambulatoriale, nella zona o meglio nell'ambito di scelta territoriale disagiato spetterà un compenso mensile di €. 516,46 che sarà aumentato del 50 % in caso di zona disagiatissima.

ART. 14 - PROGETTO SALUTE INFANZIA

1. Il Progetto Salute Infanzia prevede un Piano Base che ripropone l'esecuzione di 11 bilanci di salute, di cui due non retribuiti, come individuati nell'Allegato 1) del presente Accordo, finalizzati al raggiungimento dei sottoindicati obiettivi di salute:

- Individuazione precoce delle condizioni patologiche durante lo sviluppo del minore;
- Prevenzione delle SIDS;
- Prevenzione degli incidenti domestici e stradali;
- Promozione e sostegno dell'alimentazione al seno;
- Promozione dei programmi vaccinali;
- Promozione dello sviluppo relazionale;
- Promozione delle attività ginnico-motorie;
- Promozione di corretti comportamenti alimentari;
- Promozione del corretto utilizzo dei servizi.



2. Di norma ad ogni bilancio di salute corrisponde un obiettivo educativo principale ed una corrispondente azione, ispirati da un motivato programma di intervento.

3. L'adesione al Progetto Salute Infanzia, obbligatorio per tutti i Pediatri convenzionati (compatibilmente con il fisiologico drop out), prevede la raccolta e la registrazione dei dati clinici e amministrativi previsti nel libretto di salute nonché il trasferimento obbligatorio degli stessi alle Aziende Sanitarie competenti, per via esclusivamente informatica entro sei mesi dalla pubblicazione dei presenti accordi purché le AA.SS.LL. si adeguino alla corretta ricezione del materiale in questa forma. L'elaborazione dei dati è a carico del Servizio CED di ogni ASL con cadenza concordata con i responsabili delle AFT/équipe.

4. Per i compiti e le attività previste per la partecipazione al Progetto Salute Infanzia viene riconosciuto al pediatra un compenso omnicomprendivo lordo di €. 12,91 per ciascuno dei 9 bilanci di salute; detto compenso verrà corrisposto con cadenza mensile e sarà assoggettato agli obblighi previdenziali di cui all'art. 59, comma 1, dell'ACN vigente.

5. Il pediatra di libera scelta è tenuto alla consegna o all'invio delle schede entro il mese successivo a quello dell'esecuzione del bilancio; tale termine vale anche per la corresponsione dei compensi relativi all'esecuzione dei bilanci di salute previsti. Il pediatra è, inoltre, tenuto alla compilazione del riepilogo mensile. Le schede dei bilanci inserite nell'agenda salute devono essere tempestivamente aggiornate nella forma e nei contenuti e devono essere uniformi su tutto il territorio regionale, tenendo conto della necessità di raccolta dati epidemiologici fondamentali alla mappatura dello stato di salute della popolazione pediatrica piemontese e della condivisa volontà di giungere in tempi brevi all'esclusiva trasmissione informatizzata dei dati. Gli aggiornamenti dovranno essere frutto del lavoro di un'apposita Commissione Regionale con la presenza di almeno due pediatri di famiglia di nomina sindacale, ed i risultati, comunque, dovranno essere licenziati, solo dopo l'approvazione, dal Comitato Regionale per la Pediatria di Libera Scelta ex art. 24 ACN.

6. Le Aziende Sanitarie, in ragione alle proprie situazioni epidemiologiche o socio-assistenziali, potranno collocare nel Progetto, tramite specifici Accordi con le OO.SS., ulteriori integrazioni conformi agli obiettivi generali quali ad esempio:

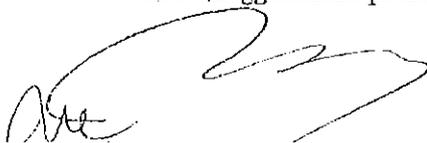
- educazione alla salute rivolta ad altri obiettivi oltre a quelli previsti nell'Accordo Regionale;
- coinvolgimento più diretto nell'ambito delle vaccinazioni;
- intervento in fase adolescenziale.

7. Le Aziende Sanitarie dovranno comunicare ai singoli pediatri gli esiti relativi ai bilanci di salute, al fine di consentire l'effettiva conoscenza degli stessi.

ART. 15 - PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (Allegato B dell'ACN - lettere A, B e C)

1. Al fine di fornire al primo livello assistenziale maggiori strumenti per realizzare un corretto governo clinico ed in ottemperanza a quanto previsto dall'Allegato B) dell'A.C.N. vigente si concorda quanto segue:

- per quanto concerne la lettera A) dell'Allegato, si confermano le prestazioni professionali aggiuntive previste dall'A.C.N. vigente con il relativo Nomenclatore Tariffario, eseguibili senza autorizzazione per le voci comprese dall'1 al 18 e, previa autorizzazione, all'interno di Progetti Obiettivo Aziendali, per le voci 19 e 20 (Boel Test e Screening dell'Ambliopia) che dovrebbero essere maggiormente promosse dalle ASL vista l'importante ricaduta preventiva di tali azioni.



