

REGIONE TOSCANA

ACCORDO REGIONALE PER LA PEDIATRIA DI FAMIGLIA

***IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI
CON I MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI FAMIGLIA,
SOTTOSCRITTO IL 28/09/2005
E RESO ESECUTIVO IN DATA 15/12/2005
MEDIANTE INTESA DELLA CONFERENZA STATO REGIONI***

Firenze

17 Gennaio 2007

L'Assessore al Diritto alla Salute

I Direttori Generali componenti della delegazione:

Direttore Generale Azienda USL 3

Direttore Generale Azienda USL 6

Direttore Generale Azienda USL 9

Direttore Generale Azienda USL 10

I Presidenti delle Società della Salute della delegazione:

Presidente della Società della Salute "Casentino"

Presidente della Società della Salute "Firenze Nord-Ovest"
.....

Le OO.SS firmatarie dell'Accordo Collettivo Nazionale:

FIMP

CIPe

Indice

1. PREMESSA	Pag. 5
1.1 Dichiarazione preliminare	Pag. 5
1.2 Campo di applicazione	Pag. 6
1.3 Decorrenza e durata	Pag. 6
2. IL CONTESTO DI COERENZA	Pag. 7
2.1 La strategia sovraregionale	Pag. 7
2.2 L'Accordo Collettivo Nazionale	Pag. 7
2.2.1 I principi	Pag. 7
2.2.2 Gli obiettivi	Pag. 8
2.2.3 Gli strumenti	Pag. 8
2.3 La strategia regionale	Pag. 8
3. GLI OBIETTIVI DELL'ACCORDO	Pag. 11
4. I CONTENUTI	Pag. 12
A) Indicazioni alle Aziende Sanitarie sulla costituzione dei Comitati Aziendali ex art. 23	Pag. 12
B) Copertura degli ambiti territoriali carenti	Pag. 12
C) Instaurazione del rapporto convenzionale.....	Pag. 13
C1 Incarichi a tempo indeterminato	Pag. 13
C2 Incarichi provvisori	Pag. 13
D) Mantenimento iscrizione del cittadino straniero dopo la scadenza del titolo di soggiorno	Pag. 14
E) Assistiti extracomunitari non in regola con il permesso di soggiorno	Pag. 15
F) Governo Clinico	Pag. 15
G) Diritti Sindacali	Pag. 15
H) Rapporto ottimale	Pag. 16
I) Massimale	Pag. 16
J) Apertura degli Studi Medici	Pag. 16
K) Carta dei Servizi	Pag. 16
L) Prestazioni assistenziali non differibili	Pag. 17
M) Contattabilità telefonica	Pag. 17
N) Percorso preferenziale esami urgenti e Self-Help	Pag. 17
N1 Percorso preferenziale esami urgenti	Pag. 18
N2 Attività di Self Help.....	Pag. 18
O) ACAP (Attività di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica)	Pag. 19
P) Progetto Salute Infanzia	Pag. 20
Q) Vaccinazioni	Pag. 22
R) Percorso assistenziale al cronico	Pag. 22
S) Fondo ex art 45	Pag. 22
T) Forme Associate	Pag. 23
T1 Caratteristiche e procedure comuni	Pag. 24
T2 Forme associative	Pag. 25
T2-a "Pediatria in associazione di primo livello"	Pag. 25
T2-b "Pediatria in associazione di secondo livello"	Pag. 25
T2-c "Pediatria di gruppo di primo livello"	Pag. 26
T2-d "Pediatria di gruppo di secondo livello"	Pag. 27
T3 Sperimentazione del modello organizzativo UCPP	Pag. 27
T4 Arretrati	Pag. 28
T5 Adeguamento alle nuove forme associative.....	Pag. 28
T6 Domande in attesa di accoglimento	Pag. 28
T7 Forme associative tra Pediatri di Famiglia e Medici di Assistenza Primaria	Pag. 28
T8 Monitoraggio delle forme associative	Pag. 29
T9 Verifica delle forme associative	Pag. 29

U) Riconoscimento Indennità per collaborazione di studio/ infermieristica (Art. 58- lett.B)	Pag. 30
V) Adempimenti di cui all'art.275 della Legge Finanziaria 266 del 2005	Pag. 31
W) Trattamento economico Art 58, lett.B, quota variabile, punto 14	Pag. 31
X) Trasmissione dei riepiloghi per via telematica	Pag. 32
Y) Formazione	Pag. 32
Z) Osservatorio	Pag. 33

