

PREMESSA

Il presente Accordo Integrativo Regionale integra l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di libera scelta (PLS) e regola l'attuazione di alcune sue parti.

Esso si applica a tutti i pediatri convenzionati con le ASL della regione, a norma dell'art. 8, comma 1 del D.L. 502/92.

Il quadro normativo di riferimento che regola i rapporti tra SSN e Pediatri di libera scelta è rappresentato da:

- D.L. n. 502 del 30.12.1992 e successive modifiche;
- D.M. n. 131/2000 (Progetto Obiettivo Materno-Infantile);
- D.P.C.M. 29/11/2001 Definizione Livelli Essenziali di Assistenza
- D.P.R. del 07/04/2006 (Piano Sanitario Nazionale 2006-2008);
- L.R. n. 11/2004 (Piano Sanitario Regionale 2004-2006).
- Accordo Collettivo Nazionale per i Pediatri di Libera scelta approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 15.12.2005;

In questo Accordo, come anche nell'ACN, la definizione di pediatra di famiglia è considerata equivalente a quella di pediatra di libera scelta.

Le parti concordano sulla validità di un SSR universale, equo e solidale quale organizzazione fondamentale per la tutela della salute di tutta la popolazione. Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti alla sua sostenibilità economica richiede, comunque, una riprogettazione del sistema delle cure primarie, con particolare attenzione ai servizi sanitari territoriali, anche attuando forme innovative di organizzazione del lavoro. Nel campo dell'assistenza ai soggetti in età pediatrica, è necessario, pertanto, ridefinire le funzioni dei pediatri di libera scelta al fine di creare un nuovo sistema di risposta ai bisogni di salute degli assistiti, riservando all'ospedale il proprio ruolo per le patologie che necessitano di ricovero.

La Pediatria di Famiglia è ormai diffusa capillarmente su tutto il territorio calabrese e si prende cura di gran parte della popolazione pediatrica fino all'età adolescenziale. L'attività del pediatra di famiglia ha contribuito al diffondersi della cultura sanitaria per l'infanzia ed al confronto con le strutture ospedaliere e con il sistema sanitario regionale in generale. Tuttavia, resta ancora molto da fare soprattutto sul piano dell'organizzazione dei servizi e delle prestazioni erogate.

In linea con il Piano Sanitario Regionale e l'attuale programmazione dell'Assessorato Regionale alla tutela della Salute, questo Accordo Integrativo Regionale, oltre a contribuire all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, ha come obiettivo il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e si inserisce nel processo di ottimizzazione delle risorse creando nel territorio le opportunità per soddisfare la maggior parte dei bisogni reali dei bambini e delle loro famiglie con riduzione del ricorso improprio alle strutture di secondo livello.

Sono punti essenziali del presente accordo:

- a) il sostegno e l'implementazione dell'attività di prevenzione attraverso la conferma del Progetto Salute Infanzia (bilanci di salute, prevenzione degli incidenti, promozione delle vaccinazioni, promozione di stili di vita salutari, educazione al corretto utilizzo dei servizi sanitari);

- b) l'elevazione degli standard organizzativi ambulatoriali mediante l'incentivazione del lavoro in forma associata, l'utilizzo del collaboratore di studio ed il miglioramento dell'accessibilità alla pediatria di libera scelta;
- c) il collegamento in rete dei pediatri con creazione di flussi continuativi di dati;
- d) il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva mediante l'uso razionale dei farmaci e della diagnostica strumentale e di laboratorio, in accordo con le linee guida di buona pratica clinica;
- e) la messa in atto degli strumenti necessari affinché l'assistenza ai soggetti con malattia cronica si sposti sempre più in ambito territoriale;
- f) la continuità delle cure attraverso la sperimentazione di diverse soluzioni (aumento dell'orario di apertura degli ambulatori, continuità assistenziale diurna prefestiva e festiva, contattabilità di un pediatra al di fuori dell'orario di ambulatorio);
- g) l'attivazione dei programmi di aggiornamento professionale e formazione permanente dei pediatri di famiglia di fondamentale importanza per il miglioramento qualitativo dell'assistenza pediatrica territoriale.

Per quanto riguarda le risorse economiche da impiegare, il presente accordo si compone:

- di impegni assunti a livello regionale in linea con quanto indicato nell'Accordo Collettivo Nazionale e, quindi, da porsi in essere obbligatoriamente presso tutte le Aziende;
- di progetti demandati alla valutazione delle singole Aziende, finalizzati a garantire la continuità dell'assistenza a livello territoriale e la deospedalizzazione mediante la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi delle cure primarie pediatriche; per questi progetti sono state individuati la metodologia e i requisiti fondamentali, nonché l'onere economico indicativo.

ISTITUTI NORMATIVI

SOSPENSIONE TEMPORANEA DALL'INCARICO PER LA PARTECIPAZIONE AD INIZIATIVE UMANITARIE (art. 18 ACN)

In base a quanto previsto dall'art. 18, comma 3 (*lett. f*), al fine di consentire ai pediatri di famiglia della nostra Regione la partecipazione ad iniziative di carattere umanitario, di solidarietà sociale ed a missioni di supporto alla pace, le parti concordano la corresponsione del compenso per il sostituto a carico dell'ASL di competenza, per un periodo fino a 30 giorni per anno e limitata ad un pediatra ogni dieci o frazione superiore a cinque operanti nell'Azienda.

Il compenso del sostituto sarà calcolato in base a quanto contenuto nell'allegato F dell'ACN, mentre al pediatra titolare verranno corrisposti gli eventuali compensi previsti dai singoli progetti.

Salvo casi particolari, come ad esempio la partecipazione ad iniziative di soccorso in caso di gravi calamità, la richiesta di sospensione dall'attività per tale motivo deve essere fatta dall'interessato almeno 30 giorni prima dell'evento ed autorizzata dall'ASL (*art. 18, comma 15*)

In caso di più richieste, vale la data di presentazione della domanda ed il criterio di rotazione tra i pediatri titolari di incarico inseriti nell'Azienda.

DIRITTI SINDACALI (Art. 21 ACN)

Ai pediatri di famiglia presenti nel Comitato Regionale Permanente, nei Comitati d'Azienda e nelle altre commissioni previste dall'ACN e dall'Accordo regionale è corrisposta per ciascuna seduta, un rimborso forfettario omnicomprensivo (anche per sostituzione) di € 200,00 lordi per seduta per gli organismi regionali e € 100,00 lordi per seduta per organismi aziendali e distrettuali.

Hanno diritto al suddetto rimborso nella misura prevista i pediatri che partecipano a:

- a) Comitato Regionale di cui all'art. 24;
- b) Comitati Aziendali di cui all'art. 23;
- c) gruppi di lavoro regionali e/o aziendali previsti dal presente accordo e/o deliberati dalla Regione o dall'Azienda;
- d) Ufficio di coordinamento dell'attività distrettuale;

Per la corresponsione del rimborso di cui ai precedenti commi, il medico presenta all'ASL di appartenenza la certificazione attestante la presenza nelle sedute.

In deroga a quanto stabilito dal comma 6 dello stesso articolo, si stabilisce che la comunicazione alla propria Azienda del numero di ore di sostituzione da parte dei rappresentanti sindacali sarà fatta con cadenza semestrale anziché mensile. La liquidazione del rimborso forfettario delle spese di sostituzione viene fatta direttamente al pediatra titolare dell'incarico con una voce specifica tra gli emolumenti mensili.

COMITATO AZIENDALE (Art. 23 ACN)

In ogni ASL è costituito un Comitato Aziendale permanente composto da tre rappresentanti dell'Azienda e tre rappresentanti indicati dalle OO.SS. firmatarie che abbiano almeno due iscritti nell'ambito del territorio della stessa Azienda. I rappresentanti sindacali dovranno essere designati tra i PLS convenzionati nella stessa ASL in numero di due per l'OO.SS. con il maggior numero di iscritti ed uno per la OO.SS. con minor numero di iscritti. La modifica di detta composizione può

essere richiesta al Direttore Generale dell'ASL da una delle OO.SS. sulla base della rilevazione del numero di deleghe effettuate al 31 dicembre dell'anno precedente. Il Direttore Generale individua nell'ambito dell'organizzazione dell'Azienda un funzionario che svolga le funzioni di segretario.

Funzioni e compiti del suddetto Comitato sono definiti dall'art. 23 dell'ACN.

Il Comitato è convocato ordinariamente dal segretario ogni mese o ogni qualvolta una delle parti lo ritiene necessario, con un preavviso di almeno 7 giorni. Per snellire le procedure relative alla programmazione delle sedute, il Comitato può avvalersi dell'istituto dell'auto-convocazione.

La mancata richiesta del parere di tale Comitato, nei casi in cui ciò è espressamente previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale o dal presente Accordo Regionale, costituisce motivo di illegittimità dell'atto adottato dall'Azienda. In ogni caso, il parere obbligatorio del Comitato deve essere espresso entro 30 gg. dalla richiesta.

Le sedute sono sempre valide, indipendentemente dal numero dei partecipanti.

COMITATO REGIONALE (Art. 24 ACN)

Il Comitato Permanente Regionale è composto da rappresentanti di parte pubblica designati dal competente Assessorato Regionale in numero pari ai rappresentati designati dalle OO.SS. firmatarie dell'Accordo Collettivo Nazionale. Le funzioni di segretario del Comitato saranno svolte dal funzionario preposto del servizio competente.

La rappresentanza sindacale è costituita dal segretario regionale o suo delegato di ogni sigla sindacale, più altri sei componenti individuati in modo proporzionale in base alla consistenza associativa verificata al 31 dicembre dell'anno precedente. Tutti i rappresentanti sindacali devono essere domiciliati nella nostra Regione.

Funzioni e compiti del suddetto Comitato sono definiti dall'art. 24 dell'ACN.

L'Assessore Regionale o suo delegato convoca il Comitato ordinariamente ogni tre mesi o ogni volta che una delle parti lo ritiene necessario, con un preavviso di almeno 7 giorni. Le sedute sono sempre valide, indipendentemente dal numero dei partecipanti.

PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA' (Art. 25 ACN)

Le AA.SS. dovranno istituire presso ogni Distretto, ove ancora non avessero provveduto, l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) composto dalle figure professionali di cui all'art. 25, comma 4.

L'UCAD dovrà essere rinnovato entro sei mesi dall'entrata in vigore dell'accordo regionale. Le procedure elettive saranno definite dal Comitato Regionale.

RESPONSABILITA' CONVENZIONALI - COLLEGIO ARBITRALE (Art. 30 ACN)

Il collegio arbitrale previsto dall'art. 30 è nominato con provvedimento regionale entro 30 gg dall'entrata in vigore dell'accordo regionale.

Due dei tre componenti di parte medica sono designati rispettivamente dalle segreterie regionali delle OO.SS. maggiormente rappresentative scelti tra i pediatri di famiglia di tutta la regione.

DIRITTO DI SCIOPERO (Art. 31 ACN)

Per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili ed urgenti, ai pediatri che esercitano il diritto di sciopero ai sensi e con le modalità dell'art. 31 dell'ACN, viene corrisposto un compenso pari al 30% degli emolumenti mensili, frazionati per giornata lavorativa.

RAPPORTO OTTIMALE (Art. 32 ACN)

La pediatria convenzionata è organizzata secondo ambiti territoriali costituiti da Comuni, da gruppi di Comuni o dall'intero Distretto, individuati dall'Azienda sentito il Comitato Aziendale. In ogni ambito devono essere inseriti almeno due pediatri in modo da garantire la libertà di scelta da parte dei genitori (*comma 5*). La scelta del pediatra può essere effettuata, di norma, tra tutti i pediatri inseriti nel Distretto.

Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente accordo, le Aziende Sanitarie, qualora non avessero già provveduto, dovranno adeguare gli ambiti territoriali alle norme anzidette, previo parere obbligatorio del Comitato Aziendale.

Il numero di pediatri inseriti in ogni ambito è determinato con le procedure previste dal comma 8 dell'art. 32 e dall'allegato C dell'ACN, considerando quanto previsto dal comma 11 dello stesso articolo.

Se in un determinato ambito tutti i pediatri inseriti sono al massimo delle scelte e non esiste un numero sufficiente di bambini di età 0-6 anni per individuare una nuova zona carente, l'Azienda, sentito il parere del Comitato Aziendale, chiede la disponibilità temporanea dei pediatri di tutto il Distretto ad acquisire scelte anche oltre il massimale, secondo quanto previsto dal comma 12 lett. a) dell'art. 39.

Nel caso in cui tale procedura risultasse insufficiente per garantire la copertura assistenziale, l'Azienda, sentito il parere obbligatorio del Comitato Aziendale, può proporre l'inserimento in quell'ambito di un altro pediatra. Tale richiesta necessita del parere finale del Comitato Regionale.

Qualora sussistessero le condizioni per la individuazione di una nuova zona carente, si procederà alla pubblicazione delle stesse sul BUR entro la fine dei mesi di Aprile e di Ottobre di ogni anno.

Per ciascun anno di riferimento è comunque possibile inserire un solo pediatra di famiglia per ambito territoriale dichiarato carente di assistenza.

COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (Art. 33 ACN)

La copertura degli ambiti carenti è effettuata secondo quanto disposto dall'art. 33 dell'ACN.

INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE (Art. 34 ACN)

Le modalità di conferimento dell'incarico di pediatra di famiglia e di apertura dell'ambulatorio sono quelle previste dall'articolo 34.

Si stabilisce che per l'apertura di ulteriori studi, possibile solo ed esclusivamente nel comune o nei comuni dell'ambito territoriale nel cui elenco il pediatra è iscritto, è necessario il

preventivo parere obbligatorio del Comitato Aziendale. Sono salvaguardate le situazioni in essere all'entrata in vigore del presente Accordo Regionale.