- per quanto concerne le vaccinazioni, previste alla lettera B) dell'Allegato, si concorda che la pratica di quelle offerte attivamente sebbene affidata, di norma, all'organizzazione sanitaria pubblica debba, quando possibile, essere affidata ai pediatri di libera scelta, nell'ambito di Accordi Aziendali e nel rispetto delle scelte individuali del singolo essendo la mission istituzionale della Pediatria di Libera Scelta rivolta principalmente alla prevenzione. Le vaccinazioni dovranno, se affidate ai pediatri di famiglia, essere eseguite o presso i propri studi opportunamente attrezzati o presso le sedi di Igiene in concomitanza ai corrispondenti bilanci di salute in modalità concordate nell'ottica di garantire indici di copertura superiore agli attuali e rinforzare il sistema in vista di una futura abolizione di ogni forma di obbligatorietà.

Per quanto concerne le prestazioni diagnostiche di cui alla lettera C) dell'Allegato, le Aziende Sanitarie possono chiedere al pediatra di libera scelta o ai suoi associati, in riferimento:

- all'Allegato 2) del presente Accordo, al fine di chiarire quesiti diagnostici e monitorare patologie acute o croniche, evitando il ricorso alle strutture di II° livello, l'esecuzione delle prestazioni diagnostiche di seguito elencate:

PRESTAZIONI CONCORDATE NELL'AMBITO DI PROGETTI OBIETTIVO	
1) Esecuzione e valutazione di Spirometria semplice in bambini con asma persistente o ricorrente o altre patologie respiratorie	€ 25,82
2) Esecuzione e valutazione di Impedenziometria	€ 20,66
3) Esecuzione e valutazione di Podoscopia	€ 15,00
4) Esecuzione e valutazione di Scoliomertria	€ 10,33
5) Riflesso rosso	€ 10,33
6) Screening per autismo (CHAT)	€ 10,33
7) Esecuzione e valutazione nei bambini con sospetta patologia allergica di Prick Test per la determinazione degli allergeni alimentari e/o inalanti	€ 36,15
8) Esecuzione e valutazione di Elettrocardiogramma	€ 25,82
9) Vaccinazioni per seduta (presso centro pubblico)	€ 13,00

2. Ciascuna ASI., nell'ambito della programmazione e nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse, può, con specifico Accordo Aziendale, consentire l'esecuzione di alcune prestazioni al fine di superare criticità organizzative dell'Azienda stessa in riferimento all'Allegato 2) del presente Accordo.

ART. 16 – GOVERNO CLINICO

1. Come previsto all'art. 4, comma 1, lettera e) e lettera j), con riferimento esplicito alle lettere b),c) ed e) del comma 2 dell'art. 8 ACN, si concorda sull'attuazione di politiche del Governo Clinico quale obiettivo strategico finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi con l'intento di essere supporto attivo per la Regione Piemonte e per le AA.SS.LL nella definizione delle priorità indispensabili alla miglior allocazione delle risorse.

2. I pediatri partecipano e contribuiscono alla pratica del Governo Clinico anche attraverso l'adesione alle équipes territoriali che diventano momento cruciale per il perseguimento di obiettivi aziendali.



3. Le aree all'interno delle quali devono essere promosse attività e progettualità sono:

- l'appropriatezza nelle prescrizioni specialistiche;
- l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche;
- la prevenzione;
- l'educazione sanitaria.

4. Si definiscono in riferimento alle aree sopra indicate due obiettivi principali:

- la corretta prescrizione di antibiotico terapia nella faringo tonsillite acuta tramite l'uso di SBEA test;
- la diagnosi di I.V.U. tramite l'uso di strisce multistick per urine;

e quattro obiettivi secondari:

- la corretta gestione delle infezioni tramite dosaggio della Proteina C Reattiva;
- il corretto inquadramento di patologie dermatologiche tramite Luce di Wood;
- il corretto inquadramento degli stati iperglicemici tramite Glicemia;
- la corretta gestione di problematiche respiratorie tramite Pulsiossimetria.

5. I test diagnostici indispensabili al perseguimento detti obiettivi saranno forniti ai pediatri, in base alle loro necessità, dalle rispettive ASL di appartenenza.

6. Per l'obbligatorietà alla partecipazione attiva alle succitate attività, ogni pediatra riceverà, in forma di quota capitaria annuale, corrisposta in un dodicesimo ogni mese € 3,08, di cui agli artt.45 e 58 lettera B comma 15 del vigente ACN.

ART. 17 – ASSOCIAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI /EQUIPE

1. Dato atto che nella realtà piemontese, attualmente, esistono già le équipes territoriali, che, di fatto, presentano tutti i requisiti previsti dall'art. 26 bis ACN vigente per la realizzazione delle AFT, con il presente Accordo si statuisce, ove possibile, la costituzione delle AFT che nascono dall'esigenza di:

- essere supporto anche attraverso il meccanismo della Pediatria in associazione e in gruppo a quanto previsto all'art. 22 per rispondere tempestivamente, anche in fasce orarie diverse da quelle dedicate da ciascun medico all'attività ambulatoriale, ai bisogni assistenziali non differibili o vissuti come tali dalle famiglie, che sono tra le cause degli accessi impropri al Pronto Soccorso e spesso di conseguenti ricoveri ospedalieri;
- aumentare il numero delle ore d'accesso alla consulenza pediatrica territoriale nell'ottica di avvicinarsi il più possibile all'112 diurno e feriale;
- fornire prestazioni sanitarie omogenee sul territorio.