5. NORMA FINALE	Pag. 34
------------------------	----------------

ALLEGATI

Allegato 1	Indicazioni per la Carta dei servizi Aziendale della Pediatria di Famiglia	Pag. 36
Allegato 2	Indicazioni per la Carta dei servizi del Pediatra di Famiglia	Pag. 41
Allegato 3	Tariffe per prestazioni diagnostiche	Pag. 42
Allegato 4	Scadenze e contenuto degli interventi all'interno del progetto Salute Infanzia	Pag. 43
Allegato 5	Scheda di riepilogo dei Bilanci di Salute	Pag. 44
Allegato 6	Scheda del Bilancio di Salute	Pag. 45
Allegato 7	Domanda per l'Indennità di forma associata	Pag. 46
Allegato 8	Accordo per la costituzione di Pediatria in Associazione di primo livello	Pag. 47
Allegato 9	Accordo per la costituzione di Pediatria in Associazione di secondo livello	Pag. 48
Allegato 10	Accordo per la costituzione di Pediatria di Gruppo di primo livello	Pag. 49
Allegato 11	Accordo per la costituzione di Pediatria di Gruppo di secondo livello	Pag. 50
Allegato 12	Sedi e orari ambulatoriali dei Pediatri in Associazione di primo livello	Pag. 51
Allegato 13	Orario di apertura della sede comune dell'Associazione di secondo livello	Pag. 52
Allegato 14	Orario di apertura dello studio di Pediatria di Gruppo	Pag. 53
Allegato 15	Standard della Scheda Sanitaria Informatica	Pag. 54
Allegato 16	Adeguamento alle forme associative previste dall'Accordo regionale 2007	Pag. 55
Allegato 17	Richiesta di Integrazione di Pediatria in Associazione	Pag. 56
Allegato 18	Richiesta di Integrazione di Pediatria di Gruppo	Pag. 57
Allegato 19	Scheda di Monitoraggio delle Forme associative	Pag. 58
Allegato 20	Scheda di verifica della Pediatria in Associazione di primo livello	Pag. 59
Allegato 21	Scheda di verifica della Pediatria in Associazione di secondo livello	Pag. 60
Allegato 22	Scheda di verifica della Pediatria di Gruppo di primo livello	Pag. 61
Allegato 23	Scheda di verifica della Pediatria di Gruppo di secondo livello	Pag. 62
Allegato 24	Esito della verifica delle forme associative	Pag. 63
Allegato 25	Domanda per l'Indennità di Collaboratore di Studio e/o infermieristica.	Pag. 64
Allegato 26	Personale (Collaboratore di Studio/infermiere) fornito da un Medico - Dichiarazione del datore di lavoro	Pag. 65
Allegato 27	Personale (Collaboratore di Studio/Infermiere) fornito da Società/Società di servizi/Cooperative – Dichiarazione del datore di lavoro	Pag. 66
Allegato 28	Art. 275 Legge Finanziaria 266 del 2005	Pag. 67
Allegato 29	Dichiarazione di conformità della stampa delle prescrizioni in base alla legge 266/2005	Pag. 68
Allegato 30	Obiettivi di Salute: modalità operative e misurabilità	Pag. 69

1. PREMESSA

1.1 Dichiarazione preliminare

Il presente Accordo Regionale disciplina e regola, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del Dlgs 502/92 e successive modificazioni e integrazioni e dell'ACN, l'attività del Pediatra di Famiglia a livello regionale ribadendo che:

- *In base alla Convenzione internazionale sui Diritti dell'Infanzia, recepita dal Parlamento con la legge 27 maggio 1991, n. 176, lo Stato riconosce l'infanzia come un bene sociale da salvaguardare e sul quale investire e riconferma che la tutela sanitaria dell'infanzia e dell'adolescenza è un diritto fondamentale ed è uno degli obiettivi specifici proposti dall'O.M.S.*
- *Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino intesa quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, il S.S.N. demanda al medico convenzionato per la pediatria di famiglia i compiti di prevenzione individuale, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come un insieme unitario qualificante l'atto professionale.*
- *La tutela sanitaria dell'infanzia si attua all'interno dell'Area Pediatrica, definita come complesso di spazi e servizi adattati alle esigenze psico-affettive del bambino e della sua famiglia e come complesso di prestazioni fornite da operatori specificatamente formati e preparati per soddisfare bisogni sanitari specifici.*
- *La tutela della salute del bambino e dell'adolescente presuppone la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazione e interazione dei professionisti e uno stretto legame con le strutture sociali, evidenziando la peculiarità di esigenze e condizioni assistenziali.*
- *In questo quadro, il Pediatra di Famiglia è parte attiva e qualificante del SSR ed è lo specialista formato specificamente per offrire una tutela della salute completa e coordinata ai bambini, ragazzi e adolescenti per tutto l'arco della crescita e dello sviluppo e si muove nell'area delle cure primarie partecipando all'appropriatezza ed alla continuità dell'assistenza.*
- *Il Pediatra di Famiglia, nell'ambito delle conoscenze professionali, delle tecnologie disponibili e nei limiti delle risorse e del contesto in cui opera, attraverso il rapporto con i bambini, genitori e comunità:*
 - *svolge attività medico specialistica di assistenza (diagnosi, terapia e riabilitazione) sia con modalità ambulatoriali che domiciliari, nei confronti di bambini e adolescenti, con particolare attenzione all'integrazione e coordinamento delle cure per patologie acute e croniche;*
 - *garantisce attività di prevenzione, educazione sanitaria e di promozione della salute con attenzione allo sviluppo fisico, psichico, relazionale, cognitivo del bambino e adolescente nel contesto ambientale e sociale in cui è inserito;*
 - *contribuisce ad attività di tutela del minore;*
 - *progetta e partecipa ad attività di ricerca sul Territorio;*
 - *promuove e aderisce a programmi di formazione professionale;*
 - *svolge attività didattica nei confronti di personale sanitario, di medici e specialisti in formazione;*
 - *progetta ed attua programmi di miglioramento continuo della qualità.*

In tale contesto si ritiene opportuno fornire gli strumenti per una riorganizzazione delle cure primarie e, attraverso le prestazioni integrative, contribuire alla definizione dei LEA pediatrici regionali, tramite ampi ed esclusivi spazi di contrattazione in merito a:

- *forme e modalità di organizzazione del lavoro e di erogazione delle prestazioni;*
- *processi assistenziali per protocolli correlati alle patologie sociali;*
- *interventi specifici per la popolazione pediatrica da rendere nel contesto familiare o nelle comunità;*
- *assistenza sanitaria aggiuntiva e diversamente strutturata, anche in rapporto alla realizzazione di Progetti-Obiettivo.*

A queste possibilità si potranno aggiungere:

- *la verifica della qualità dell'assistenza;*
- *l'attività di ricerca epidemiologica;*
- *l'acquisizione di dati sanitari;*
- *l'attivazione di un sistema informativo integrato tra pediatri e presidi delle Aziende Sanitarie anche attraverso il collegamento tra studi professionali e centri unificati di prenotazione;*
- *la definizione di ulteriori possibilità per garantire la continuità assistenziale, anche mediante iniziative di associazionismo medico, come indicato dal decreto legislativo n. 229/99, comunque in un contesto collegato con lo specifico servizio, ove già presente a livello territoriale.*

Dovranno essere previste inoltre, sperimentazioni diverse da confrontare e misurare in termini di validità assistenziale, in un coerente rapporto tra costi/benefici ed economicità della spesa.

1.2. Campo di applicazione

Il presente Accordo Regionale regola i rapporti tra i medici Pediatri di Famiglia della Regione Toscana ed il Servizio Sanitario Regionale e si applica a tutti i medici Pediatri Convenzionati con le Aziende Sanitarie Locali a norma dell'art. 8 comma 1 del Dlg 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

1.3. Decorrenza e durata

Il presente Accordo decorre dalla data di pubblicazione nel B.U.R.T della delibera della Giunta regionale di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti.

Il presente Accordo Regionale ha durata fino all'entrata in vigore di un nuovo Accordo Regionale per l'attuazione del prossimo ACN per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Famiglia.