Il Pediatra di libera scelta titolare di convenzione da almeno un anno, può trasferire la residenza in altro Comune, anche non limitrofo, eleggendo il proprio domicilio nella zona assegnatagli presso il proprio ambulatorio.

SOSTITUZIONI (Art. 36 ACN)

Per sostituzioni brevi inferiori ai trenta giorni, i Pediatri di libera scelta potranno essere sostituiti anche da specializzandi in pediatria o disciplina equipollente o da medici in trattamento di quiescenza per attività convenzionata o dipendente dal SSN e che non abbiano superato i limiti di età previsti nell'art. 19, comma 1, lettera a, dell'ACN.

Si stabilisce che, nei casi in cui l'Azienda debba corrispondere i compensi direttamente al medico sostituto, il criterio di calcolo da adottarsi è quello indicato nell'allegato F dell'ACN e, precisamente, per ciascun giorno di sostituzione:

- pediatra sostituto: 55% del compenso di cui alla lettera A, commi 1 e 9 dell'art. 58, aumentato del 20% nei periodi maggiore morbidità individuati nei mesi di Dicembre, Gennaio, Febbraio e Marzo, e ridotto del 20% nei periodi di minore morbidità individuati nei mesi di Giugno, Luglio, Agosto, Settembre, più le prestazioni extra eseguite durante la sostituzione;
- pediatra titolare: la restante parte dei compensi di cui alla lettera A, commi 1 e 9 dell'art. 58 più gli altri compensi mensili.

Si conferma che, anche quando la sostituzione sia svolta da un medico sprovvisto di specializzazione in pediatria o disciplina equipollente, i compensi saranno sempre corrisposti secondo il trattamento economico previsto dagli accordi nazionale e regionale per la Pediatria di libera scelta.

INCARICHI PROVVISORI (Art. 37 ACN)

Al pediatra con incarico provvisorio in base a quanto previsto dall'art. 37, non possono attribuirsi ulteriori scelte al di fuori di quelle per le quali gli viene assegnato l'incarico ad eccezione di neonati che non possono essere attribuiti a nessuno degli altri pediatri dell'ambito per raggiunti limiti di massimale.

In riferimento a di quanto previsto dal comma 5, si precisa che le deroghe al massimale stabilite dall'art. 38 e ribadite nel successivo paragrafo, non concorrono al calcolo dell'eccedenza degli assistibili necessario per poter assegnare un incarico provvisorio.

MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI (Art. 38 ACN)

I pediatri iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 800 unità. Tale limite può essere superato in conseguenza della deroga di cui al comma 8 dell'art. 38 entro il 10% del massimale individuale (di 80 unità in caso di massimale 800).

Il limite di 880 unità può essere superato in caso di scelta relativa a soggetti in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto (art.38, comma 9). Tali scelte non sono soggette al parere del Comitato di Azienda se rientrano nello stesso Distretto, mentre necessitano del suddetto parere se sono fuori Distretto.

Gli assistiti che temporaneamente si trasferiscono in altra ASL, al loro rientro, possono scegliere lo stesso pediatra che li aveva in cura in precedenza indipendentemente dal numero delle scelte in carico allo stesso al momento della reiscrizione.

Il massimale dei pediatri che svolgono attività compatibili con l'iscrizione negli elenchi della Pediatria di libera scelta (art. 17, comma 1, lett. C) è ridotto in misura proporzionale al numero di ore settimanali impiegate per tali attività e precisamente di venti assistiti ogni ora. In ogni caso, la limitazione non può determinare una riduzione del massimale inferiore a 600 scelte che consente l'espletamento di 10 ore di attività compatibile. Coloro che all'entrata in vigore del presente Accordo, hanno un numero scelte inferiore a 600 ed un numero di ore superiore a 10, possono chiedere all'ASL la limitazione del massimale a 600 e mantenere tutte le ore, purché sia rispettato il rapporto di venti assistiti ogni ora, riducendole progressivamente con l'aumentare delle scelte in carico (es. 400 assistiti escluse le scelte di cui ai commi 10 e 13 sono compatibili con venti ore di attività). Sentito il parere del Comitato Aziendale, può essere concordata una graduale riduzione delle ore già in eccesso all'entrata in vigore del presente Accordo, al fine di limitare eventuali problemi di tipo assistenziale.

Non concorrono alla determinazione del massimale, le scelte temporanee (*comma 10*), tutti gli assistiti di età superiore a 14 anni e gli assistiti che hanno esercitato il diritto di revoca da un altro pediatra in ambiti in cui tutti i pediatri abbiano raggiunto il massimale (*comma 13*).

SCELTA DEL PEDIATRA (Art. 39 ACN)

La scelta del pediatra di famiglia può avvenire tra tutti i pediatri del Distretto. Eventuali deroghe per scelte extra-Distretto per motivi particolari (ricongiungimento familiare, situazioni geografiche locali, ecc.) devono essere sempre autorizzate dal Comitato Aziendale. Sono salvaguardate le scelte acquisite prima dell'entrata in vigore del presente accordo.

REVOCHE DI UFFICIO E MANTENIMENTO SCELTA DEL PEDIATRA (Art. 41 ACN)

In caso di trasferimento di residenza ad altra Azienda Sanitaria regionale od extra-regionale o di trasferimento all'estero, l'ASL di provenienza del paziente è tenuta a comunicare al pediatra la revoca entro tre mesi. In caso contrario, gli effetti economici della revoca non possono decorrere, comunque, oltre i tre mesi precedenti alla data della effettiva comunicazione (*comma 6*). Eventuali responsabilità derivanti dalla ritardata comunicazione della revoca saranno fatte valere a carico del funzionario responsabile dell'Azienda di competenza.

In caso di trasferimento di residenza dell'assistito all'interno della stessa Azienda, in Comune di altro ambito territoriale, la revoca si applica solo in presenza di nuova scelta in favore di altro pediatra operata dai genitori dell'assistito (*comma 7*).

L'ASL e/o il pediatra di libera scelta comunicano alla famiglia dell'assistito, almeno tre mesi prima, la revoca della scelta per compimento del 14° anno di età, informandola della possibilità di mantenere la scelta in favore del pediatra fino a 16 anni dietro semplice istanza firmata da uno dei genitori e controfirmata dal pediatra stesso. Tale domanda può essere consegnata materialmente all'ufficio preposto anche dal pediatra medesimo e non è soggetta al parere del Comitato di Azienda.

Nel caso in cui, per motivi contingenti, non venisse effettuata tempestivamente una nuova scelta a favore di altro medico da parte di uno dei genitori, l'assistito rimane in carico al pediatra fino ad un massimo di ulteriori tre mesi non prorogabili.

ELENCHI NOMINATIVI E VARIAZIONI MENSILI (Art. 43 ACN)

L'aggiornamento degli elenchi assistiti dovrà essere fatto mensilmente contemporaneamente con le variazioni mensili delle scelte e delle revoche.

L'aggiornamento dell'elenco assistiti e delle variazioni mensili, su richiesta del pediatra, può essere fatto anche per via telematica.

COMPITI DEL PEDIATRA (Art. 44 ACN)

Le funzioni, i compiti e gli obblighi del pediatra di famiglia sono quelli previsti dall'art. 44 dell'ACN e dal presente AIR.

Per consentire la presa in carico del neonato entro il primo mese di vita del bambino e la piena attuazione del Progetto Salute Infanzia, è opportuno che la scelta del pediatra venga effettuata dai genitori tempestivamente e, possibilmente, già prima della dimissione dall'ospedale con il supporto attivo delle unità ospedaliere e dei servizi distrettuali.

I compiti della pediatria di famiglia, assieme ai diritti ed ai doveri del pediatra e dei cittadini sono riassunti nella carta dei servizi che deve essere esposta in tutti gli studi pediatrici. La carta dei servizi è inserita nel libretto pediatrico regionale che accompagna tutti i soggetti in età pediatrica nati dal 01.01.96 in poi con le integrazioni previste per le attività ed i servizi erogati dalle forme associative.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE (Art. 55 ACN)

Oltre a quanto previsto dal presente accordo nel relativo paragrafo, gli accordi aziendali potranno prevedere delle forme sperimentali di continuità assistenziale sia sotto forma di consulenza ai medici del servizio di continuità assistenziale, sia come servizio effettuato direttamente dai pediatri.

Gli stessi accordi aziendali regolamenteranno la partecipazione dei pediatri alle attività di assistenza ai turisti nell'orario non di competenza del servizio di continuità assistenziale.

TRATTAMENTO ECONOMICO (Art. 58 ACN)

Entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie definirà le procedure per l'applicazione uniforme da parte di tutte le ASL di quanto contenuto nell'art. 58, lett. F, comma 3.

ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE (Art. 61 ACN)

Le attività territoriali previste dall'art. 61 (attività consultoriali, ecc.) vanno attribuite in via prioritaria ai pediatri di famiglia che non hanno raggiunto il massimale, sempre con il rapporto orario previsto per le attività compatibili (un'ora di attività ogni 20 assistiti).

ASSISTENZA IN ZONE DISAGIATE (Art.44, comma 2; Allegato G dell'ACN)

Tra in compiti del Pediatra di libera scelta rientra l'assistenza in zone disagiatissime o disagiate a popolazione scarsa.

I pediatri che alla data di pubblicazione dell'ACN, operano in zone riconosciute disagiate sulla base dei criteri previsti dal DPR 272/2002, conservano il diritto a mantenere l'assegnazione del compenso accessorio mensile di 516,45 euro.

I pediatri interessati al riconoscimento del loro ambito territoriale come zona molto disagiata, devono presentare all'ASL istanza corredata da tutti gli elementi utili per la valutazione:

- n° assistiti residenti nei vari Comuni o frazioni dell'ambito (certificata dal Distretto di appartenenza);
- distanze chilometriche degli abitati più periferici (certificate dall'Ufficio Tecnico Comunale);
- superficie complessiva di ogni Comune dell'ambito (certificata dall'Ufficio Tecnico Comunale);
- situazione orografica del territorio (certificata dall'Ufficio Tecnico Comunale).

Al fine di precisare meglio la definizione di zona disagiata, con diritto all'attribuzione del compenso accessorio nella misura anzidetta, si stabilisce che oltre a quanto indicato dall'allegato G dell'ACN, l'Azienda potrà considerare i seguenti criteri:

- n° di assistiti in carico inferiori a 600;
- popolazione rarefatta e sparsa;
- ambito territoriale comprendente più comuni;
- attività prestata in più ambulatori.

Sentito il parere obbligatorio del Comitato Aziendale, l'ASL da risposta all'interessato entro il termine previsto (v. Comitato Aziendale).

Tale indennità non rientra più nella ripartizione del fondo per gli standard organizzativi come in precedenza, per cui, prima dell'assegnazione della stessa ad altri pediatri, ogni ASL dovrà tenere conto del budget aziendale individuato per questa prestazione.

Dall'entrata in vigore del presente Accordo, il riconoscimento di nuove indennità di zona disagiata non è attribuibile ai pediatri che già percepiscono l'indennità di gruppo o associazione.

L'Azienda può verificare e sottoporre al parere vincolante del Comitato Aziendale la sussistenza nel tempo delle condizioni che hanno determinato l'attribuzione della suddetta indennità.

INDENNITA' DI COLLABORAZIONE INFORMATICA

L'accesso all'indennità di collaborazione informatica, prevista dall'art. 58 lett. B, è subordinato al riscontro del rispetto del 70% della gestione della scheda sanitaria individuale, della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche, delle richieste di prestazioni specialistiche e di quant'altro previsto dall'art. 58-B, comma 10, dell'ACN.

Tale riscontro dovrà essere effettuato da parte delle ASL, anche mediante il supporto della tessera sanitaria, di cui all'art. 50 del D.L. 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, valutando un arco temporale di almeno un mese, con esclusione dei mesi di luglio, agosto e dicembre, ferma restando la necessità del rispetto del 70% su base annua.

Eventuali riscontri negativi andranno sottoposti alla valutazione del Comitato Aziendale ex art. 23 al fine di individuare le cause che hanno indotto lo scostamento dall'obiettivo prefissato.

FONDO PER LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA

Al fine di incentivare il progressivo miglioramento degli standard organizzativi degli ambulatori dei pediatri di famiglia e la qualità delle prestazioni erogate, viene istituito un fondo regionale di riparto, previsto dall'art. 45 dell'ACN e destinato al pagamento delle indennità di pediatria di gruppo, pediatria in associazione e collaboratore di studio ai pediatri che ne hanno diritto.

Attualmente nella nostra Regione le suddette indennità, sono attribuite con i criteri contenuti nel DPR 272/2000 e nel successivo Accordo Integrativo Regionale del 04.08.2003 rispettivamente al 15% degli assistiti l'indennità per la pediatria di gruppo, al 40% degli assistiti l'indennità per la pediatria in associazione ed al 15% degli assistiti l'indennità per il collaboratore di studio.

In considerazione di quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale (cfr. Assistenza distrettuale, Associazionismo medico), nonché di quanto ribadito dalla Conferenza Stato-Regioni sull'opportunità di decentrare quanto più possibile l'assistenza sul territorio, la Regione Calabria si prefigge l'obiettivo di portare gradualmente al 100% la percentuale dei Pediatri di Famiglia che possano essere inseriti in una delle forme associative e che possano usufruire del collaboratore di studio.

Pertanto, si stabilisce di integrare il fondo previsto dall'art. 58 dell'ACN (lett. B, commi 1-2-3) portando i tetti per le suddette indennità rispettivamente al 65% degli assistiti per la pediatria in associazione, al 20% per la pediatria di gruppo ed al 30% per il collaboratore di studio.

Le domande per l'attribuzione dell'indennità per il collaboratore di studio già presentate in base al precedente accordo regionale e non accolte a causa del superamento del tetto previsto, possono essere accolte anche in deroga alla percentuale suindicata, purché all'entrata in vigore di questo accordo permangano le condizioni necessarie per il riconoscimento della stessa.