2. Le AFT/équipe pediatriche costituiscono la forma organizzativa- a partecipazione obbligatoria a norma dell'art. 26 bis comma 2 ACN vigente- di aggregazione dei pediatri di libera operanti su un territorio generalmente distrettuale che assistono un bacino di popolazione omogeneo per collocazione geografica, accessibilità ai servizi sanitari ed esposizione a fattori di rischio ambientale e sono momento di aggregazione delle AFT/équipe. Per particolari condizioni territoriali è possibile la costituzione di tali forme associative anche tra pediatri appartenenti a più Distretti della stessa Azienda. Esse sono fondamentale strumento per la realizzazione del Progetto Cure Primarie Pediatriche e, pertanto, la loro costituzione è finalizzata a:

- a) valutare specifici bisogni di assistenza della popolazione pediatrica;



- b) realizzare progetti di razionalizzazione, aderendo a proposte di Progetti-Obiettivo individuati dall'U.C.A.D;
- c) verificare gli effetti degli stessi;
- d) facilitare, attraverso la figura del suo rappresentante, la comunicazione fra singoli medici pediatri e Ufficio di Coordinamento Distrettuale per:
 - ◆ il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta nelle varie fasi del budget e la loro responsabilizzazione nel raggiungimento degli obiettivi individuati dall'UCAD;
 - ◆ la rilevazione di problemi emergenti nell'erogazione delle prestazioni di secondo livello.
- e) svolgere analisi e valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici condivisi finalizzati alla cura di patologie di particolare frequenza o rilevanza per la sanità pubblica nella fascia di età pediatrica individuati dall'UCAD con il sistema dell'audit e del confronto tra pari;
- f) cooperare ad analisi epidemiologiche ed analisi della domanda su richiesta della Direzione di Distretto o della stessa dall'Equipe finalizzate alla promozione del miglioramento dell'assistenza pediatrica e della sua integrazione con altre figure sanitarie operanti nel Distretto;
- g) analizzare i periodici report di analisi dei bilanci di salute forniti dall'Azienda per valutare l'incidenza di particolari patologie e/ o stili di vita scorretti;
- h) favorire momenti di integrazione tra pari e con le altre figure sanitarie finalizzati all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici nell'ottica della realizzazione del Governo Clinico nelle sue varie articolazioni.

3. Per problemi di interesse collettivo della popolazione, relativamente alle diverse fasce di età, definiti all'interno dell'UCAD, di comune accordo tra il Direttore di Distretto ed i Referenti delle Equipes pediatriche e di medicina generale, possono essere occasionalmente previste riunioni congiunte.

4. Per la realizzazione delle attività di cui al presente articolo, a ciascun pediatra dell'Equipe viene riconosciuta una quota capitaria annua di € 6,00.

5. In particolare per la realizzazione dei punti b), c), d) a ciascun pediatra dell'Equipe viene riconosciuta una quota pari a € 4,00 e per quanto previsto ai restanti punti, verrà riconosciuta una quota pari a € 2,00. Le AA.SS.LL. procederanno ad erogare mensilmente come acconto 1/12 di € 3,00 per ogni assistito (pari al 75 % della quota di € 4,00) salvo conguaglio a saldo, a seguito di verifica dell'effettiva realizzazione degli obiettivi, così come previsto ai succitati punti b), c), d). Parimenti le AA.SS.LL. erogheranno mensilmente 1/12 di € 2,00 spettanti per i restanti punti, previa però verifica dell'effettiva presenza.

6. Le équipes di riferimento delle AFT pediatriche dovranno essere composte, di norma, da almeno 10 pediatri di libera scelta fatte salve specifiche realtà aziendali. E' demandata alla competente ASL ogni potere di verifica e di controllo circa la sua regolarità funzionale.

7. All'interno dell'équipe i pediatri nominano un Referente con funzioni di raccordo e di collegamento organizzativo con l'Ufficio di Coordinamento Distrettuale. Il Referente ha altresì il compito di individuare metodologie di lavoro e momenti formativi comuni finalizzati alla realizzazione dei Progetti-Obiettivo, individuati dal Comitato Regionale e relative alla patologie croniche, obesità e disturbi dell'apprendimento del linguaggio. Tale referente si intende tale anche per l'AFT di riferimento.

8. Al referente di cui al comma 7 del presente articolo, per le funzioni previste dal presente Accordo, è corrisposto un compenso mensile forfetario omnicomprensivo di €. 220,00.

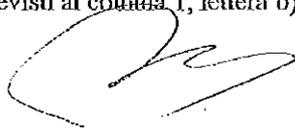


Art. 18 – ATTIVITÀ DELLE EQUIPE DI RIFERIMENTO

1. Ciascuna équipe (AFT) si riunisce di norma almeno una volta al mese.
2. È facoltà dei medici pediatri componenti dell'Equipe richiedere, attraverso il rappresentante dell' AFT stessa la disponibilità di un locale aziendale, individuato nell'ambito distrettuale per lo svolgimento della riunione.
3. Almeno una delle riunioni di ogni semestre potrà essere allargata agli operatori socio -- sanitari di riferimento dell'AFT (Inf. Prof., O.T.A, ADEST, Fisioterapisti, Assistenti Sociali, Medici di Distretto e medici dell'Emergenza Sanitaria 118)
4. L'Ufficio di Coordinamento Distrettuale concorda con il Referente dell'AFT gli obiettivi prioritari di Distretto.
5. L'eventuale non partecipazione alla progettualità comune determinerà la decurtazione di 1/12 della quota di € 2,00 prevista nel precedente articolo, viceversa l'assenza alle riunioni è giustificata per malattia, ferie, impegno sindacale .
6. In caso di mancata partecipazione alle attività di équipe/AFT e di ingiustificata assenza in tre consecutive riunioni mensili, è prevista per il medico pediatra inadempiente l'applicazione delle procedure disciplinari di cui all'art. 30 del vigente A.C.N.
7. Nell'ipotesi in cui nella AFT vi sia la partecipazione di uno o più sostituti (di titolari di scelta), nella valutazione inerente al raggiungimento degli obiettivi concordati dovrà essere considerata anche l'attività da questi svolta.