2. IL CONTESTO DI COERENZA

2.1. La strategia sovraregionale

- *Gli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.*
- *L'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 24 luglio 2003 (che ha individuato come priorità 2 "le cure primarie").*
- *Il ruolo più ampio delle Regioni in ambito sanitario, derivante dalla modifica del titolo V della Costituzione che individua la "tutela della salute" come materia di legislazione concorrente, che ha trovato la sua naturale connotazione in Accordi Collettivi Nazionali fortemente "federalisti".*
- *L'Atto d'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sulla spesa sanitaria, in particolare l'art.7: "Meccanismi di raccordo tra aziende sanitarie e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta" che impegna le Regioni a ricercare delle modalità che "definiscono i rapporti tra l'ospedale e il territorio, prevedendo il coinvolgimento costante e permanente dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta per una reale integrazione assistenziale tra le cure primarie e le cure ospedaliere, anche attraverso percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e la condivisione di interventi di prevenzione e percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi".*
- *Art 275 della legge finanziaria 266 del 2006, che impegna le Regioni a subordinare l'erogazione dell'indennità informatica alla stampa del 70% delle prescrizioni informatizzate.*
- *Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, in particolare al punto 3.5 "La riorganizzazione delle cure primarie" e al punto 5.1 "La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza".*

2.2 L'Accordo Collettivo Nazionale

2.2.1 I Principi

ART. 1

Punto 2 " Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti alla sostenibilità economica del SSN 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..."

Punto 3 "Il nuovo quadro istituzionale...ha affidato piena potestà alle Regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato. Il rinnovo degli AA.CC.NN deve riuscire a coniugare il nuovo quadro istituzionale con il rafforzamento del SSN."

Punto 4 "Il PSN 2003-2005... pone il problema di un ripensamento della organizzazione del SSN, individuando il territorio quale punto di forza per la organizzazione della risposta sanitaria e della integrazione socio-sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali e della appropriatezza delle prestazioni".

Punto 5 "Particolare attenzione va riservata alla tematica della salute dei soggetti fragili.....condizione che presuppone la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazione ed interazione dei professionisti ed uno stretto legame con le strutture sociali..."

Punto 7 "Le Regioni e le OO.SS. ...ritengono improrogabile avviare una forte innovazione nella organizzazione e nella gestione del SS attuando quanto indicato nel PSN in ordine al nuovo ruolo del territorio. È necessario, pertanto, pervenire ad un sistema di cure primarie integrato a partire dal primo intervento, riservando all'ospedale il ruolo proprio di azione per le patologie che necessitano di un ricovero".

2.2.2 Gli Obiettivi

ART. 5, in particolare:

- *garanzia di erogazione dei LEA;*
- *promozione della salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare riferimento agli interventi di prevenzione ed educazione e informazione sanitaria;*
- *integrazione fra politiche sanitarie e sociali;*
- *realizzazione della continuità nell'assistenza 24ore su 24 e 7 giorni su 7 nel concetto più ampio della presa in carico dell'utente;*
- *appropriatezza delle prestazioni;*
- *partecipazione della pediatria di famiglia alle scelte di politica sanitaria con assunzione condivisa di responsabilità;*
- *presa in carico da parte del sistema delle cure primarie degli assistibili.*

2.2.3 Gli Strumenti

ART. 6, in particolare:

- *la realizzazione in ambito distrettuale di una rete integrata di servizi finalizzata all'erogazione delle cure primarie con la specificità propria della assistenza pediatrica*
- *lo sviluppo delle forme associative della pediatria di famiglia;*
- *il governo clinico;*
- *l'informatizzazione del sistema;*
- *adeguati percorsi formativi, anche comuni con altri professionisti sanitari.*

2.3. La strategia regionale

- *Legge Regionale 40/2005 “Disciplina del Servizio Sanitario Regionale”*

La legge regionale 40/2005 riafferma, fra i suoi principi, il concetto di “percorso assistenziale” e quello di “responsabilità” dei Pediatri di Famiglia verso gli assistiti dell'attivazione del percorso stesso. In contemporanea attribuisce alle Aziende il compito della definizione di procedure per assicurare l'appropriatezza e la continuità del percorso assistenziale, garantendo in particolare il coinvolgimento della Pediatria di Famiglia ma, più in generale, l'integrazione all'interno del territorio e fra il territorio e l'ospedale.

Quindi il sistema sanitario regionale afferma e garantisce la presa in carico del bisogno sanitario e individua il percorso assistenziale come riconoscimento di un diritto soggettivo all'assistenza sanitaria.

Attraverso la medicina convenzionata il percorso assistenziale da affermazione di un diritto si traduce in percorso organizzato e diventa configurazione della espressione di un governo clinico allocato all'interno della cornice definita, per il medico convenzionato, dalla convenzione nazionale di riferimento.