Si riconosce che il collaboratore di studio è una risorsa importante e indispensabile per una migliore organizzazione dell'ambulatorio pediatrico che consenta di elevare la qualità del servizio e la quantità delle prestazioni erogate. Pertanto, ogni anno, in sede di Comitato Regionale, verrà fatta una valutazione delle nuove richieste pervenute alle ASL relativamente all'utilizzo di nuovi collaboratori di studio da parte dei Pediatri di famiglia, al fine di valutare la necessità di ulteriori incrementi delle quote afferenti al fondo in oggetto.

L'indennità prevista dal comma 6, lett. B, dello stesso art. 58 per l'utilizzo di un infermiere professionale viene parificata con quella prevista per il collaboratore di studio, per cui ciascun pediatra potrà usufruire di una sola indennità indipendentemente dal fatto che il personale assunto sia infermiere o personale di segreteria. Il compenso è quello fissato di dieci euro/anno/assistito.

Il calcolo delle percentuali di attribuzione per ciascuna indennità continuerà ad essere effettuato, comunque, sempre a livello aziendale e non regionale in base al numero degli assistiti in carico ai pediatri di quell'ASL.

I pediatri interessati a richiedere le indennità suddette devono presentare domanda alla propria Azienda che dà risposta entro 60 giorni, sentito il parere del Comitato di Azienda che controllerà il rispetto delle percentuali previste per ciascuna indennità. I pediatri che già ne usufruiscono non devono ripresentare alcuna domanda in quanto si intende confermata l'indennità già attribuita rientrando, pertanto, nel calcolo delle percentuali.

CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DELLE INDENNITÀ

A) Indennità per Pediatria di Gruppo *(Art.58, lett. B, comma 4)*

I criteri di priorità per il riconoscimento delle nuove indennità per pediatria di gruppo sono:

- a) pediatri a cui non era stato riconosciuto il diritto secondo il precedente accordo a causa del superamento del tetto previsto;
- b) pediatri che richiedono di essere integrati in pediatrie di gruppo già riconosciute;
- c) pediatri che in gruppo contano un maggior carico di scelte.

B) Indennità per Pediatria in Associazione *(Art.58, lett. B, comma 4)*

I criteri di priorità per il riconoscimento delle nuove indennità per pediatria in associazione sono:

- a) pediatri a cui non era stato riconosciuto il diritto secondo il precedente accordo a causa del superamento del tetto previsto;
- b) pediatri che in associazione coprono tutto un ambito territoriale;
- c) pediatri inseriti in un ambito territoriale comprendente più comuni;
- d) pediatri che in associazione contano un maggior numero di scelte.

C) Indennità per collaboratore di studio *(Art.58, lett. B, comma 5)*

I criteri di priorità per il riconoscimento delle nuove indennità di collaborazione di studio sono :

- a) pediatri che già utilizzano il collaboratore di studio ed a cui non era stato riconosciuto l'indennità secondo il precedente accordo a causa del superamento del tetto previsto;
- b) pediatri con maggior carico di scelte.

Entro 30 giorni dall'accettazione della richiesta da parte dell'ASL, il pediatra dovrà produrre idonea documentazione comprovante l'utilizzo del collaboratore di studio assunto secondo il relativo contratto nazionale (dipendenti degli studi professionali o infermieri) e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio.

REGOLAMENTAZIONE DELL'ATTIVITA' IN FORMA ASSOCIATA (Art. 52 ACN)

L'obiettivo fondamentale dell'attività in forma associata prevista dall'art. 52 è quello di migliorare la qualità del servizio di assistenza pediatrica e l'accessibilità al servizio stesso.

Infatti, le forme associative possono migliorare l'efficacia delle prestazioni sotto il profilo della qualità perché consentono ai PLS di migliorare la organizzazione degli ambulatori, di avere più presidi diagnostici e terapeutici e di avere competenze condivise.

Nello stesso tempo, esse migliorano sicuramente l'efficienza del servizio perché favoriscono la creazione di un team di lavoro, che costituisce un valore aggiunto al rapporto fiduciario tra famiglia e singolo pediatra.

Le forme associative previste sono:

- pediatria di gruppo
- pediatria in associazione

La **pediatria in rete** (art. 52 commi 12 e 13) è un modulo aggiuntivo, complementare sia alla pediatria di gruppo che alla pediatria in associazione, che prevede il collegamento in rete di tutti gli studi in uso alla forma associativa di appartenenza del pediatra con sistemi informatici dotati di software compatibili in modo da consentire:

- a. il miglioramento della assistenza attraverso la conoscenza dei dati di tutti i pazienti in carico a pediatri facenti parte del gruppo o dell'associazione, grazie ad una cartella informatizzata scelta autonomamente dall'associazione a cui ogni pediatra può accedere quando presta la sua opera in favore degli assistiti degli altri colleghi;
- b. la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna al gruppo o all'associazione per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati;
- c. la trasmissione di dati epidemiologici alle strutture distrettuali e/o aziendali;
- d. la trasmissione di dati prescrittivi alle strutture distrettuali e/o aziendali;
- e. il collegamento al CUP aziendale per la prenotazione di esami o visite specialistiche;

Nel caso dell'associazione, in particolare, il collegamento in rete contribuisce a superare il limite legato alla dislocazione territoriale degli studi, avvicinandolo allo standard organizzativo della pediatria in gruppo.

Per questo modulo viene previsto un impegno di spesa complessivo di € 250.000,00 da ripartire in modo proporzionale tra le diverse ASL. .

PEDIATRIA DI GRUPPO (Art. 52, commi 8 e 9)

I requisiti e le modalità organizzative sono quelli previsti dall'articolo 52.

L'accordo di costituzione della pediatria di gruppo è depositato presso la Azienda Sanitaria e l'Ordine Provinciale dei Medici. Ne possono far parte soltanto pediatri che svolgono in modo esclusivo l'attività di pediatra convenzionato nello stesso ambito di scelta od in ambito confinante purché ricadente nello stesso distretto.

Nel caso in cui le condizioni oro-geografiche locali non consentano la costituzione del gruppo tra soli pediatri, è possibile anche un pediatra possa confluire in gruppo con uno o più medici di medicina generale. In tal caso, devono essere previsti locali visite e sale di attesa separate.

Nella pediatria di gruppo è prevista la presenza obbligatoria del collaboratore di studio e gli assistiti dei pediatri che ne fanno parte non concorrono al calcolo del tetto percentuale per l'indennità corrispondente. L'indennità per il collaboratore di studio va riconosciuta a tutti i pediatri del gruppo a condizione che sia rispettato l'impegno orario minimo di utilizzo del collaboratore per ogni singolo medico (art. 58, lett.B, commi 5 e 13).

All'interno del gruppo può adottarsi il criterio della rotazione interna per le sostituzioni. Il gruppo può avvalersi anche di sostituzioni esterne per la cui regolamentazione si fa riferimento all'allegato F dell'ACN.

Uno o più membri dell'associazione possono interrompere la stessa in qualsiasi momento, dandone comunicazione all'Azienda Sanitaria territorialmente competente con preavviso di novanta giorni.

Oltre alle prestazioni minime di base, ogni gruppo può organizzarsi per erogare prestazioni ulteriori come ad esempio:

- attività di continuità assistenziale diurna nei giorni feriali, nelle ore pomeridiane dei giorni prefestivi e mattina e pomeriggio nei giorni festivi;
- prestazioni diagnostiche;
- assistenza infermieristica, riabilitativa ambulatoriale e domiciliare;
- programmi di educazione sanitaria collettiva ed individuale;
- partecipazione a progetti obiettivi promossi dalla Regione o dall'Azienda o proposti e concordati dallo stesso gruppo;
- attività di formazione, accreditamento e tutoriale.

Tali prestazioni, con le relative indennità economiche spettanti a ciascun pediatra partecipante, vanno concordate a livello Aziendale.

Eventuali controversie sono sottoposte all'esame del Comitato di Azienda.

Per i gruppi già costituiti in base a quanto contenuto nel precedente accordo regionale, rimangono validi gli accordi di costituzione ed i relativi regolamenti già depositati presso l'ASL e l'Ordine dei Medici di competenza.

Trattamento economico

Il compenso aggiuntivo per l'attività effettuata sotto forma di pediatria di gruppo è quello previsto dall'art. 58, lett. B, comma 4.

Per il collegamento in rete dello studio unico e di tutti gli studi periferici viene corrisposto un compenso forfettario annuo di tre euro per ciascun assistito in carico per le attività previste dalle lettere **a)** e **b)** per paragrafo pediatria in rete; l'attività prevista dalla lettera **c)** rientra, invece, nella remunerazione del Progetto Salute Infanzia, mentre le funzioni di cui alle lettere **d)** ed **e)** faranno parte della contrattazione aziendale.

Alle forme di pediatria di gruppo che hanno solo una sede unica non spetta l'indennità della pediatria in rete.

PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE (Art. 52, comma 10)

I requisiti e le modalità organizzative sono quelli previsti dall'articolo 52.

L'accordo che costituisce la pediatria in associazione è depositato presso l'Azienda Sanitaria.

L'associazione può essere composta da due o più pediatri, da due o più gruppi oppure da un pediatra ed un gruppo, che svolgono l'attività nello stesso ambito territoriale o anche in ambiti diversi purché confinanti, qualora le condizioni di viabilità lo consentano e l'aggregazione comporti un evidente miglioramento nell'erogazione delle prestazioni. Resta inteso che, anche in tali casi, ad ogni pediatra potrà essere attribuita una sola indennità (gruppo o associazione).

E' possibile anche l'associazione tra uno o più pediatri ed uno o più medici di medicina generale. In tal caso, anche se l'ambulatorio pediatrico è situato nella stessa sede con quello di medicina generale, devono essere previsti di norma locali visite e sale di attesa separate. Questo tipo di associazione può costituire un esempio di collaborazione utile al passaggio guidato dell'adolescente dal pediatra al medico di medicina generale, assicurando quella continuità delle cure a cui si dovrebbe tendere al fine di garantire una migliore e più qualificata assistenza territoriale all'adolescente.

E' prevista l'esposizione, in ogni ambulatorio dell'associazione ed al suo ingresso, di una comunicazione ben visibile contenente l'indicazione di quali sono le sedi ove gli assistiti possono fruire delle prestazioni non differibili durante le ore di chiusura dell'ambulatorio del proprio medico.

L'indennità per il collaboratore di studio può essere riconosciuta a tutti i pediatri dell'associazione a condizione che sia rispettato l'impegno orario minimo di utilizzo del collaboratore per ogni singolo medico (*art. 58, lett.B, commi 5 e 13*).

Come per la pediatria di gruppo, anche all'interno di una associazione può adottarsi il criterio della rotazione interna per le sostituzioni.

Uno o più membri dell'associazione possono interrompere la stessa in qualsiasi momento, dandone comunicazione all'Azienda Sanitaria territorialmente competente con preavviso di novanta giorni.

Oltre alle prestazioni minime di base, ogni associazione può organizzarsi per erogare prestazioni ulteriori come ad esempio:

- attività di continuità assistenziale diurna nei giorni feriali, nelle ore pomeridiane dei giorni prefestivi e mattina e pomeriggio nei giorni festivi;
- prestazioni diagnostiche;
- assistenza infermieristica, riabilitativa ambulatoriale e domiciliare;
- programmi di educazione sanitaria collettiva ed individuale;

- partecipazione a progetti obiettivi promossi dalla Regione o dall'Azienda o proposti e concordati dallo stesso gruppo;
- attività di formazione, accreditamento e tutoriale.

Tali prestazioni, con le relative indennità economiche spettanti a ciascun pediatra partecipante, vanno concordate a livello Aziendale.

Eventuali controversie sono sottoposte all'esame del Comitato Aziendale.

Trattamento economico

Il compenso aggiuntivo per l'attività effettuata sotto forma di pediatria in associazione è quello previsto dall'art. 58, lett. B, comma 5.

Per il collegamento in rete di tutti gli studi di tutti i medici che compongono l'associazione viene corrisposto un compenso forfettario annuo di tre euro per ciascun assistito in carico per le attività previste dalle lettere **a)** e **b)** del paragrafo pediatria in rete; l'attività prevista dalla lettera **c)** rientra, invece, nella remunerazione del Progetto Salute Infanzia, mentre le funzioni di cui alle lettere **d)** ed **e)** faranno parte della contrattazione aziendale.

Attività di prevenzione ed educazione sanitaria

PROGETTO SALUTE INFANZIA

Il Pediatra di libera scelta si occupa della salute del bambino nella sua globalità e come tale non solo della diagnosi e cura delle malattie, ma anche della prevenzione.

Il Progetto Salute Infanzia ha l'obiettivo di indirizzare e uniformare l'attività di prevenzione del pediatra di famiglia e si articola in :

- A. un piano di visite filtro definite "Bilanci di salute" importanti per l'individuazione precoce dei soggetti affetti da handicap neuro sensoriali e psichici e l'attuazione di interventi di educazione sanitaria nei confronti dei propri assistiti rispetto ai rischi prevalenti per l'età evolutiva;
- B. il libretto sanitario pediatrico che contiene il diario clinico del bambino, le schede dei bilanci di salute e materiale di educazione sanitaria;
- C. esecuzione degli screening per l'udito e l'ambliopia;
- D. interventi di profilassi delle malattie infettive.

A) I Bilanci di Salute

Il Bilancio di Salute rappresenta un momento ideale per poter effettuare, direttamente sulla famiglia, interventi mirati di educazione sanitaria volta non solamente ad aumentare il livello di salute del singolo, ma anche all'utilizzo razionale e appropriato dei servizi sanitari (utilizzo appropriato del pediatra di famiglia, riduzione degli accessi impropri alle strutture di 2° livello ed a quelle di emergenza, risparmio dell'uso di farmaci, ecc.).