ART. 19 – FONDO PER LE ATTIVITA' DISTRETTUALI

1. In ogni Distretto, per consentire il finanziamento dei Progetti di cui all'art. 25 dell'A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta, è costituito un apposito "Fondo per le Attività Distrettuali" finanziato per il periodo di vigenza del presente Accordo con una quota capitaria annua pari a € 1,00 per ciascun residente in età 0-14 anni (essendo tale quota destinata a un miglioramento della qualità assistenziale di tale fascia di età, e da intendersi su tutta la popolazione residente e non solo su quella in carico ai pediatri di famiglia).
2. Ogni ASL potrà implementare tale Fondo con risorse proprie compatibilmente con le risorse assegnate, in ogni caso la destinazione di tale fondo dovrà essere decisa e messa a budget entro l'anno solare.
3. Nel caso in cui le razionalizzazioni producano un risparmio certificato, il 50 % dello stesso dovrà essere reinvestito nel Fondo di cui al comma 1 del presente articolo, per finanziare ulteriori processi di miglioramento dell'assistenza distrettuale.
4. Il Fondo potrà essere impiegato per retribuire attività di pediatri di libera scelta concordate a livello distrettuale e finalizzate al raggiungimento di obiettivi di razionalizzazione ulteriori a quelli previsti al comma 1, lettera b) dell'art.19 del presente Accordo.

AAI - 



5. Ove non sia possibile certificare direttamente la quantità e/o la qualità dell'attività svolta dai singoli medici pediatri nel perseguimento degli obiettivi programmati, il compenso dovrà essere strutturato e ripartito sulla base di pre-definiti indicatori di processo e di risultato. Nessun incentivo potrà essere riconosciuto al singolo pediatra a titolo di premio per gli eventuali risparmi ottenuti dalle razionalizzazioni realizzate.

ART. 20 – CONTINUITA' ASSISTENZIALE

In ordine alle indicazioni contenute nel piano Sanitario Regionale ed in quello Nazionale, al fine di offrire alla popolazione pediatrica la possibilità di presa in carico per le più comuni problematiche dalla Pediatria di Famiglia ovviando così al ricorso improprio ai servizi di pronto soccorso, si concordano due strumenti fondamentali: la contattabilità telefonica e l'attivazione al sabato e nei prefestivi di punti di assistenza pediatrica territoriale (PAPT)

A) LA CONTATTABILITÀ TELEFONICA

1. Nella fascia oraria dalle 10,00 alle 19,00, ad integrazione della disponibilità prevista dall'art. 46 ACN e al fine di realizzare un adeguato servizio di continuità dell'assistenza pediatrica ai propri assistiti nei giorni feriali e in orario diurno, i pediatri convenzionati garantiscono una contattabilità telefonica, anche tramite sistemi o servizi di segreteria. Nel caso di impossibilità di risposta immediata il pediatra provvederà a richiamare l'utente entro un tempo ragionevole di norma (non comunque superiore a 60 minuti) dalla chiamata, nell'orario di apertura del proprio studio, essendo di fatto il medico fisicamente raggiungibile l'utente potrà contattare il pediatra secondo le normali modalità previste nella carta dei servizi rilasciata all'assistito.

2. Tale contattabilità è finalizzata a fornire alla famiglia dell'assistito un'adeguata risposta in riferimento alla problematica assistenziale motivo del contatto. Il pediatra garantisce l'assistenza tramite la consulenza telefonica, e fruisce anche dell'opportunità di inviare il bambino ad un pediatra dell'AFT di riferimento o, se lo ritiene necessario, direttamente all'ospedale di riferimento anche con il ricorso al servizio di emergenza facente capo al 118.

3. La contattabilità telefonica non comporta l'obbligo per il Sanitario contattato dell'espletamento di una eventuale visita entro la giornata, ma, qualora dal sanitario stesso ritenuta necessaria e indifferibile, dovrà essere effettuata secondo il disposto del comma precedente.

B) PUNTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA TERRITORIALE SABATO

1. Con l'obiettivo di potenziare l'assistenza pediatrica sul territorio intensificando la continuità delle cure pediatriche e l'uniformità dei comportamenti prescrittivi nonché di ridurre i ricoveri ospedalieri impropri e l'uso incongruo dei pronti soccorsi per i codici bianchi e verdi si istituiscono i PAPT gestiti dalla rete delle cure primarie che opereranno in sedi distrettuali nella giornata di sabato con orario 10/13 con personale infermieristico di supporto fornito dalle stesse aziende, nonché dell'indispensabile materiale per un primo corretto self help diagnostico (stick urine, sbea test, pulsiossimetro, determinazione quantitativa della PCR, determinazione quantitativa della glicemia). La partecipazione a tale attività è obbligatoria per i pediatri di libera scelta al fine di garantire una corretta copertura dei turni. Al fine di regolamentare la corretta organizzazione e l'efficace funzionamento del PAPT è prevista un'attività di coordinamento e di tutoring da parte dei pediatri di famiglia che eleggeranno un loro rappresentante a tal fine.