Il “Governo Clinico” è una politica sanitaria che richiede una assistenza integrata e multidisciplinare centrata sul paziente e sull'insieme del suo percorso assistenziale, sull'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, sulla responsabilizzazione del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Le condizioni di attuazione di una tale politica sanitaria sono influenzate in maniera rilevante dal riuscire a rendere protagonisti e responsabili i professionisti anche della

definizione delle strategie e della disponibilità delle risorse attraverso un processo di condivisione che parta dal basso e che non preveda modelli predefiniti.

La previsione, nella Legge Regionale, della presenza dei medici convenzionati nel Consiglio dei Sanitari delle Aziende usl, delle Aziende ospedaliere-universitarie, nel Collegio di Direzione delle Aziende sanitarie e nel Collegio di Direzione di Area Vasta, nonché negli organismi settoriali di area vasta, codifica canali di ingresso nel governo clinico a livello aziendale e di Area Vasta.

La tradizionale presenza della medicina convenzionata a livello di Zona-Distretto, base del sistema di relazione e di attività, si deve sposare con la sperimentazione delle Società della Salute, sia in termini partecipativi decisionali che di attività.

La legge formalizza in maniera chiara l'attivazione da parte delle Aziende di forme innovative di organizzazione dei servizi sanitari territoriali di Zona Distretto che prevedano la sperimentazione di "Unità di Cure Primarie", da realizzarsi attraverso accordi convenzionali. La specificità della Pediatria di Famiglia indirizza la traduzione di questa disposizione verso una attuazione con modalità organizzative rispondenti alle esigenze assistenziali.

Quindi attenzione speciale per il territorio, e per il governo clinico del territorio, con modalità comunque garantiste di riferimento.

- *Piano Sanitario Regionale 2005-2007, approvato con Del. Consiglio Regionale n.22 del 16 febbraio 2005*

Il PSR 2005-2007 è il piano di riconferma delle grandi strategie, è un piano per la salute, per la definizione di risposte trasversali, che si pone tre grandi obiettivi:

- *il miglioramento della salute e del benessere della popolazione, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti deboli*
- *la soddisfazione e la partecipazione del cittadino*
- *l'efficienza e la sostenibilità del sistema*

Il Sistema Sanitario Toscano mette fra i propri valori la centralità del territorio, individua come elemento portante dell'organizzazione il percorso assistenziale.

Ha come obiettivi strategici:

- *Gli obiettivi di salute*
- *I progetti speciali di interesse regionale*
- *La partecipazione: servizi territoriali per le comunità locali*
- *L'appropriatezza*
- *L'efficienza*

"I medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, quando possibile in forma associata, divengono attori della gestione dei servizi di base, provvedendo ad un reale governo della domanda in favore dell'appropriatezza".

Ma solo con un coordinamento importante ed una condivisione da parte di tutti i medici convenzionati il SST potrà raggiungere gli obiettivi che si è posto.

I progetti speciali di interesse regionale riguardano tutto il sistema dei rapporti a convenzione, fornendo ancora una volta la lettura toscana dell'integrazione professionale ed organizzativa attraverso la declinazione del modello sperimentale delle "cure primarie", legittimato dalla Legge Regionale 40/2005.

Il Piano affida l'attività di governo della domanda ai Medici di Assistenza Primaria, ai Pediatri di Famiglia, agli Specialisti Ambulatoriali, ed agli Operatori sanitari

territoriali orientati ad un comportamento comune, anche con il supporto di nuove modalità organizzative del territorio.

Ancora il Piano conferma l'impegno a promuovere forme di attività comune ed integrata fra i medici convenzionati e gli operatori territoriali aziendali, a livello di Zona Distretto, nonché forme di responsabilizzazione e partecipazione degli stessi medici alle strategie aziendali.

La collaborazione in atto, anche a livello regionale, che ha visto e vede i medici convenzionati attori importanti delle scelte dirette ad un effettivo "Governo Clinico" del territorio, conferma l'obiettivo di un coinvolgimento e di una condivisione sempre più stretta sulle direttrici future di governo dell'assistenza territoriale.

Con estrema coerenza con la legge regionale 40/2005 il PSR assume come fondamento del sistema di relazioni fra il SSN ed i vari professionisti che svolgono ruoli differenziati nel sistema ma che afferiscono all'area della medicina generale, della pediatria di famiglia e della specialistica ambulatoriale la specifica convenzione, conforme agli Accordi Collettivi Nazionali.