Il Bilancio di Salute è anche un elemento essenziale per la lettura dello stato di salute di tutta la popolazione pediatrica (con l'individuazione di tutte le maggiori problematiche dell'età infantile), utile per valutare i processi assistenziali e come elemento determinante del percorso assistenziale nella sua fase distrettuale.

Il Progetto Salute Infanzia prevede 10 visite filtro da eseguirsi nelle età e con le modalità specificate nelle due tabelle successive.

B) Il Libretto Pediatrico

Il Libretto Sanitario Pediatrico individuale già adottato per tutti i bambini nati dal 01.01.96 in poi, permette la conoscenza della sua storia naturale fin dal momento della nascita, le malattie da lui sofferte, gli interventi curativi.

Viene distribuito dalle Aziende Sanitarie al rappresentante legale del bambino al momento della scelta del pediatra ed è continuamente aggiornato dal pediatra medesimo nel corso degli interventi sanitari esercitati sul bambino. Viene conservato a cura del legale rappresentante del bambino e verrà consegnato al medico di medicina generale all'epoca del superamento dell'età di competenza pediatrica.

Il libretto è stampato a cura delle stesse Aziende mantenendo sempre le stesse caratteristiche del fac-simile a suo tempo trasmesso dall'Assessorato Regionale alla tutela della Salute.

E' un obiettivo della Regione, quello di dotarsi di una scheda sanitaria pediatrica unica di tipo informatico che sostituirà l'attuale libretto sanitario cartaceo, favorendo l'acquisizione e lo scambio dei dati statistici e sanitari.

C) Gli screening per l'udito e l'ambliopia

Poiché l'esecuzione degli screening neuro-sensoriali (udito e vista) viene già effettuata in gran parte della popolazione pediatrica, al fine di omogeneizzare ed ampliare l'intervento sulla totalità della popolazione infantile regionale, si stabilisce che gli screening dei difetti uditivi (BOEL test) e dei difetti visivi (Sterotest di Lang) possono essere eseguiti rispettivamente in concomitanza con l'effettuazione dei bilanci di salute del 10°-12° mese e del 24° mese. In caso di risposta dubbia o impossibilità di esecuzione, il test di Lang può essere eseguito e comunicato nel bilancio del 36° mese o del 48° mese registrando sempre l'esito sul libretto sanitario del bambino. Anche se ripetuto, il test sarà comunque liquidato una sola volta. Si stabilisce che queste prestazioni, rientrando nell'ambito del Progetto Salute Infanzia, non necessitano di autorizzazione sanitaria e vanno comunicate mensilmente all'Azienda col riepilogo dei bilanci di salute. Il compenso per tali prestazioni è quello stabilito dall'ACN (Allegato B).

D) La profilassi delle malattie infettive

Uno degli strumenti della medicina preventiva che nel corso degli anni è andato sempre più affinandosi è rappresentato dai vaccini.

Su queste basi, il calendario vaccinale della nostra regione prevede la somministrazione in età pediatrica dei vaccini contro le seguenti malattie: difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, morbillo, rosolia, parotite, infezioni invasive da emofilo B, varicella e infezioni da pneumococco e meningococco. Le prime quattro sono obbligatorie; le altre sono raccomandate con vario grado di intensità.

Dall'analisi della situazione epidemiologica della nostra regione riguardante le suddette malattie risulta che:

- a) la situazione delle malattie per le quali la vaccinazione dei nuovi nati è obbligatoria è attualmente molto buona: i tassi di copertura vaccinale sono alti e del tutto in linea con quelli delle altre regioni e dei paesi europei considerati all'avanguardia in tema di prevenzione vaccinale; la poliomielite e la difterite risultano eliminate; non sono da tempo segnalati casi di tetano neonatale e quelli negli adulti vanno progressivamente riducendosi man mano che crescono le coorti dei soggetti vaccinati; anche per l'epatite B la morbosità continua a decrescere, anche se si osserveranno ancora per un certo tempo le conseguenze delle infezioni contratte nel passato in termini di cirrosi ed epato-carcinoma primitivo.
- b) meno soddisfacente è invece la situazione per pertosse, morbillo, rosolia e parotite, per le quali l'immunizzazione non è obbligatoria e i tassi di copertura vaccinale sono molto al di sotto della media europea; per il morbillo, in particolare, il numero di casi malattia osservati ogni anno è ancora elevato e la morbosità mantiene le oscillazioni tipiche delle infezioni non controllate; la situazione è nettamente migliorata negli ultimi tre anni, anche per la maggiore sensibilizzazione sia degli operatori sanitari che dei genitori ed alla migliore sinergia tra centri vaccinali e pediatri di famiglia a cui ha contribuito in modo determinante proprio il Progetto Vaccinazioni Raccomandate portato avanti dai pediatri di famiglia
- c) molto scarse sono, al momento, le coperture per le nuove vaccinazioni (pneumococco, meningococco, varicella) che richiedono, pertanto, un impegno aggiuntivo di tutti gli attori per raggiungere le coperture delle altre regioni.

Ne deriva che un obiettivo di sanità pubblica nella nostra regione per i prossimi anni, sarà quello di migliorare la copertura vaccinale nei confronti di alcune malattie prevenibili con le vaccinazioni e per le quali le stesse non sono obbligatorie.

Per raggiungimento di questo obiettivo è assolutamente importante dotare tutte le ASL di anagrafi vaccinali informatizzate e collegate alle anagrafi della popolazione.

L'altro elemento fondamentale per una buona adesione al programma di immunizzazione, diventa il coinvolgimento dei Pediatri di libera scelta (PLS). Ad essi, infatti, si rivolgono i genitori per avere indicazioni sui trattamenti da effettuare, in particolare quando viene proposto qualcosa che esce dagli schemi previsti. Il loro parere sarà quindi il più delle volte determinante nell'orientare pro o contro la vaccinazione.

L'attività di promozione delle vaccinazioni da parte dei Pediatri di Famiglia, consta di diversi momenti :

- distribuzione di materiale divulgativo di informazione sulle vaccinazioni da consegnare ai genitori durante le visite filtro previste dal Progetto Salute Infanzia (bilanci di salute);
- controllo delle schedule vaccinali durante le stesse visite;
- promozione del consenso informato da parte della famiglia alla vaccinazione, fornendo tutte le informazioni necessarie, in accordo con la strategia vaccinale prevista dall'ASL;
- valorizzazione dei dati anamnestici del paziente candidato alla vaccinazione ai fini dell'approccio al programma vaccinale, con particolare riguardo all'individuazione di controindicazioni vere/false, relative/assolute alle vaccinazioni;
- contatto e sensibilizzazione dei soggetti "difficili da raggiungere" da parte del servizio vaccinazioni dell'ASL;
- raccolta delle informazioni e notifica dei casi di eventuali reazioni avverse alle vaccinazioni.

Per la migliore riuscita di questa parte del Progetto Salute Infanzia, le sigle sindacali firmatarie dell'accordo regionale e presenti nel Comitato Aziendale individuano per ogni ASL, un proprio PLS "referente per le vaccinazioni" che collaboreranno con la competente U.O. Aziendale e che cureranno i rapporti tra essa ed i PLS.

Entro trenta giorni dall'entrata in vigore dell'Accordo Regionale, i referenti aziendali comunicano al Dirigente dell'U.O. competente i nominativi dei pediatri che aderiscono a questa parte del Progetto Salute Infanzia. L'attività di esecuzione dei vaccini può essere effettuata solo dai pediatri che hanno aderito al progetto.

Il principale indicatore dell'attività svolta è rappresentato dal raggiungimento e dal mantenimento, tra gli assistiti di ogni singolo PLS, dei livelli di copertura per la vaccinazione anti-morbillo-rosolia-parotite. Più precisamente si individuano i seguenti obiettivi :

- **anno 2007** :

- a) 90% di copertura per la prima dose di MPR sugli assistiti delle coorti di nascita dal 1993 al 2004;
- b) 90% di copertura per la seconda dose sugli assistiti delle coorti di nascita 1998 e 1999;

- **anno 2008** :

- a) 90% di copertura per la prima dose di MPR sugli assistiti delle coorti di nascita dal 1993 al 2005;
- b) 90% di copertura per la seconda dose sugli assistiti delle coorti di nascita 2000 e 2001.

- **anno 2009** :

- a) 90% di copertura per la prima dose di MPR sugli assistiti delle coorti di nascita da 1993 al 2006;
- b) 90% di copertura per la seconda dose sugli assistiti delle coorti di nascita 2002 e 2003;

Per il 2006 l'indicatore da utilizzare per l'attribuzione dell'incentivo di due euro per assistito rimane quello per Progetto Vaccinazioni del precedente accordo regionale, mentre per gli anni successivi al 2009, gli indicatori verranno di volta in volta stabiliti dal Comitato Regionale per la Pediatria di libera scelta in base ai dati epidemiologici regionali.

Incentivi economici

Per i compiti e le attività previste dal Progetto Salute Infanzia al PLS viene riconosciuto :

- il compenso lordo di 12,91 euro, detratta la quota ENPAM a carico dell'ASL, per ciascun bilancio di salute eseguito;
- il compenso lordo annuo complessivo di 7,5 euro per la compilazione e l'aggiornamento del libretto sanitario individuale per i bambini nati dal 01.01.96;
- il compenso aggiuntivo annuo di 7,00 euro per ogni assistito in carico nato dal 01.01.1996 per la raccolta e fornitura dei dati epidemiologici e statistici;
- un incentivo annuo di un euro (1) per ciascuno dei due obiettivi da raggiungere per ogni assistito in carico al momento della verifica, per l'attività di promozione delle vaccinazioni;

Per la liquidazione dei compensi relativi ai bilanci di salute i PLS dovranno presentare entro il 15 di ogni mese il riepilogo delle prestazioni fatte nel mese precedente e la liquidazione deve avvenire entro il secondo mese successivo alla presentazione del riepilogo.

Si concorda che il bilancio di salute da effettuarsi al ragazzo adolescente prima del passaggio al MMG viene considerato tra i compiti retribuiti con la quota capitaria regionale (*art. 58, lett. B, comma 15*) e, pertanto, non va notificato ai fini del pagamento. La scheda per questo bilancio è quella presente nell'ultima pagina del Libretto Sanitario Pediatrico, viene compilata e consegnata al ragazzo al termine della visita e rappresenta una relazione utile a favorire la continuità delle cure tra pediatra e MMG.

Per il riconoscimento del compenso aggiuntivo relativo alla raccolta e fornitura dei dati epidemiologici, il PLS dovrà comunicare all'ASL il tipo di software utilizzato, idoneo alla raccolta e invio dei dati epidemiologici/statistici per la costituzione di una banca dati presso l'ASL e/o il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie. Tale comunicazione non è dovuta dai pediatri che già l'hanno fatta in base a quanto previsto da precedente accordo regionale e percepiscono il compenso per questa prestazione. I dati dovranno essere forniti per via telematica o su supporto informatico ogni qualvolta verranno richiesti dall'ASL.

I compensi per la compilazione e l'aggiornamento del libretto pediatrico e per la fornitura dei dati vengono erogati in dodicesimi assieme agli emolumenti mensili.

Per l'attribuzione degli incentivi per l'attività di promozione delle vaccinazioni, il PLS dovrà presentare alla propria ASL la dichiarazione di raggiungimento di uno o entrambi gli indicatori per l'anno in esame che darà diritto all'attribuzione del compenso rispettivamente di uno o due euro per ogni assistito in carico. Il controllo dei dati di copertura dovrà essere fatto a cura delle competenti U.O. delle AA.SS.

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo da parte di più del 50% dei pediatri dell'Azienda, comporta una riconsiderazione da parte del Comitato Aziendale delle modalità locali di offerta dei vaccini da parte dell'ASL con individuazione delle eventuali criticità organizzative. Qualora esse

siano attribuibili a responsabilità delle strutture dell'ASL, l'incentivo verrà assegnato lo stesso a tutti i pediatri partecipanti al progetto.

La Regione provvederà al monitoraggio ed all'acquisizione dei dati attraverso le competenti UU.OO. delle AA.SS.

E' demandata alla contrattazione aziendale la definizione delle modalità organizzative per l'attività di somministrazione, direttamente da parte dei PLS, dei vaccini raccomandati a tutti i soggetti in età pediatrica o consigliati a determinate categorie a rischio o al singolo soggetto, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano Nazionale Vaccini, al fine di raggiungere più rapidamente i livelli di copertura vaccinale ritenuti accettabili per prevenire la diffusione delle malattie infettive.

Infatti, tale attività deve essere organizzata in collaborazione con le competenti Unità Operative delle AA.SS.LL, con le quali vanno concordate, tra l'altro, le modalità di approvvigionamento e conservazione dei vaccini e il rilascio delle relative certificazioni.

Si stabilisce, comunque, che l'esecuzione delle vaccinazioni da parte del PLS può essere effettuata sia nel proprio ambulatorio che in altri locali messi a disposizione dall'ASL e che i vaccini verranno periodicamente forniti dall'ASL su richiesta del pediatra.

Il compenso per l'attività di esecuzione dei vaccini è confermato in dodici euro (dodici) per ogni vaccinazione eseguita, come nell'AR precedente, e per la sua attribuzione il pediatra partecipante dovrà presentare mensilmente all'ASL, assieme alle altre prestazioni della quota variabile, l'elenco di tutte le vaccinazioni raccomandate effettuate.