2. Per una corretta funzionalità di tale sistema è indispensabile una rapida messa in rete, a carico delle ASL, di tutti i pediatri di quel distretto afferenti al PAPT e del centro stesso così da garantire da parte del medico di turno la possibilità di registrazione elettronica diagnosi, prestazioni eseguite e terapia prescritta non solo nei registri della sede ma anche direttamente nei software di gestione dello studio del pediatra a cui afferisce il bambino visitato. Verrà comunque rilasciato al paziente un referto contenente la prestazione effettuata, la terapia prescritta e gli eventuali suggerimenti di follow up.

3. Il pediatra incaricato del servizio, qualora ne ravvisi la necessità, allerta direttamente il servizio di urgenza ed emergenza territoriale. In nessun caso al medico pediatra di turno nel PAPT può essere richiesta visita domiciliare che resta di competenza del servizio di Continuità Assistenziale dalle ore 8 del mattino, unicamente nei Distretti dove vengono attivati i PAPT. I medici della Continuità Assistenziale, in caso di necessità, potranno avvalersi della consulenza telefonica del pediatra in quel momento presente nella struttura.

4. Il medico che non può svolgere il servizio si impegna, di concerto con il referente, a cercare un eventuale sostituto con priorità a specialisti in pediatria inseriti in graduatoria.

5. Fermo restando a carico del medico l'obbligo di assicurarsi per responsabilità civile per danno ingiusto cagionato a terzi, le aziende devono assicurare i medici che svolgono tale servizio contro gli infortuni subiti a causa od in occasione di tale attività.

6. Le Parti concordano che ove fosse reperita la disponibilità economica da parte della Regione si potrebbe prevedere per le giornate del sabato una seconda apertura, alle medesime condizioni economiche, pomeridiana dalle 15 alle 18, a maggior garanzia delle necessità assistenziali della popolazione pediatrica piemontesi.

7. Per lo svolgimento delle attività connesse ai PAPT ciascuna Azienda Sanitaria dispone dell'importo annuo, di € 1.548,00, da moltiplicare per il numero dei pediatri di libera convenzionati iscritti negli elenchi.

8. Qualora il progetto PAPT, per le peculiarità territoriali, risulti irrealizzabile o inefficace le Aziende Sanitarie Locali sono comunque tenute a destinare tale finanziamento per l'esecuzione dei progetti finalizzati ad assicurare la continuità e la capillarità dell'assistenza pediatrica. Tali progetti dovranno essere presentati dal Comitato Aziendale *ex art. 23 ACN* al Comitato Regionale *ex art. 24 ACN* per la relativa approvazione.

9. Tale progetto è sottoposto alla condizione risolutiva dell'emanazione delle disposizioni attuative di cui al comma 6 e 7 del D.L. 13 settembre 2012 n. 158, convertito, con modificazioni, con Legge 8 novembre 2012, n. 189. In tale ipotesi, le risorse resisi disponibili saranno oggetto di rinegoziazione tra le parti.

ART 21 - TAVOLO DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE



1. Le Parti convengono sull'opportunità di integrare il tavolo di confronto permanente, già previsto per la medicina generale, attraverso la partecipazione delle figure professionali operanti nell'area della pediatria di libera scelta ai fini di una maggior agilità e omogeneità decisionale anche in ragione di un ottimale approfondimento tecnico in merito ai temi e agli obiettivi che il vigente A.C.N. affida alla contrattazione regionale e quindi all'organizzazione dell'assistenza sul territorio, al tema dell'appropriatezza prescrittiva in rapporto ai carichi burocratici inutili e a quello della domiciliarità.

2. Il TAVOLO PERMANENTE DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE, presieduto dall'Assessore Regionale alla Sanità o da suo delegato, è formato pariteticamente da rappresentanti delle Aziende Sanitarie e dal Responsabile del Settore Regionale Assistenza Ospedaliera e Territoriale competente per materia e da rappresentanti delle OO.SS. di categoria, firmatarie del presente Accordo Regionale, analogamente a quanto previsto per la formazione del tavolo di trattative.

3. Il TAVOLO PERMANENTE DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE si articola su cinque settori:

- **obiettivi della negoziazione regionale:** realizzazione degli obiettivi fissati dagli articoli 4 e 5 del vigente ACN, in particolare su organizzazione sperimentale della continuità dell'assistenza sul territorio.
- **appropriatezza prescrittiva e burocratica:** coinvolgimento e responsabilizzazione in campo di appropriatezza, di tutti i soggetti prescrittori del S.S.N.; rimozione degli ostacoli burocratici diagnostico-terapeutici; rimozione dei doppi percorsi terapeutici e assistenziali del paziente; integrazione ospedale e territorio; realizzazione di iniziative sperimentali e monitorate mirate all'estensione dell'affidamento del ricettario SSN anche a soggetti prescrittori, diversi operanti nell'ambito del SSN. Forme di responsabilizzazione del settore specialistico privato, in merito alla prescrizione.
- **cure domiciliari:** definizione e risoluzione delle problematiche inerenti l'ADP e l'ADI.
- **liste d'attesa:** introduzione di modelli operativi sperimentali basati su nuove tecnologie e schemi organizzativi per mantenere risposte appropriate sul territorio e attenuare le liste d'attesa; stabilire reti ospedale-territorio.
- **bilanci di salute:** definizione del corretto svolgimento del percorso "Salute Infanzia" e della valutazione degli out come emersi dall'analisi dei dati estrapolati al fine di evidenziare criticità e problemi inerenti l'età evolutiva, nonché la relativa sostenibilità economica.