3. GLI OBIETTIVI DELL'ACCORDO

L'Accordo Regionale con la Pediatria di Famiglia intende oggi coniugare tutti gli elementi rappresentati che vanno a comporre un quadro estremamente complesso che va ad identificarsi nel concetto di LEA pediatriche regionali.

La delegazione di parte pubblica e le delegazioni sindacali definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Regionale recepito con DGR 658 del 18/06/2001 e stipulato sulla base delle disposizioni ex DPR 272/2000.

Le parti, in relazione al quadro normativo vigente, riconoscono che il Servizio Sanitario Regionale della Regione Toscana nel suo complesso garantisce la risposta ai bisogni di salute dei propri cittadini, ma ritengono improrogabile avviare un'innovazione nella organizzazione del Sistema dei Servizi Sanitari Territoriali favorendo forme di organizzazione del lavoro utili per pervenire ad una di risposta ai bisogni di salute degli assistiti, riservando all'ospedale il ruolo proprio di azione per le patologie che necessitano di un ricovero.

A tal fine si ritiene utile realizzare un'organizzazione della Pediatria di Famiglia capace di individuare e di intercettare maggiormente ed ancor più efficacemente, il bisogno di salute di bambini ed adolescenti, di dare le risposte appropriate e di organizzare opportunità di accesso secondo modalità che assicurino al cittadino non solo la certezza dell'intervento, ma anche l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa del Pediatra di Famiglia, nonché di tutti gli altri servizi territoriali.

La Pediatria di Famiglia conferma inoltre le modalità sia ambulatoriali che domiciliari di erogazione della propria attività assistenziale.

Le parti ribadiscono la validità del Servizio Sanitario Nazionale solidale, universale ed equo, quale organizzazione fondamentale per la tutela e la promozione della salute. Le innovazioni necessarie, devono puntare ad adeguare il sistema stesso a rispondere in modo appropriato ed integrato alla domanda di sanità dei cittadini, tutelando e valorizzando il rapporto fiduciario medico - paziente.

L'attività del Pediatra di Famiglia si configura quindi in quanto disciplinata dalle disposizioni contenute nell'ACN e dalle implementazioni previste dall'Accordo Regionale sia sul livello assistenziale ed organizzativo delle cure primarie sia sul livello delle attività rivolte alla prevenzione ed all'educazione sanitaria.

In questo contesto le parti condividono la necessità di definire in particolare le condizioni per poter dare l'opportunità a tutti i Pediatri di Famiglia di realizzare una diversa organizzazione del lavoro, tenendo presente le diversità territoriali all'interno del territorio regionale e soprattutto la peculiarità della Pediatria di Famiglia che non ha una distribuzione omogenea in tutto il territorio regionale ed è fortemente differenziata tra i centri urbani e le periferie.

4. I CONTENUTI

A) INDICAZIONI PER LE AZIENDE SANITARIE IN MERITO ALLA COSTITUZIONE DEI COMITATI AZIENDALI ex Art. 23

Entro 30 gg dalla data di recepimento del presente Accordo con delibera della Giunta Regionale, le Aziende Sanitarie Locali sono tenute a costituire i Comitati Aziendali ex art.23 dell'ACN, secondo le indicazioni dell'allegato "C" "Indicazioni per le Aziende Sanitarie in merito alla costituzione dei Comitati Aziendali ex art. 23 previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale per i Pediatri di Famiglia", contenuto nella delibera della Giunta Regionale n. 156 del 7.3.2006.

Il termine di 180 gg per la definizione degli Accordi Aziendali avrà decorrenza dalla data di recepimento con atto della Giunta Regionale dell'Accordo Regionale.

B) COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (Art. 33 ACN)

Commi da 1 a 12 Invariati rispetto all'Accordo Collettivo Nazionale.

Comma 13 Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla S.C. Gestione del personale Convenzionato dell'Azienda USL 10 di Firenze, soggetto individuato dalla Regione, apposita domanda di assegnazione di incarico per uno o più degli ambiti territoriali carenti pubblicati.

Comma 14 Invariato rispetto all'Accordo Collettivo Nazionale.

Comma 15 L'Azienda USL 10 di Firenze, una volta predisposte separate graduatorie tra coloro che aspirano alla copertura degli ambiti carenti, per trasferimento da altri ambiti territoriali od attraverso la consultazione della graduatoria annuale provvede alla convocazione presso la sede della S.C. Gestione del Personale Convenzionato dell'Azienda USL, in maniera programmata, mediante raccomandata a.r. o telegramma, per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione, dei medici aventi titolo al conferimento degli incarichi dichiarati carenti dalle varie Aziende toscane e pubblicati sul BURT.