RIEPILOGO DEI BILANCI DI SALUTE INSERITI NEL PROGETTO SALUTE INFANZIA CON LE RISPETTIVE ETÀ DI ESECUZIONE

BDS	ETA'	Range di età
1°	1° mese	30 gg $\pm$ 15
2°	3° mese	90 gg $\pm$ 20
3°	6° mese	180 gg $\pm$ 30
4°	12° mese	12 mesi $\pm$ 2 mesi
5	24° mese	24 mesi $\pm$ 3 mesi
6°	3° anno	36 mesi $\pm$ 3 mesi
7°	4° anno	48 mesi $\pm$ 4 mesi
8°	6° anno	6 anni $\pm$ 6 mesi
9°	12° anno	12 anni $\pm$ 12 mesi
10°	14-16 anni	Prima del passaggio al MMG

LINEE GUIDA PER L'ESECUZIONE DEL PROGETTO SALUTE INFANZIA

	TIPOLOGIA DI INTERVENTO				
ETA'	RILEVAZIONE DELLO STATO DI SALUTE	EDUCAZIONE SANITARIA	PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE	AZIONE ESECUTIVA	AZIONE INTEGRATIVA
1° mese	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circ. cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione SIDS Prevenzione delle complicanze da fumo passivo Sostegno allattamento al seno	Promuovere le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale regionale	Linee guida su : -trasporto sicuro in auto -prevenzione SIDS -fumo passivo -aspetti nutrizionali	
3° mese	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circ. cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione degli incidenti da trasporto in auto. Prevenzione SIDS Prevenzione delle complicanze da fumo passivo Sostegno allattamento al seno	Promuovere le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale regionale	Linee guida su : -trasporto sicuro in auto -prevenzione SIDS -fumo passivo -aspetti nutrizionali Consenso informato sulle vaccinazioni Informazioni reazioni avverse ai vaccini	Esecuzione vaccinazioni
6° mese	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circ. cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti domestici	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Linee guida caduta e pericoli sul fasciatoio	Esecuzione vaccinazioni BOEL Test
12° mese	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circ. cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari (soprappeso ed obesità)	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Presentazione MPR e recupero ritardi vaccinali Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc.. Linee guida nutrizionali	Esecuzione vaccinazioni BOEL Test
24° mese	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circ. cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari (soprappeso ed obesità)	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	Stereotest di Lang
3 anni	Esame fisico, misurazione peso, altezza Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari (soprappeso ed obesità)	Recupero dei ritardi vaccinali	Linee guida nutrizionali	Esecuzione vaccinazione Stereotest di Lang
4 anni	Esame fisico, misurazione peso, altezza Valutazione psicomotoria e sensoriale Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale Linee guida nutrizionali	Stereotest di Lang
6 anni	Esame fisico, misurazione peso, altezza Valutazione psicomotoria e sensoriale Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale Linee guida nutrizionali	Esecuzione vaccinazione
12 anni	Esame fisico, misurazione peso, altezza, Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale Linee guida nutrizionali	Esecuzione vaccinazione
15-16 anni	Esame fisico, misurazione peso, altezza Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione fattori di rischio età adolescenziale Prevenzione disturbi alimentari	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale Linee guida nutrizionali	Esecuzione vaccinazione

Il controllo della pressione arteriosa va effettuato ogni anno a partire dal terzo anno di età.

E) Certificazioni sportive (*Allegato H – ACN*)

Allo scopo di promuovere e facilitare il più possibile la pratica dell'attività fisico-sportiva, si stabilisce che per di tutti i soggetti in età pediatrica le certificazioni sportive diverse da quelle previste dai punti a), b), e c) dell'allegato H dell'ACN rientrano fra le prestazioni di particolare impegno professionale e retribuite assieme alle altre prestazioni dell'allegato B con la tariffa prevista per le visite occasionali ambulatoriali di cui all'art. 56.

Tale certificato, rilasciato dal pediatra curante che ne tratterà copia, ha validità di un anno ed è valido per tutte le attività ginnico-sportive non agonistiche effettuate dal soggetto durante tale periodo.

La richiesta della suddetta certificazione da parte della scuola, nei casi previsti dalle disposizioni vigenti, dovrà essere formulata in conformità del seguente modello.

CERTIFICATO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

(INTESTAZIONE DELLA SCUOLA)

Al medico curante dell'alunno _____

Oggetto : Certificato idoneità sportiva non agonistica (D.M. 28.02.83)

Con la presente si richiede, per l'alunno su indicato, a norma dell'art. 44 dell'ACN della Pediatria di libera scelta e dell'art. 45 dell'ACN dei Medici di Medicina Generale, il rilascio gratuito del certificato di idoneità sportiva non agonistica per la partecipazione alle seguenti attività sportive organizzate nell'ambito scolastico :

- ☐ attività para-scolastica inserita nel P.O.F. (Piano Offerta Formativa):

tipo di attività : _____

- ☐ Giochi sportivi studenteschi (fasi successive a quella di istituto)

- ☐ Giochi della Gioventù

Data _____

Il Dirigente Scolastico

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO

Certifico che il paziente _____

nato a _____ il _____

e residente a _____

sulla base della visita da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive a livello non agonistico.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del suo rilascio.

Data _____

In fede

Attività di prevenzione ed educazione sanitaria

**PROGETTO REGIONALE PER LA
PREVENZIONE DEL SOVRAPPESO E DELL'OBESITA' INFANTILE**

L'obesità infantile è sempre più considerata un problema emergente di salute pubblica, sia per la sua diffusione nei paesi industrializzati che per la sua associazione con l'obesità in età adulta e con le patologie cronico-degenerative ad essa correlate. Quasi il 20% dei bambini europei è in sovrappeso o francamente obeso e la prevalenza è più elevata nei paesi dell'Europa del Sud con picchi di oltre il 30% registrati in Italia, in bambini di nove anni di età.

Strettamente connessa all'obesità è la cosiddetta "sindrome metabolica", caratterizzata dalla presenza di ipertensione, insulino-resistenza e/o ridotta tolleranza al glucosio, dislipidemia, microalbuminuria. Tale situazione metabolica, secondo alcune casistiche, è presente fino al 50% dei bambini e degli adolescenti obesi con conseguente aumentato rischio di malattia cardiovascolare e diabete tipo 2° in età adulta.

Da più parti si sollecita, pertanto, l'adozione di programmi di screening rivolti alla precoce individuazione dell'obesità nei bambini e negli adolescenti, in maniera da instaurare misure rivolte alla riduzione e al controllo del peso, oltre che ad un incremento dell'attività fisica ed alla prevenzione delle numerose complicanze che possono alterare la qualità della vita e determinare un importante aumento della morbidità in età adulta.

In Calabria non sono attualmente disponibili dati aggiornati sulla prevalenza dell'obesità in età pediatrica. L'indagine Multiscopo dell'ISTAT effettuata nel 1999 aveva evidenziato una percentuale di bambini obesi o in sovrappeso superiore alla media nazionale e la più bassa percentuale di persone che svolgono attività sportiva in modo continuato.

Partendo da queste considerazioni, il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie ha predisposto un "Progetto Regionale per la prevenzione dell'obesità infantile" che prevede uno studio epidemiologico finalizzato alla valutazione della prevalenza dell'obesità in età pediatrica, associato ad una forte azione informativa/educazionale sul problema obesità. Il progetto si basa su una strategia di tipo individuale, svolta dai Pediatri di Famiglia e dai MMG, ed una strategia di popolazione che vedrà coinvolti i Dipartimenti di prevenzione delle ASL, i consultori, i servizi di diabetologia e dietologia, le scuole.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

Gli obiettivi del progetto sono:

- a) la valutazione della prevalenza dell'obesità nei bambini (0-14 anni);
- b) la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità in tutti i soggetti in età pediatrica;
- c) la riduzione del sovrappeso e dell'obesità infantile mediante l'utilizzo delle raccomandazioni relative agli introiti di carboidrati, grassi e proteine, il giusto introito giornaliero di frutta, verdure e fibre alimentari, l'aumento dell'attività fisica.

STRATEGIA OPERATIVA

Le linee strategiche generali sono contenute nella delibera della G.R. n. 314 del 02.05.06 e saranno meglio definite dal previsto Comitato tecnico-scientifico regionale formato da rappresentanti

di tutte le figure coinvolte nel progetto e che si occuperà di elaborare il piano di formazione degli operatori e di effettuare il monitoraggio e la valutazione dei risultati del progetto.

Tutti i soggetti in età pediatrica afferenti agli ambulatori dei Pediatri di famiglia di tutta la regione rientrano nel progetto.

L'attività di prevenzione dei pediatri sarà finalizzata alla promozione dell'allattamento al seno e all'acquisizione, fin dal primo anno di vita del bambino, di abitudini e stili di vita tali da prevenire l'insorgenza del sovrappeso e dell'obesità nelle età successive (promozione di una sana nutrizione e incremento dell'attività motoria).

I soggetti di età compresa tra gli 8 e i 14 anni che, alle visite di controllo, presentano un BMI superiore al cut off per l'età entrano nel protocollo di follow-up redatto dal Comitato tecnico-scientifico regionale che prevede la raccolta dati e le azioni da intraprendere .

VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Tutti i pediatri partecipanti comunicheranno alla rispettiva ASL i dati richiesti secondo le modalità ed i tempi indicati nel protocollo operativo.

In ogni ASL verrà costituito un Comitato Aziendale, di cui farà parte un pediatra di libera scelta, che avrà il compito di curarne la riuscita a livello locale.

Le modalità di trasmissione dei dati e le schede relative al progetto (scheda di arruolamento pazienti, percentili BMI e pressione arteriosa, scheda di riepilogo dati, ecc.) saranno definiti a livello regionale e trasmessi alle Aziende.

PARTE ECONOMICA

L'adesione al progetto da parte del pediatra è obbligatoria. I pediatri, per la partecipazione a tutte le fasi del progetto, percepiranno le indennità che saranno attinte dagli appositi fondi finalizzati del *“Progetto Regionale per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità infantile”* predisposto dal Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie (delibera G.R. n. 314 del 02.05.06).

PROGETTO OBIETTIVO

CURE PRIMARIE PEDIATRICHE

Il Progetto Cure Primarie Pediatriche rappresenta un completamento dei compiti previsti dall'A.C.N con una serie di interventi finalizzati al superamento delle attuali criticità organizzative della pediatria di famiglia che prevedono l'adesione del pediatra a percorsi assistenziali condivisi basati sulle evidenze scientifiche ed il miglioramento dell'efficacia dei servizi erogati, orientando l'utilizzo delle risorse in modo appropriato.

Il progetto si articola secondo quattro linee di indirizzo:

1. la definizione e l'applicazione di linee guida diagnostico-terapeutiche condivise relative ad alcune patologie di particolare frequenza o rilevanza in età pediatrica
2. l'effettiva presa in carico, da parte dei pediatri, dei soggetti con patologia cronica o con particolari bisogni assistenziali
3. il miglioramento della copertura assistenziale diurna feriale prefestiva e festiva attraverso la sperimentazione di forme associative complesse e l'implementazione funzionale delle forme associative più semplici (pediatria in associazione pediatria in gruppo)
4. l'informazione agli assistiti ed ai familiari sui servizi sanitari comprensiva dell'adozione della carta dei servizi del medico e/o del gruppo di medici.

Nel suo complesso, il progetto si propone i seguenti obiettivi :

- il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con contestuale razionalizzazione della spesa farmaceutica, specialistica ambulatoriale e per ricoveri
- il miglioramento delle conoscenze dei cittadini sui servizi sanitari, sul corretto uso dei farmaci, sui compiti, diritti e doveri del pediatra e dei cittadini tramite la carta dei servizi (ACN – art. 44, comma 2, lettera e)
- l'assistenza coordinata nel territorio ai bambini con patologie croniche, in atto quasi completamente avocata dai centri di terzo livello anche per le patologie intercorrenti, e dei bambini in particolari condizioni di rischio o disagio sociale che alimentano gli accessi impropri al pronto soccorso in misura considerevole
- una continuità delle cure che contribuisca a ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, i ricoveri impropri ed ricorso al secondo livello specialistico.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

(ACN – art. 44, comma 2, lettera k)

Il miglioramento continuo dei livelli di appropriatezza prescrittiva è promosso tramite una strategia articolata su tre livelli:

- istituzione della Commissione regionale per l'appropriatezza prescrittiva
- implementazione dell'utilizzo di linee guida
- elaborazione di specifici progetti con adozione del sistema di budgeting

Istituzione Commissione regionale per l'appropriatezza prescrittiva

Presso il Dipartimento Tutela della salute e Politiche Sanitarie – Settore Assistenza Territoriale – sarà istituita, con apposito provvedimento, la Commissione Regionale per l'appropriatezza prescrittiva di cui farà parte un pediatra di libera scelta.

Utilizzo linee guida

Le linee guida hanno il valore di raccomandazione mantenendo ogni atto medico la sua peculiarità legata principalmente alle caratteristiche soggettive di ogni paziente. Pertanto, a differenza dei protocolli, non sono delle norme vincolanti, ma servono a guidare ed assistere il pediatra nelle varie decisioni.

L'intento non è certamente quello della costruzione di nuove linee guida, in quanto esistono ormai molte banche dati di linee guida di ottima qualità e rispondenti ai principi della EBM, né quello della imposizione di protocolli da applicare rigidamente, ma è piuttosto il tentativo di raccordare le raccomandazioni scientifiche esistenti con le scelte cliniche quotidiane dei PdF, indirizzandole verso la "buona pratica clinica" basata sulle prove di efficacia.

In relazione alle patologie di maggior impatto assistenziale, economico e sociale, è ritenuta prioritaria l'adozione a livello aziendale delle linee guida relative alle seguenti patologie, fatta salva la possibilità di ulteriore implementazione da parte della Commissione Regionale per l'appropriatezza prescrittiva e delle AA.SS. e quanto previsto nella legge finanziaria per l'anno 2007:

- il lattante febbrile senza segni di localizzazione
- le infezioni respiratorie a possibile eziologia batterica (faringo-tonsillite, otite media acuta, broncopolmonite)
- l'asma bronchiale e le allergie
- l'infezione delle vie urinarie
- la patologia ortopedica comune (piede piatto e scoliosi)

L'applicazione delle linee guida dovrà essere accompagnata e sostenuta da uno specifico programma di formazione aziendale.