Il TAVOLO PERMANENTE DI CONFRONTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE sarà formato entro giorni 30 dalla pubblicazione del presente Accordo Regionale per l'immediata operatività e potrà essere convocato dalla parte pubblica o anche su richiesta solo da una delle OO.SS. di categoria avente titolo.

ART. 22 – AREA DI FORMAZIONE IN PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

1. In considerazione del fatto che (art. 20 comma 4 del ACN 2005 s.m.i) le Regioni, soggetti istituzionali principalmente interessati alla corretta ed adeguata formazione dei medici pediatri di libera scelta che operano nel SSN, assumono un ruolo di primo piano in questo importante processo e considerato inoltre che è di primario interesse per il SSR promuovere la formazione dei propri operatori nonché garantirne la qualità, la coerenza e l'efficacia formativa rispetto agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, con il presente Accordo si istituisce l'Area di Formazione Regionale per la Pediatria di Libera Scelta.



2. L'Area in questione viene costituita quale riferimento e ausilio per gli organismi regionali istituiti nell'ambito del sistema di governo della formazione continua in medicina (Osservatorio regionale sulla qualità, Comitato per l'Educazione Continua in Medicina - ECM-, Commissione ECM).

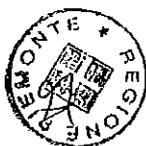
Il Comitato ECM per la programmazione della formazione si avvarrà degli indirizzi individuati dall'Area, mentre l'Osservatorio regionale ricorrerà alla sua collaborazione per l'analisi dei dati e il monitoraggio sulla qualità della formazione.

Quanto sopra in una visione di governo complessivo della formazione rivolta a tutto il personale sanitario che opera a livello regionale.

Gli obiettivi dell'Area di Formazione Regionale per la Pediatria di Libera Scelta sono:

- definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale, nonché di monitoraggio di un efficace sistema istituzionale di formazione professionale medica permanente, mirato alla formazione nel campo della pediatria di famiglia e compiti ad essa collegati;
- stabilire annualmente il numero dei docenti e degli animatori di formazione necessario per il regolare svolgimento delle attività formative, i criteri di selezione dei Pediatri di Libera Scelta ed operare la selezione sulla base di criteri stabiliti;
- definire le necessità formative dei pediatri di libera scelta che svolgono attività didattica (animatori di formazione e docenti);
- promuovere attività di ricerca e sperimentazione in Pediatria di Libera Scelta;
- proporre attività di formazione ECM;
- collaborare a definire i criteri e i requisiti dei soggetti delegati alla formazione nel campo della Pediatria di Libera Scelta (Provider, Società Scientifiche, Enti organizzatori di eventi, etc.).

3. La Regione Piemonte, in quanto interessata alla corretta ed adeguata formazione dei Pediatri di Libera Scelta, assume un ruolo di primo piano in questo importante processo, per garantirne coerenza ed efficacia. A tal fine, viene definito un budget annuale pari ad €. 287.202 (equivalente allo 0,7 % del compenso a quota fissa) a garanzia del debito formativo annuale così come previsto dall'art.20, comma 8, dell'ACN vigente. Tale Fondo, gestito dalla Regione Piemonte direttamente e/o tramite Aziende Sanitarie, può essere finalizzato con quota parte alla stipula di apposite convenzioni con Enti di Diritto Pubblico di Ricerca accreditati per tale scopo.



Aggiornamento delle disposizioni dell'Accordo Regionale

Considerato che le disposizioni del presente Accordo si inseriscono nell'attività regionale di programmazione socio-sanitaria in continua evoluzione e che pertanto è necessario prevedere modalità e percorsi per adeguare l'Accordo Regionale medesimo ad eventuali cambiamenti del SSR e al fine di garantire la corretta applicazione da parte delle Aziende del dettato degli accordi, si concorda di assegnare tale compito al Comitato Regionale ex art.24 dell'ACN vigente che di fatto opererà perciò anche con il ruolo di "osservatorio permanente" attraverso l'adozione dei relativi pareri sulle materie di propria competenza.

NORMA FINALE N.1

Istanze giacenti per forme associative e personale di studio

1. Le istanze giacenti presso il competente Comitato Regionale dell'Assessorato alla Salute relative alle forme associative e al personale di studio saranno esaminate con priorità, in ordine cronologico di presentazione, senza ulteriori incombenze burocratiche da parte del medico pediatra interessato, fatte salve, ovviamente, eventuali variazioni nei requisiti dell'istanza già presentata.
2. Per tali istanze, la decorrenza economica avrà effetto a partire dalla data di rilascio del nulla-osta regionale di competenza del Comitato Regionale.