Comma 16 Invariato rispetto all'Accordo Collettivo Nazionale.

Comma 17 Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria irrevocabile accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione degli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti che egli avrà indicato. Peraltro, in caso di trasferimento, nel telegramma il pediatra dovrà dichiarare di non svolgere altra attività oltre a quella oggetto del trasferimento (fatta eccezione per incarichi di Continuità Assistenziale), nonché di essere consapevole che, in caso di successiva rinuncia al trasferimento, decade comunque dall'incarico di provenienza.

Comma 18 Eliminato.

C) INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE**C1 - Incarichi a tempo indeterminato (Art. 34 ACN)**

- Comma 1* Invariato rispetto all'Accordo Collettivo Nazionale.
- Comma 2* L'Azienda USL 10 di Firenze, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico, trasmette la documentazione all'Azienda Sanitaria che ha richiesto la pubblicazione della zona carente, la quale conferisce allo specialista l'incarico a tempo indeterminato con provvedimento adottato nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento di Organizzazione aziendale, e da comunicare all'interessato/a mediante raccomandata con avviso di ricevimento.
L'Azienda che aveva richiesto la pubblicazione della zona carente, appena conferito l'incarico a tempo indeterminato, qualora l'incarico sia dato ad un medico proveniente da altra Azienda, comunica a quest'ultima l'avvenuto conferimento dell'incarico ai fini di quanto previsto dal comma 9 dell'art 33.
- Comma 3* Dalla data di ricevimento della comunicazione di cui al comma precedente decorrono i 90 giorni entro i quali il pediatra, a pena di decadenza, deve:
- aprire nell'ambito territoriale carente assegnatogli, tenuto conto delle eventuali prescrizioni di cui all'art. 33 comma 11, uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art. 35, e darne comunicazione all'Azienda;
 - eleggere il proprio domicilio nella zona assegnatagli, se risiede in altro Comune;
 - comunicare l'Ordine Professionale provinciale al quale è iscritto.
- Comma 4* L'incarico si intende definitivamente conferito, ai fini della decorrenza dell'iscrizione nell'elenco e della autorizzazione ad acquisire le scelte degli assistiti, con la comunicazione della Azienda che ha conferito l'incarico attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine di 15 giorni di cui al comma 9, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà delle Aziende di far luogo in ogni tempo alla verifica della idoneità dello studio.
- Commi 5 -14* Invariati rispetto all'Accordo Collettivo Nazionale.

C2 - Incarichi provvisori (Art. 37 ACN)

Ai pediatri incaricati in base a quanto previsto dall'Art. 37 dell'ACN, possono essere attribuite nuove scelte, limitatamente alla durata dell'incarico; sarà cura delle Aziende informare gli assistiti che la scelta sarà valida fino al termine dell'incarico provvisorio.

Al momento dell'inserimento del Pediatra con incarico a tempo indeterminato, l'assistito dovrà procedere alla scelta del nuovo Pediatra, oppure degli altri presenti nell'ambito territoriale, in grado di acquisire scelte.

Per il conferimento degli incarichi provvisori si conferma quanto previsto dalle Delibere Regionali 397/2002 e 298/2003.

D) MANTENIMENTO ISCRIZIONE DEL CITTADINO STRANIERO DOPO LA SCADENZA DEL TITOLO DI SOGGIORNO

La normativa cui è necessario far riferimento è:

- l'art. 42 del D.P.R. 31.08.1999 n. 394 (Regolamento di attuazione del Testo Unico D.Lgvo 25.07.1998 n. 286) stabilisce che l'iscrizione al S.S.N. da parte del cittadino straniero cessi con la scadenza del permesso di soggiorno, salvo il caso in cui l'interessato esibisca la documentazione comprovante la richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno o il permesso di soggiorno rinnovato;
- l'art. 39 comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale dispone che la scelta del pediatra da parte del cittadino extracomunitario sia automaticamente rinnovata alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno, fatta salva ogni eventuale azione di rivalsa per quote percepite anche a seguito del mancato rinnovo del permesso di soggiorno.