Le linee guida proposte rappresentano l'adattamento di quelle contenute nel Manuale di Qualità per la Pediatria di Famiglia, realizzate secondo una metodologia di confronto prima tra pari e poi con esperti scelti in funzione della loro specifica competenza.

Indicatori di salute e di impiego delle risorse

In funzione dell'applicazione delle Linee Guida, si attendono i seguenti risultati:

- appropriato utilizzo di antibiotici efficaci per la patologia oggetto delle rispettive linee guide
- riduzione dell' utilizzo di alcuni ausili protesici, la cui utilità non è affatto validata, che nella nostra regione continuano ad essere eccessivamente prescritti
- contenimento del ricorso al ricovero ospedaliero effettuato direttamente dal pediatra per le patologie trattate nelle linee guida, tenendo presente, comunque, che il ricovero rappresenta un evento raro nell'assistenza sanitaria dei bambini con le patologie oggetto delle linee guida, già ora riservato di norma ai casi più gravi
- riduzione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Per il monitoraggio del grado di applicazione delle linee guida vengono proposti i seguenti indicatori:

- indicatori di esito: consentono di osservare, a livello di ogni ASL e complessivamente a livello regionale, la ricaduta complessiva dell'applicazione delle linee guida;
- indicatori di contesto: utili per misurare i cambiamenti di carattere generale sull'attività prescrittiva ed eventualmente per revisionare gli indicatori di esito.

Indicatori di governo:

- numero totale di pezzi di antibiotico orale per 1000 bambini assistiti dai pediatri partecipanti al progetto;
- numero di pezzi di antibiotico considerato efficace dalle linee guida per 1000 bambini assistiti dai pediatri partecipanti al progetto ;
- numero totale di pezzi di antibiotico iniettivo (im) per 1000 bambini assistiti dai pediatri partecipanti al progetto;
- numero di prestazioni diagnostiche di particolare impegno professionale collegate all'implementazione delle linee guida per 1000 assistiti/anno;
- numero di pezzi di farmaci antiasmatici topici per 1000 bambini assistiti dai pediatri partecipanti al progetto, sia totali che suddivisi per tipo di farmaco (beta2-stimolanti e per cortisonici);
- numero di prescrizioni di scarpe ortopediche per piede piatto in pazienti non affetti da patologia neurologica o malformazioni ortopediche ed assistiti dai pediatri partecipanti al progetto;
- tasso di ricovero per ognuna delle le patologie oggetto delle linee guida tra gli assistiti dei pediatri partecipanti al progetto.

Relativamente ai dati prescrittivi sugli antibiotici, dovranno essere separate le prescrizioni fatte direttamente dal pediatra da quelle di altri soggetti.

E' comunque importante che, contestualmente all'attuazione delle linee guida, venga realizzato in ambito aziendale un sistema informativo di rilevamento in grado di individuare appropriati e specifici indicatori utilizzabili per verificare l'appropriatezza di utilizzo delle prestazioni diagnostiche entro volumi di attività e tetti di spesa predefiniti.

Indicatori di contesto:

- numero totale di pezzi di antibiotico orale per 1000 bambini assistiti da tutti i pediatri ;
- numero totale di pezzi di antibiotico iniettivo (im) per 1000 bambini assistiti da tutti i pediatri ;
- numero di pezzi di farmaci antiasmatici topici per 1000 bambini assistiti da tutti i pediatri;
- numero di prescrizioni di scarpe ortopediche per piede piatto in pazienti non affetti da patologia neurologica o malformazioni ortopediche ed assistiti da tutti i pediatri;
- tasso di ricovero per le patologie oggetto delle linee guida
- tasso di incidenza delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Prestazioni diagnostiche ambulatoriali previste dalla linee guida

E' importante sottolineare che l'esecuzione nell'ambulatorio del pediatra di alcune prestazioni diagnostiche, come suggerito dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 e dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile, oltre ad essere di ausilio per una migliore appropriatezza della prescrizione, consente di raggiungere ulteriori e non meno importanti obiettivi:

- maggior rapidità diagnostica
- riduzione ore di scuola/lavoro perse da bambini/genitori

- riduzione accessi alla medicina specialistica (2° livello) con conseguente contenimento della spesa e riduzione dei tempi di attesa
- gestione ambulatoriale di alcune patologie croniche

Ai pediatri partecipanti al progetto viene riconosciuta la possibilità di effettuare le prestazioni diagnostiche aggiuntive indicate nell'allegato B (lettera C) dell'Accordo Collettivo Nazionale coerenti con le linee guida. Nella comunicazione all'ASL i PLS dovranno indicare le prestazioni diagnostiche ambulatoriali per le quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature e su cui l'Azienda ha il potere-dovere di esercitare i previsti controlli di idoneità. L'esecuzione delle stesse da parte dei pediatri non è soggetta ad autorizzazione.

L'elenco delle prestazioni inserite nelle linee guida è riepilogato nella tabella successiva. Per le prestazioni comprese nel tariffario di cui al D.M. 20/07/06, l'importo è quello del codice corrispondente. Per i test rapidi (tampone faringeo, PCR, microves ed stick esame urine), non omologabili ai corrispondenti esami effettuati nelle strutture di diagnostica di laboratorio, l'importo tiene conto dei costi del materiale di consumo. Tali prestazioni hanno l'obiettivo di contribuire all'implementazione degli standard di appropriatezza prescrittiva e, conseguentemente, al miglioramento della qualità dell'assistenza ed al contenimento della spesa sanitaria.

Esame	Valore unitario	n. esami/anno per 1000 pazienti	Spesa stimata
Tampone faringeo (test rapido)	€ 15,00	100	1500
PCR (test rapido)	€ 15,00	25	375
MicroVES (test rapido)	€ 5,00	10	50
Impedenzometria	Cod.	50	1000
Otoscopia pneumatica	Cod.	100	1000
Spirometria	Cod.	100	2500
Prick test	Cod.	100	3500
Ossimetria	Cod.	10	90
Conta leucocitaria	Cod.	20	200
Stick esame urine (test rapido)	€ 4,00	100	400
Podoscopia	Cod.	25	300
Scoliometria	Cod.	25	300

I costi sono da intendersi comprensivi del prelievo del sangue capillare.

Fino all'attivazione delle linee guida sull'appropriatezza prescrittiva, le prestazioni diagnostiche previste dal precedente accordo regionale saranno effettuate dai pediatri con le modalità previste dallo stesso.

Progetti per l'appropriatezza prescrittiva (ACN – art. 44, comma 2, lettera m)

Le AA.SS., di concerto con le OO.SS. di categoria, adotteranno specifici progetti per l'appropriatezza prescrittiva, in accordo con le indicazioni di seguito riportate che saranno integrate sulla base di quanto previsto in materia nella legge finanziaria per l'anno 2007 e nei provvedimenti regionali attuativi.

Strategia operativa

A livello distrettuale, il PLS che fa parte di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), collaborerà con il Direttore del Distretto per favorire l'adesione al progetto e la valutazione dei risultati ottenuti a livello distrettuale, di concerto con i referenti aziendali.

A livello aziendale, per ogni linea guida, viene individuato, dai pediatri partecipanti, un PLS referente che parteciperà con il Direttore Generale, nell'ambito dei programmi delle attività territoriali dell'Azienda, all'attuazione delle seguenti attività:

- definizione del percorso diagnostico-terapeutico "ideale" realizzabile a livello locale
- definizione degli obiettivi di miglioramento e degli indicatori di risultato
- strutturazione del sistema di budgeting
- verifica dei risultati conseguiti tramite la misura degli indicatori
- l'individuazione dei referenti aziendali per ciascuna delle linee guida, da parte dei pediatri partecipanti.

Tempi di realizzazione

A) entro 30 giorni dall'attivazione il progetto:

- le ASL informeranno i pediatri di famiglia sugli scopi del progetto e sulle modalità di adesione allo stesso
- devono essere individuati e costituiti i gruppi di medici
- devono essere individuate le eventuali ulteriori linee guida aggiuntive rispetto a quelle definite a livello regionale

B) entro 60 giorni dall' attivazione il progetto:

- applicazione delle linee guida da parte di tutti i medici

C) riunioni periodiche

- i PLS partecipanti di ogni gruppo si riuniranno periodicamente per valutare l'andamento prescrittivo e la loro aderenza alle linee guida, evidenziando eventuali criticità e segnalando ai referenti aziendali eventuali situazioni epidemiologiche locali o elementi ostativi al raggiungimento degli obiettivi

D) verifiche periodiche

- ogni sei mesi, a livello di ogni ASL, verrà effettuato un monitoraggio del progetto da parte dei referenti aziendali con la collaborazione di un responsabile del servizio farmaceutico territoriale nominato dal Direttore Generale
- ogni anno è effettuata la verifica del livello di accostamento agli obiettivi prefissati.

Le AA.SS. potranno attivare specifici progetti per l'appropriatezza prevedendo la partecipazione allo stesso progetto sia dei pediatri di libera scelta che dei medici di assistenza primaria.

Definizione dei livelli di spesa

I livelli di spesa da attribuire per singolo medico, per gruppo di medici e per Distretto dovranno essere effettuati secondo il metodo della pesatura della popolazione applicando le tabelle sotto indicate:

Pesatura assistenza farmaceutica (100 % per fascia d'età)

Fascia d'età	0	1-4	5-16
Peso	1,000	0,969	0,695

Pesatura assistenza specialistica (100 % per fascia d'età)

Fascia d'età	0	1-4	5-16
Peso	0,242	0,204	0,169

Pesatura assistenza ospedaliera (50 % quota capitaria + 50 % per fascia d'età)

Fascia d'età	0	1-4	5-16
Peso	2,539	0,376	0,254

Metodo di calcolo del budget assegnato:

$S \times P = Y$ ricalcolo sulla variabile $Z = T$

dove:

S = spesa complessiva annua per tipologia assistenziale

P = numero di pazienti in carico al medico

Y = totale budget assegnato per medico

Z = deviazione dovuta all'età dei pazienti assistiti

T = effettivo budget virtuale assegnato.

Ai medici partecipanti non va attribuita la spesa per:

- prescrizioni a favore di assistiti non residenti, soggette a compensazione (a tal fine è necessario compilare la ricetta in maniera completa anche per i dati relativi alla residenza e all'A.S.L. o regione di appartenenza dell'assistito)
- prescrizioni di farmaci ai cittadini stranieri temporaneamente presenti in Italia (STP)
- prescrizioni di farmaci che prevedono diagnosi e piano terapeutico di centri specializzati.

Soglie di appropriatezza

Sono considerati non conformi, e quindi da vagliare adeguatamente, i comportamenti prescrittivi che determinino il posizionamento del medico e/o del gruppo di medici sopra del + 10 % o del - 30 % della spesa pro-capite media aziendale.

Incentivi

In relazione al livello di accostamento agli obiettivi prefissati, ai medici saranno corrisposti incentivi da negoziare a livello aziendale su base annua per assistito considerando la media di pazienti relativi all'anno in corso.

A fine del primo anno, in relazione al raggiungimento degli obiettivi prefissati, sarà istituito dall'A.S., di concerto con le OO.SS di categoria, il Fondo per la Pediatria di libera scelta che costituirà un elemento premiante per i Medici.

Il fondo per la pediatria di libera scelta sarà personale e per gruppo e dovrà essere utilizzato dal Medico per migliorare le dotazioni strumentali e le attrezzature dell'ambulatorio, i locali, per la retribuzione dei sostituti nei periodi di assenza e quant'altro possa accrescere la qualità del servizio.

Ai gruppi di medici la cui spesa è superiore all'obiettivo prefissato non viene corrisposto alcun incentivo.

I gruppi di medici che raggiungono l'obiettivo prefissato concorrono alla ripartizione degli incentivi. In questi gruppi, gli incentivi sono attribuiti in misura proporzionale al risultato raggiunto da ciascun medico ed alla quota di assistiti in carico allo stesso, mentre i singoli medici che all'interno dello stesso gruppo hanno livelli di spesa superiore all'obiettivo prefissato non concorreranno all'attribuzione degli stessi.

Il fondo, inoltre, sarà utilizzato per incentivare programmi di prevenzione ed educazione sanitaria elaborati in accordo con l'Azienda Sanitaria.

INFORMAZIONE SUI SERVIZI SANITARI

Il PLS rappresenta uno specifico riferimento per l'informazione ai cittadini sui propri diritti, sul corretto utilizzo delle strutture presenti sul territorio, sulle liste e tempi di attesa, sulle modalità di espletamento delle varie pratiche burocratiche, sul corretto utilizzo dei farmaci.

Le informazioni potranno esser divulgate tramite appositi pannelli in sala di attesa, con la distribuzione della carta dei servizi aziendale, con informazioni dirette da parte del medico al cittadino.

Il pediatra di libera scelta potrà distribuire nel proprio ambulatorio l'eventuale modulistica necessaria alle diverse esigenze (domande per il riconoscimento dell'invalidità, bollettini di cc, moduli di scelta e revoca del medico, richieste di sussidi o presidi terapeutici, etc.).

La modulistica in uso e le eventuali informazioni da comunicare saranno fornite al medico dai distretti.

Al fine, inoltre, di favorire lo sviluppo delle conoscenze dei compiti, dei diritti e doveri del pediatra e del cittadino dovrà essere illustrato da ciascun pediatra di libera scelta ai cittadini il contenuto della Carta dei Servizi facente parte integrante del libretto sanitario pediatrico ed i servizi aggiuntivi offerti dalla forma associativa di appartenenza, compreso gli orari di apertura di tutti gli ambulatori in uso all'associazione. La Carta dei Servizi dovrà essere disponibile per gli assistiti presso lo studio medico.

ASSISTENZA AI SOGGETTI CON PATOLOGIA

L'assistenza ai bambini con patologie croniche rappresenta uno dei maggiori capitoli della spesa sanitaria relativa all'età pediatrica. Nonostante ciò, si assiste spesso ad una frammentazione delle cure e delle varie prestazioni socio-sanitarie prestate al bambino con problemi cronici, con conseguente spreco di risorse sia economiche che umane.