NORMA FINALE N.2

Assistenza Ambulatoriale a soggetti con patologia cronica

1. Si concorda di approvare il percorso assistenziale di cui all'Allegato E) bis dell'ACN vigente così come previsto all'articolo 3 lasciando facoltà alle Aziende Sanitarie Locali di attivare tale percorso in funzione delle proprie specifiche esigenze territoriali.

NORMA FINALE N.3

Criteri di appropriatezza e visite domiciliari

Le Parti concordano sulla necessità di demandare al Tavolo di cui all'art. 22 del presente Accordo la definizione dei criteri di appropriatezza della richiesta e dell'effettuazione di visite domiciliari nonché l'impegno a dare massima diffusione delle determinazioni assunte alle parti interessate.

NORMA FINALE N.4

Diffusione standards assistenziali

Le Parti concordano che, al fine di uniformare sul territorio regionale gli standards assistenziali pediatrici, le Aziende Sanitarie, in accordo con i pediatri, debbano dare massima diffusione circa gli orari degli studi medici, le modalità di accesso, le forme associative con i relativi compiti nonché il concreto utilizzo della contattabilità telefonica.

NORMA FINALE N.5

Distribuzione territoriale degli ambulatori

Eventuali situazioni riguardanti distribuzioni di ambulatori individuali che possano essere in contrasto con il presente Accordo verranno esaminate dal Comitato Regionale ex art.24 ACN.

NORMA FINALE N. 6

In considerazione delle criticità legate al bilancio dell'anno 2013 - che non consentono di far fronte a ulteriori oneri, ancorché dovuti - gli effetti economici derivanti dal presente Accordo che corrispondono agli "incrementi 2010", di cui all'art. 10 ACN PLS dell'8 luglio 2010 (anno 2010: arretrati; anni 2011/2012/2013: costi AIR), potranno essere erogati, a partire dall'esercizio finanziario 2014.



PROGETTO SALUTE INFANZIA

BILANCI DI SALUTE		OBIETTIVI		
ETA'	INTERVENTO	EDUCAZIONE SANITARIA	PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE	AZIONE ESECUTIVA
15/30 gg	Esame fisico, misurazione peso lunghezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Favorire l'allattamento al seno Prevenire le SIDS		Sostegno alle madri e linee guida posizione corretta nel sonno
2/3 mesi	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti da trasporto in auto Prevenzione complicanze da fumo passivo Sostegno all'allattamento al seno	Promuovere i livelli di copertura per le vaccinazioni previste dai calendari vaccinali	Linea guida: -trasporto sicuro in auto -fumo passivo -aspetti nutrizionali Consenso informato sulle vaccinazioni Informazioni reazioni avverse ai vaccini
4/5 mesi	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti domestici Svezamento	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Linea guida: caduta e pericoli sul fasciatoio Linee guida alimentari Consenso informato sulle vaccinazioni Informazioni reazioni avverse ai vaccini
8 mesi gratuito	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e	Prevenzione incidenti domestici Sostegno alla genitorialità		Linee guida pericoli da caduta, soffocamento, ecc. Linee guida alla lettura ad alta voce



	sensoriale			
11/12 mesi	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione infortuni Prevenzione disturbi alimentari sovrappeso ed obesità Sostegno alla genitorialità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Presentazione MPR e recupero ritardi vaccinali Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei Linee guida nutrizionali Linee guida alla lettura ad alta voce
15/18 mesi	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale <i>Screening per autismo (CILAT)</i>	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari sovrappeso ed obesità Sostegno alla genitorialità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Presentazione MPR e recupero ritardi vaccinali. Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei. Linee guida nutrizionali. Linee guida alla lettura ad alta voce
2/3 anni gratuito	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari sovrappeso ed obesità Prevenzione carie	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc. Linee guida nutrizionali. Recupero ritardi vaccinali. Linee guida igiene orale.
3 - 4 anni	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale Valutazione linguaggio Ispezione arti inferiori e valutazione caratteristiche della	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari sovrappeso ed obesità Prevenzione carie Promozione attività sportiva	Recupero dei ritardi vaccinali	Linee guida nutrizionali Linee guida igiene orale



[Handwritten signature]

	marcia			
5 - 6 anni	<p>Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica</p> <p>Valutazione psicomotoria e sensoriale</p> <p>Valutazione linguaggio</p> <p>Ispezione arti inferiori e valutazione caratteristiche della marcia</p>	<p>Prevenzione incidenti</p> <p>Prevenzione disturbi alimentari sovrappeso ed obesità</p> <p>Prevenzione carie</p> <p>Promozione attività sportiva</p>	<p>Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali</p>	<p>Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale</p> <p>Linee guida nutrizionali</p> <p>Linee guida igiene orale</p>
8 - 9 anni	<p>Esame fisico, misurazione peso e altezza.</p> <p>Valutazione psicomotoria e sensoriale.</p> <p>Valutazione linguaggio e scolarità.</p> <p>Ricerca primi segni di sviluppo puberale. Valutazione apparato dentale per carie e prob. ortodontici.</p>	<p>Prevenzione sovrappeso ed obesità con la promozione di corretti stili di vita.</p> <p>Promozione dello sport.</p>	<p>Indagine sul completamento del calendario vaccinale e recupero eventuali ritardi</p>	<p>Linee guida sicurezza stradale.</p> <p>Linee guida alimentazione e igiene orale.</p> <p>Valutazione del rachide.</p> <p>Podoscopia</p> <p>Decisione di eventuale intervento calcagno stop</p>
12 - 14 anni	<p>Peso, altezza, scheletro, malocclusioni P.A.</p> <p>Sviluppo puberale</p> <p>Valutazione problemi relazionali scolastici e/o comportamentali</p>	<p>Prevenzione degli incidenti</p> <p>Corretti stili di vita</p> <p>Promozione attività sportiva</p>	<p>Recupero Vaccini anti-epatite- MPR e varicella anamnesticamente negativi</p>	<p>Linee guida: sicurezza in bicicletta</p> <p>Obesità e disturbi alimentari</p> <p>Linee guida stili di vita</p> <p>Presentazione varicella</p> <p>Valutazione del rachide</p>




PROGETTI-OBIETTIVO IN PEDIATRIA

1. Nell'interesse primario dell'utenza, per potenziare l'assistenza pediatrica di primo livello, al fine di perseguire la riduzione delle liste di attesa e fornire al cittadino una risposta più veloce e più facilmente fruibile, si dispone che le AA.SS.LL. possano utilizzare, tra i pediatri con esse convenzionati, coloro i quali risultino in possesso di una seconda specialità universitaria o titoli equipollenti per effettuare prestazioni previste nell'ambito di Protocolli aziendali finalizzati alla realizzazione di Progetti-Obiettivo per i propri assistiti e per quelli che i propri colleghi destinano loro.

2. Essendo noto, sulla base delle evidenze scientifiche, come uno screening sia efficace solo se raggiunge almeno l'85% dei soggetti a cui è diretto, si dispone che, nell'ambito delle associazioni, i professionisti pediatri che dichiarino maggiore disponibilità, possano vicariare, previo accordo con le AASSLL, altri professionisti pediatri convenzionati dichiaratisi indisponibili. Dovrà essere concordata tra questi professionisti la lista pazienti cui deve essere effettuato lo screening in orari definiti e su appuntamento presso lo studio del pediatra vicario; tale meccanismo è finalizzato al raggiungimento dei tetti previsti per la realizzazione del Progetto-Obiettivo.

3. Tali prestazioni sono remunerate secondo le tariffe previste dal nomenclatore tariffario di cui all'Allegato B) del vigente ACN.

4. Le attività dovranno essere concordate con il Direttore di Distretto e regolamentate entro un ambito orario che non interferisca con la normale attività convenzionata; la sua diffusione sarà poi discussa ed effettuata all'interno delle Associazioni Funzionali Territoriali.



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Di...'. The signature is fluid and cursive.

ALLEGATO 3)

FONDO A RIPARTO EX ART 45 ACN PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA DEL 15/12/05
S.M.I.

1. A far data dall'entrata in vigore del presente Accordo Regionale, determinato il Fondo a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione di cui all'art. 58, lettera B) ACN 15/12/05 s.m.i in relazione alle percentuali massime autorizzabili di assistiti in ambito regionale, assistiti che al 31/12/2011 risultano essere 434.869, sia per le forme associative che per il personale di studio, si concorda quanto indicato nella seguente TABELLA:

VOCE	% ATTUALE IN REGIONE PIEMONTE	COSTO ATTUALE IN REGIONE PIEMONTE	% PREVISTA IN REGIONE PIEMONTE	COSTO PREVISTO IN REGIONE PIEMONTE	INDENNITA'
A) ASSOCIAZIONE	50,50% assistiti	€ 658.890	0	0	€ 3,00 per assistito
B) RETE (se garantito il collegamento informatico tra componenti)	3,26% assistiti	€ 40.925	3,26% assistiti	€ 40.925	€ 3,50 per assistito
C) GRUPPO	16,68% assistiti	€ 362.875	36,89% assistiti	€ 439.260 (2/3 di € 658.890) + € 362.875 = € 802.135	€ 5,00 per assistito
D) COLLABORATORE/STUDIO	26,55% assistiti	€ 577.280	36,65% assistiti	€ 219.630 (1/3 di € 658.890) + € 577.280 = € 796.910	€ 5,00 per assistito

Totale fondo alla data del 31 dicembre 2011 € 1.639.970,00

Allo stato non risulta autorizzabile alcuna istanza, in quanto la disponibilità del fondo è esaurita. In fase di monitoraggio semestrale verranno rilasciati i nulla-osta da parte del Comitato Regionale PLS qualora venga accertato un risparmio di spesa a seguito del registrato decremento della percentuale relativa all'associazione semplice.

Non essendo possibile *ex ante* una valutazione numerica, le parti concordano di destinare i 2/3 della cifra di € 658.890 alla costituzione delle medicine di gruppo e il residuo al personale studio, con facoltà per il Comitato Regionale, in fase di monitoraggio semestrale, di modificare l'indicata proporzione, nel caso in cui venga accertata una difforme tendenza di richiesta delle indennità economiche.



Letto, approvato e sottoscritto in originale

ASSESSORE REGIONALE ALLA TUTELA DELLA SALUTE E SANITA', EDILIZIA
SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E POLITICHE DELLA FAMIGLIA,
COORDINAMENTO INTERASSESSORILE DELLE POLITICHE DEL VOLONTARIATO

Ugo CAVALLERA.....

ORGANIZZAZIONI SINDACALI

FTMP.....

CIPE.....

Torino, li 12 A MAG. 2013



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Ugo Cavallera', written in a cursive style.