L'ACN per la Pediatria di Libera scelta indica tra i compiti del Pediatra di famiglia da regolamentare a livello regionale, l'assistenza ai bambini con patologia cronica.

Tale assistenza può essere effettuata con le seguenti modalità:

- assistenza domiciliare integrata o programmata (ADI o ADP);
- assistenza ambulatoriale programmata (AAP).

L'assistenza ai bambini con patologia cronica comprende un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali, orientate in maniera da poter garantire il

raggiungimento di specifici obiettivi di benessere, secondo piani di assistenza individualizzati, definiti anche con la partecipazione di più figure professionali.

Consente di garantire un effettivo supporto alle famiglie, attraverso interventi di natura assistenziale mirati, tra l'altro, ad evitare il ricovero del bambino o la sua istituzionalizzazione. Consente, infine, una presa in carico "globale del paziente" da parte dei servizi territoriali, attraverso la definizione di percorsi di cura e assistenza concordati con le Unità Operative Aziendali e mirati al superamento dei momenti "critici" per il bambino e per la famiglia.

Obiettivi

Gli obiettivi di questa parte del progetto Cure Primarie Pediatriche sono:

- aumentare il livello di integrazione sociale del minore e della famiglia eliminando il rischio di istituzionalizzazione o riducendo lo stesso per i periodi strettamente necessari a garantire programmi riabilitativi;
- il contenimento delle complicanze invalidanti di tipo irreversibile ;
- la promozione della permanenza dei minori in famiglia;
- la razionalizzazione degli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi in piccoli pazienti con riacutizzazione di patologie croniche;
- l'avvio di interventi di dimissione protetta e/o ospedalizzazione domiciliare;
- la riduzione ricoveri impropri nonché dell'utilizzo improprio dei servizi ospedalieri;
- la creazione di reti di servizi tra loro fortemente integrati, afferenti al sistema sanitario e a quello socio-assistenziale di competenza comunale, in grado di assumere, anche mediante l'uso delle più moderne tecnologie, la responsabilità di gestire i problemi del bambino "fragile" .

ASSISTENZA DOMICILIARE (ADI e ADP)

L'organizzazione dell'assistenza domiciliare a bambini con patologia cronica e le modalità operative del servizio saranno definite dalle ASL, di concerto le OO.SS. di categoria, in coerenza con la programmazione regionale ed aziendale.

ASSISTENZA AMBULATORIALE (AAP)

L'assistenza ambulatoriale a bambini con patologia cronica è svolta, effettuando presso l'ambulatorio del pediatra dei controlli clinici periodici a scadenze temporali definite (quadrimestrali – semestrali – annuali) in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

- il monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;
- il controllo dello sviluppo psicofisico del bambino;
- la predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- l'indicazione ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;

- l'attivazione di un sistema di rilevazione che consenta la realizzazione di "registri specifici per patologie" in modo da fornire dati oggettivi circa l'impatto epidemiologico della patologia nello specifico territorio;
- l'individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o equipe socio-sanitarie che operano nell'ASL in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione socio-sanitaria nel suo complesso.

Procedure per l'attivazione dell'assistenza ambulatoriale

Il servizio è attivato dal pediatra di concerto con il Responsabile dell'assistenza sanitaria del Distretto di residenza del paziente anche su segnalazione dei servizi sociali.

Per ogni singolo paziente il pediatra propone un programma articolato di interventi socio-sanitari comprendente massimo tre accessi ambulatoriali annui da concordare in base al tipo ed alla gravità della patologia. L'esame del programma da parte del medico dell'ASL deve avvenire entro 7 giorni dalla ricezione del programma dal Direttore del Distretto di residenza del paziente. In caso di mancato riscontro entro il termine innanzi indicato, il programma si intende a tutti gli effetti approvato.

Il programma viene regolarmente continuato anche in caso di ricovero del paziente in ospedale o in altre strutture sanitarie o sociali, al fine di garantire la continuità assistenziale e l'auspicata integrazione funzionale tra la rete di assistenza territoriale e la struttura di ricovero.

Soggetti destinatari di questo tipo di assistenza (domiciliare ed ambulatoriale)

Il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti da patologie di rilevante interesse sociale e di particolare impegno assistenziale che sono di seguito elencate:

- Asma grave
- Fibrosi cistica
- Malattia celiaca con complicanze
- Malattie cromosomiche e o genetiche invalidanti (sindrome di Down, ecc.)
- Cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
- Gravi artropatie con grave limitazione funzionale
- Artrite reumatoide giovanile
- Patologie onco-ematologiche
- Cerebropatici e cerebrolesi
- Autismo e altre psicosi
- Epilessie
- Immunodeficienza congenita ed acquisita
- Diabete mellito con complicanze
- Malattie croniche intestinali (morbo di Crohn, colite ulcerosa, ecc.)
- Epatopatie gravi (epatiti croniche, cirrosi, ecc.)
- Altre endocrinopatie (malattie della tiroide, ipofisi, surrene, ecc.)
- Nefropatie croniche gravi
- Neonati a rischio di deficit neuro-sensoriali (fino al terzo anno di età);
- Bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori;
- Malattie rare, in stretta collaborazione con i Centri regionali di riferimento

Operatività

Nell'ambito degli interventi assistenziali previsti dal progetto, il PLS :

- ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
- assicura gli interventi ambulatoriali e domiciliari ai pazienti destinatari dell'intervento, con le modalità e le cadenze previste dal programma concordato;
- tiene la scheda degli accessi domiciliari fornita dall'Azienda presso il domicilio del paziente sulla quale vengono riportati gli interventi.
- attiva le eventuali consulenze specialistiche, previo accordo con il Dirigente del distretto;
- attiva gli interventi infermieristici, riabilitativi e sociali programmati;
- coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Compensi

La partecipazione al progetto è volontaria. Ai pediatri che vi aderiscono viene corrisposto un compenso omnicomprendente di euro 18,90 per ogni accesso ambulatoriale effettuato fino alla concorrenza massima di € 225.000,00 da ripartire in modo proporzionale tra le diverse ASL.

Per la liquidazione dei compensi il PLS comunica entro il 15 di ogni mese, tramite apposito riepilogo, il nome dei pazienti ed il numero degli accessi effettuati nel mese precedente. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE (Art. 55 ACN)

La continuità dell'assistenza pediatrica è un problema molto sentito e dibattuto da anni, la cui soluzione presenta molte difficoltà, anche per le notevoli risorse sia umane che economiche da essa richieste.

Si ribadisce, comunque, che la continuità assistenziale va ricercata prima di tutto attraverso la costruzione del rapporto di fiducia tra il pediatra e la famiglia e l'informazione sul corretto uso dei servizi di primo e di secondo livello, informazione che il pediatra fornisce attivamente nell'ambito del Progetto Salute Infanzia.

Al fine di promuovere una maggiore disponibilità e possibilità di contatto delle famiglie con un pediatra di libera scelta, per necessità non differibili, le ASL avranno a disposizione i seguenti modelli organizzativi :

- a) la continuità assistenziale diurna feriale (H12);
- b) l'attivazione di un progetto obiettivo aziendale di continuità assistenziale diurna prefestiva e festiva;
- c) la sperimentazione di strutture associative complesse (UCPT) secondo il modello di seguito indicato.

A) CONTINUITA' ASSISTENZIALE DIURNA FERIALE

Può essere attuata sia mediante l'istituto della reperibilità telefonica, che mediante l'allargamento dell'orario di apertura degli ambulatori. Le due forme sono alternative e possono essere scelte in base alla realtà locali e alle modalità organizzative nell'erogazione dell'assistenza. Infatti, la reperibilità telefonica si presta meglio alle situazioni in cui il pediatra ha difficoltà ad associarsi per problematiche oro-geografiche o per limitazione dei tetti, mentre la seconda modalità è più adatta per essere attuata dalle diverse forme associative.

A1) Disponibilità telefonica diurna (Art. 35 ACN)

La disponibilità telefonica rappresenta la modalità più semplice di attuazione della continuità assistenziale diurna.

Il servizio è caratterizzato dalla disponibilità del pediatra a fornire una risposta alle chiamate dalle ore 8,00 alle ore 20,00 dei giorni feriali con esclusione dei prefestivi in cui cessa alle ore 10.

L'adesione è volontaria ed il pediatra che vi partecipa è tenuto a fornire ai pazienti ed al distretto di appartenenza il numero telefonico con il quale è garantita la disponibilità.

Il servizio non può configurarsi come servizio di emergenza rappresentando solo una pronta contattabilità del pediatra e non comporta l'obbligo dell'espletamento di una visita domiciliare che, se ritenuta necessaria dal pediatra, sarà espletata secondo quanto previsto dall'art. 46 comma 3 dell'ACN.

I pediatri delle forme associative possono stabilire fra loro modalità operative di disponibilità telefonica tali da garantire che almeno un medico dell'associazione o del gruppo risponda alle chiamate degli assistiti dalle ore 8.00 alle ore 20.00. In tal caso, le modalità operative del servizio devono essere comunicate al distretto di appartenenza.

La risposta alla chiamata dell'assistito deve essere fornita dal pediatra direttamente o tramite il personale di studio e non può avvenire tramite segreterie telefoniche.

La partecipazione al progetto è volontaria e ai pediatri che aderiscono è corrisposta un'indennità aggiuntiva annua pari a sei euro (6,00) per assistito da corrispondere mensilmente in dodicesimi, fino alla concorrenza di € 150.000,00 da ripartire in modo proporzionale tra le diverse ASL.

L'ASL può effettuare controlli a campione per valutare l'effettiva adesione al servizio.

A2) Ampliamento dell'orario di apertura degli ambulatori

I Pediatri di Famiglia che, su base volontaria, aderiscono a tale istituto ampliano l'orario di apertura degli studi, secondo le modalità previste dal comma successivo.

Il servizio prevede il seguente orario di apertura:

- Pediatra singolo: due ore giornaliere di apertura dello studio oltre quanto previsto dall'ACN all'art. 35 comma 5, dal lunedì al venerdì;
- Pediatria di Gruppo o in Associazione con due aderenti: due ore giornaliere di apertura coordinata degli studi oltre le cinque previste all'art. 52 dell'ACN, dal lunedì al venerdì, secondo modalità da concordare all'interno della forma associativa;
- Pediatria di Gruppo o in Associazione con tre/quattro aderenti: tre ore giornaliere di apertura coordinata degli studi oltre le cinque previste all'art. 52 dell'ACN, dal lunedì al venerdì, secondo modalità da concordare all'interno della forma associativa;
- Pediatria in Gruppo o in Associazione con cinque o più aderenti: quattro ore giornaliere di apertura coordinata degli studi oltre le cinque previste all'art. 52 dell'ACN, dal lunedì al venerdì, secondo modalità concordate all'interno della forma associativa.

L'orario di apertura dello studio, da comunicare alla ASL di appartenenza al momento dell'adesione all'istituto di cui al presente Articolo, deve essere distribuito tra mattino e pomeriggio per 5 giorni alla settimana dal lunedì al venerdì. (n.b. per mattino deve intendersi fino alle ore 14,00)

Ai pediatri che aderiscono a tale istituto viene riconosciuto un compenso annuo di sei euro (6,00) per assistito, da corrispondere mensilmente in dodicesimi, fino alla concorrenza di € 450.000,00 da ripartire in modo proporzionale tra le diverse ASL.

Il diritto di revoca può essere esercitato dal Pediatra di Famiglia con un preavviso alla Azienda di almeno 60 giorni.

Le richieste di adesione ad una delle due modalità di continuità assistenziale diurna feriale devono essere presentate dai pediatri entro 30 giorni dalla pubblicazione dell'accordo. Nel caso in cui le richieste di adesione siano eccedenti rispetto al fondo aziendale disponibile per questa attività, il Comitato Aziendale dovrà definire i criteri di accettazione delle domande ed eventualmente potrà proporre una ripartizione diversa del fondo complessivo aziendale previsto per le due forme. Le richieste di adesione pervenute dopo i 30 giorni, saranno considerate solo in presenza di disponibilità di fondi ed in base alla data di presentazione.

B) P. O. "CONTINUITA' ASSISTENZIALE DIURNA PREFESTIVA E FESTIVA"

Questo progetto prevede che le AA.SS. possono attivare, a livello distrettuale, un servizio di continuità assistenziale diurna nei giorni prefestivi e festivi e destinato ai soggetti in età pediatrica (0-16 anni).

Infatti, uno dei motivi che viene spesso riferito dall'utenza per giustificare il ricorso improprio alle strutture di pronto soccorso è rappresentato dalla difficoltà di trovare una tempestiva risposta da parte del proprio pediatra per alcune prestazioni giudicate non differibili, in giorni e fasce orarie non coperte dalla normale attività ambulatoriale, come i giorni prefestivi e festivi.

Gli obiettivi del progetto sono i seguenti:

- Migliorare l'assistenza pediatrica primaria ponendo la gestione dell'urgenza vera o soggettiva nel quadro globale dell'assistenza territoriale al bambino
- Ampliare il filtro per il passaggio a livelli assistenziali successivi, in particolare al pronto soccorso, così come fortemente richiamato dai Piani Sanitari Nazionale e Regionale.

Operatività

L'incarico è affidato in via prioritaria ai pediatri convenzionati dell'azienda e, in caso di scarsa adesione, può essere affidato anche a pediatri non convenzionati purché non incompatibili in base a quanto previsto art. 17 dell'ACN per la Pediatria di Libera scelta. Le modalità di assegnazione dell'incarico e la durata saranno definiti nell'accordo aziendale.

La sede e le attrezzature sono generalmente fornite dall'ASL che dovrà garantire la loro idoneità dal punto di vista igienico e funzionale. Nel caso siano fornite dai pediatri, bisognerà tenere conto delle spese gestione affrontate dagli stessi.

I pediatri del servizio sono forniti del ricettario SSN e del timbro con la dicitura Guardia Pediatrica e sono tenuti a compilare, per ogni prestazione effettuata, una nota informativa per il pediatra di famiglia che ha in cura il bambino.

Salvo diversa indicazione aziendale, l'orario di servizio è dalle 15 alle 20 dei giorni prefestivi, dalle 8 alle 13 e dalle 15 alle 20 dei giorni festivi.

I compiti, gli obblighi sia dei pediatri partecipanti al servizio che dell'ASL e i diritti dell'utenza sono definiti in apposito regolamento concordato e sottoscritto tra l'ASL e le OO.SS. rappresentative a livello aziendale della pediatria di famiglia, al momento dell'attivazione del progetto, nel quale saranno indicati anche i percorsi assistenziali predefiniti per la gestione di possibili emergenze in collaborazione con i servizi di emergenza territoriale.

Verifica dei risultati

Per la valutazione della riuscita del progetto vengono individuati i seguenti indicatori :

- numero complessivo di prestazioni erogate;
- numero di accessi alle strutture di pronto soccorso nelle fasce orarie coperte dal servizio,
- numero totale di ricoveri effettuati nelle fasce orarie coperte dal servizio;
- numero di ricoveri non disposti dal pediatra nelle fasce orarie coperte dal servizio

E' prevista una verifica annuale da attuare a livello aziendale con le OO.SS. firmatarie del progetto.

Trattamento economico

Il compenso per questa prestazione è da definire in sede aziendale.

Nel caso in cui la sede non sia fornita dall'ASL, tale compenso dovrà tenere conto delle spese organizzative (locali e strutture e personale) affrontate dai pediatri.

C) STRUTTURE ASSOCIATIVE COMPLESSE - UNITA' DI CURE PEDIATRICHE TERRITORIALI (UCPT) (Art. 26 e art. 44, comma 3 ACN)

L'attuale modello organizzativo dell'assistenza pediatrica territoriale si basa sulla figura del Pediatra di Famiglia che, operando in forma singola oppure in gruppo e in associazione, è integrato nella rete di servizi territoriali di ogni ASL, partecipando in maniera attiva alla rilevazione dei bisogni, alla pianificazione degli interventi ed alla erogazione delle prestazioni, cercando di dare una risposta il più possibile esauriente ai bisogni di salute del bambino e dell'adolescente

Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti alla sostenibilità economica del S.S.N. a fronte di crescenti esigenze di qualificazione dei servizi sanitari offerti, richiede una riprogettazione, seppur parziale, del sistema delle cure primarie, con particolare attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali. Esiste oggi la necessità di rispondere in modo adeguato, etico, deontologico e nuovo alla domanda crescente di salute, che va valutata e orientata, recuperando i valori e i principi della legge 833/78, affermando l'esigenza di efficacia e appropriatezza della risposta sanitaria e sociale per un pieno utilizzo delle risorse del sistema a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema socio-sanitario.

La progettazione del modello organizzativo sperimentale dovrà scaturire dalle seguenti considerazioni :

- la caratteristica peculiare del lavoro del Pediatra di famiglia consiste nel rapporto di fiducia che si instaura col singolo paziente e la sua famiglia e nella responsabilità che da tale rapporto deriva
- la diversa tipologia di assistenza richiesta per il bambino e l'adolescente rispetto all'adulto e all'anziano, con minore attività per affrontare patologie acute e croniche e maggiore impegno nel versante dell'educazione sanitaria, volta anche ad un utilizzo appropriato delle risorse del sistema sanitario
- il limitato utilizzo delle consulenze specialistiche in ambito territoriale, in quanto gran parte del percorso assistenziale si risolve all'interno dell'ambulatorio del Pediatra di Famiglia.

Le parti concordano che, in considerazione della complessità dell'argomento e del coinvolgimento di altre figure professionali, le modalità organizzative ed i costi vengano stralciati dall'accordo regionale per la pediatria di libera scelta e definiti a livello regionale entro 90 gg. dall'entrata in vigore del presente A.I.R.

Si conviene che, in via sperimentale, in ogni ASL sia avviata almeno una esperienza di UCPT.

INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

La necessità di una migliore integrazione tra ospedale e territorio rappresenta oggi un aspetto ampiamente condiviso e ritenuto indispensabile al fine di garantire la continuità delle cure e, più in generale, una risposta adeguata a bisogni sanitari dei cittadini.

Il PSN attuale ha individuato come obiettivo prioritario la realizzazione di un processo di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali mediante lo sviluppo di percorsi assistenziali concordati, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo.

In questo senso assumono grande importanza, oltre all'adozione di linee guida diagnostico-terapeutiche concordate e comuni tra servizi ospedalieri e territoriali, anche l'attivazione dell'osservazione breve laddove sia possibile e la dimissione ospedaliera protetta.

OSSERVAZIONE BREVE

Il Pediatra di Famiglia che nel corso delle visite ambulatoriali o a domicilio ravvisa gli estremi di gravità, acuzie o dubbio diagnostico meritevole di approfondimento, per le implicazioni di assistenza e terapia, avvia il proprio paziente alla degenza in osservazione breve.

In tale occasione può concordare con i colleghi ospedalieri l'approccio e le modalità di intervento e la disponibilità per le decisioni riguardanti la dimissione e la prosecuzione delle cure.

A livello aziendale verranno definite le patologie che possono essere oggetto di OB e le modalità operative della stessa, d'intesa con i responsabili delle U.O. di Pediatria dell'ASL e delle A.O. ricadenti sul territorio.

DIMISSIONE PROTETTA

La Dimissione Ospedaliera Protetta rappresenta una modalità gestionale di dimissioni concordate dalle strutture ospedaliere al fine di garantire la continuità assistenziale per i casi che necessitano di proseguire le cure presso il proprio domicilio.

La procedura di Dimissione Protetta si attiva allorché, completato il periodo di ricovero previsto dal D.R.G. specifico per la patologia presentata dal paziente, i sanitari del reparto non ravvisano una ulteriore utilità nel protrarre la degenza in quanto il paziente non è più bisognoso del supporto specialistico e tecnico proprio della struttura di ricovero.

Le modalità di attivazione di questa procedura assistenziale devono tenere conto delle peculiarità organizzative esistenti a livello locale e saranno oggetto di specifici accordi aziendali.

Le funzioni aggiuntive del Pediatra di famiglia relative all'Osservazione breve ed alla Dimissione protetta rientrano tra le attività e gli obiettivi regionali e vengono retribuite con le risorse definite nella quota capitaria regionale (*art. 58, lett. B, comma 15*).

AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE CONTINUA (Art. 20 ACN)

L'aggiornamento continuo delle competenze degli operatori sanitari è fondamentale per assicurare in maniera appropriata i livelli essenziali di assistenza ed il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria nazionale, regionale ed aziendale.

Le attività formative dovranno essere organizzate e svolte in coerenza con quanto previsto dalla programmazione regionale ed aziendale in materia di formazione ed aggiornamento del personale.

Il Comitato Regionale predisporrà entro la fine di ogni anno un programma regionale di formazione per i pediatri di libera scelta da proporre al competente organismo regionale.

Il programma è relativo agli obiettivi formativi estesi a tutta la categoria a livello regionale e dovrà tenere conto sia dei bisogni formativi dei pediatri che degli obiettivi formativi e dei bisogni organizzativi di interesse nazionale e regionale.

I costi delle attività formative sono a carico delle AA.SS.LL. le quali potranno attingere anche agli appositi progetti del ministero della Salute, della Commissione Europea o di altri Enti e Istituzioni.

Per la realizzazione delle attività di formazione per i Pediatri di famiglia, le ASL si avvarranno della collaborazione dei pediatri docenti di formazione e pediatri animatori di formazione.

Per tale motivo, entro tre mesi dall'entrata in vigore di questo Accordo Regionale dovranno essere istituiti :

- l'elenco regionale degli animatori di formazione formato dai pediatri con idoneità acquisita con la frequenza a specifici corsi per animatori di formazione permanente validati dalla Regione o da altri Enti riconosciuti dal Ministero della Salute;
- l'elenco regionale dei pediatri docenti di formazione ECM.

Entrambi gli elenchi sono aggiornati annualmente.

Nel caso in cui il numero di animatori iscritti all'elenco regionale degli animatori sia inferiore a quello previsto in base ai criteri sotto indicati, la Regione provvederà ad organizzare corsi per animatori di formazione. La selezione dei pediatri partecipanti ai corsi avverrà con i seguenti criteri:

- almeno cinque anni di anzianità di esercizio della pediatria convenzionata;
- attività esclusiva di pediatra di famiglia;
- curriculum formativo e scientifico;
- equa distribuzione degli animatori sul territorio regionale in modo da garantire all'interno di ciascuna Azienda la presenza di un animatore ogni 10 pediatri convenzionati.

Compiti dell'animatore di formazione sono:

- rilevazione dei bisogni formativi dei PLS;
- analisi della bibliografia esistente sugli argomenti oggetto di formazione relativamente alla pratica nella pediatria;

- strutturazione didattica di una o più sessioni di formazione sugli argomenti prescelti secondo modalità coerenti;
- obiettivi didattici dichiarati ed idonei al contesto della formazione stessa (didattica attiva, tutoriale, integrata, ecc.);
- rapporti con gli eventuali tutor, al fine di integrare efficacemente i contributi specialistici con la realtà operativa della Pediatria di libera scelta;
- conduzione delle sessioni in modo da favorire la partecipazione e l'interesse dei pediatri partecipanti;
- valutazione della qualità dei corsi, con attribuzione di un corrispondente credito formativo;
- valutazione formativa dei partecipanti.

Secondo quanto contenuto nelle linee guida nazionali per l'ECM e recepite dalla conferenza Stato-Regioni, i temi oggetto della formazione sono scelti tenendo conto :

- degli obiettivi formativi di interesse nazionale;
- dei bisogni professionali dei pediatri;
- dei bisogni organizzativi del servizio (a livello Regionale ed Aziendale)

Le attività formative si svolgono di norma il sabato mattina per almeno 40 ore annue. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo aziendale; il resto del debito formativo annuale potrà essere acquisito con attività formative scelte autonomamente dai PLS, purché siano regolarmente accreditate.

Le Aziende, con oneri a proprio carico, adottano i provvedimenti necessari a garantire la continuità assistenziale durante le ore di aggiornamento. In caso di svolgimento in giorno diverso dal sabato, i PLS partecipanti hanno diritto al pagamento della sostituzione da parte dell'Azienda.

Per l'assolvimento dei compiti previsti, al pediatra animatore di formazione è corrisposto un compenso orario forfetario di cinquanta euro.

Le Regioni riconoscono, anche in accordo con l'Università e enti accreditati dalle Regioni o dal Ministero della Salute per le parti di rispettiva competenza, attività formative del pediatra di libera scelta, nelle seguenti aree:

- a) insegnamento universitario di base pre-laurea ;
- b) tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica;
- c) formazione specifica in pediatria di famiglia ;
- d) aggiornamento e audit ;
- e) ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione.

CONTRATTAZIONE AZIENDALE

Entro tre mesi dall'entrata in vigore del contratto integrativo regionale, dovranno essere definite tutte le parti riservate alla contrattazione aziendale.

Gli Accordi Aziendali dovranno definire, in particolare, i seguenti punti:

- a) operatività della parte del Progetto Salute Infanzia riguardante l'esecuzione delle vaccinazioni raccomandate da parte dei pediatri che dovrà essere concordata con i responsabili dell'unità di Medicina Preventiva delle ASL per la parte che riguarda la distribuzione dei vaccini e le certificazioni;
- b) collegamento in rete col CUP aziendale per la prenotazione di esami o visite specialistiche;
- c) funzioni aggiuntive eventuali da assegnare alle forme associative di pediatri presenti nell'azienda (progetti di educazione sanitaria, ecc.);
- d) esecuzione da parte dei pediatri di ulteriori prestazioni di tipo diagnostico scelte tra quelle previste dalla lettera C dell'allegato B dell'ACN, oltre a quelle già previste dal progetto sull'appropriatezza prescrittiva;
- e) definizione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi con le strutture ospedaliere dell'ASL, ivi compresi eventuali progetti di dimissione protetta, di osservazione breve e i percorsi preferenziali per l'esecuzione di esami urgenti di laboratorio e strumentali.

NORME FINALI

Norma finale N. 1: La Regione, anche attraverso organismi appositamente costituiti, verifica annualmente le risorse disponibili per incompleto utilizzo degli istituti previsti dal presente AIR al fine della rinegoziazione delle eventuali risorse disponibili.

Norma finale N. 2: Le AA.SS.LL., sentiti i rispettivi Comitati Aziendali, valuteranno annualmente il livello di attivazione degli istituti di cui al presente AIR e delle risorse ad essi destinate. L'accertata disponibilità di risorse consentirà la rinegoziazione delle stesse a favore di altri istituti previsti dall'AIR.

Norma finale N. 3: Il presente AIR entra in vigore dalla data di pubblicazione sul BUR e rimarrà in vigore sino alla stipula del nuovo AIR, fatti salvi eventuali nuovi istituti previsti nel prossimo ACN non compatibili con il presente accordo.

Norma finale N. 4: Le risorse relative all' "Appropriatezza Prescrittiva" e "Informazione sui servizi sanitari", facenti parte del Progetto Obiettivo Cure Primarie pediatriche, all'"Osservazione breve" e "Dimissione protetta", facenti parte del Capitolo Integrazione Ospedale-Territorio, al secondo bilancio di salute aggiuntivo (del passaggio al MMG) sono attribuite sui compensi mensili per l'adesione alle attività che è obbligatoria e corrispondono alla quota regionale degli incrementi contrattuali (€ 3,08 pro-capite). Ferma restando la responsabilità amministrativo-contabile dell'A.S. circa l'attivazione degli istituti connessi.