Dalla lettura delle due disposizioni si ricava che il cittadino extracomunitario, per evitare di essere cancellato dal S.S.N., con conseguente esclusione dall'elenco del proprio pediatra di famiglia, deve recarsi presso gli uffici dell'Azienda USL esibendo copia della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno ovvero, se già posseduto, il nuovo permesso di soggiorno.

Al fine di evitare ingiustificate interruzioni nella erogazione dell'assistenza sanitaria, si conviene che il cittadino straniero, una volta scaduto il proprio permesso (o carta) di soggiorno, mantenga l'iscrizione nell'elenco del proprio Pediatra di Famiglia per un ulteriore periodo di tre mesi.

Scaduto tale termine, senza che l'interessato abbia documentato agli uffici dell'Azienda USL l'avvenuta presentazione della domanda di rinnovo del permesso di soggiorno, lo stesso verrà cancellato dall'iscrizione al S.S.N.; verrà, di conseguenza, revocata la scelta del Pediatra di Famiglia, ed a quest'ultimo verranno recuperate tutte le quote erogate per le mensilità successive alla scadenza del vecchio permesso di soggiorno.

Naturalmente sulla tessera sanitaria dovrà comparire la data di scadenza del permesso di soggiorno; infatti, nel trimestre successivo a tale scadenza, l'erogazione dell'assistenza sanitaria, anche da parte del Pediatra di Famiglia, è comunque condizionata dal rinnovo del permesso di soggiorno, e può essere oggetto di richiesta di rimborso da parte dell'Azienda.

Con la esibizione della domanda di rinnovo del titolo di soggiorno, il cittadino straniero si vedrà prorogato il diritto all'assistenza di tre mesi in tre mesi, fino a quando sarà in grado di esibire il titolo di soggiorno rinnovato. Naturalmente, in questo caso, il mancato rinnovo del titolo di soggiorno non comporterà alcun recupero nei confronti del Pediatra di Famiglia che avrà garantito l'assistenza nei periodi di validità della tessera sanitaria rinnovata di tre mesi in tre mesi.

Le Aziende dovranno provvedere affinché gli addetti agli sportelli comunichino al cittadino extracomunitario, eventualmente anche per mezzo di informativa scritta, fin dal momento dell'iscrizione che dopo la scadenza del proprio permesso di soggiorno lo stesso presenti al più presto, e comunque entro tre mesi, allo sportello la documentazione della avvenuta richiesta alla Questura del rinnovo del permesso di soggiorno senza aspettare il rilascio del permesso rinnovato, pena lo scadere del proprio diritto alla assistenza erogata dal Pediatra di Famiglia.

Dalla presente disciplina è escluso il cittadino straniero iscritto al S.S.N. a titolo facoltativo, per il quale l'iscrizione ha decorrenza dalla data di versamento del contributo previsto e scade comunque al termine dell'anno solare, anche se permane la validità del titolo di soggiorno.

E) ASSISTITI EXTRACOMUNITARI NON IN REGOLA CON IL PERMESSO DI SOGGIORNO

Agli assistiti extracomunitari, non in regola con il permesso di soggiorno e appartenenti all'età pediatrica 0-14 anni, la cui assistenza di base è competenza dei Pediatri di Famiglia, in via sperimentale per un periodo di 1 anno, è garantita l'assistenza sanitaria di base erogata dal Pediatra di Famiglia attraverso il ricorso alla visita occasionale (ambulatoriale e domiciliare) con oneri a carico dell'Azienda sanitaria, a seguito di notulazione all'interno delle prestazioni aggiuntive mensili.

In deroga a quanto previsto dall'art 49 comma 7 in merito alla impossibilità di effettuare prescrizione farmaceutica e specialistica ai soggetti che non hanno effettuato la scelta del pediatra, nel caso degli extracomunitari non in regola con il permesso di soggiorno è consentita la prescrizione farmaceutica e specialistica.

Resta inteso che la codifica che deve essere utilizzata per l'indicazione sul ricettario del SSR è la codifica STP che contiene 16 caratteri come il Codice Fiscale.

Anche in questo caso le Aziende sanitarie sono tenute a regolamentare l'organizzazione del servizio in oggetto, compreso la modalità di rilascio del codice STP che resta esclusiva competenza aziendale.

Le Aziende sono tenute a tenere un apposito elenco di tutte queste prestazioni al fine di effettuare un monitoraggio trimestrale del fenomeno. In merito agli esiti del monitoraggio dovrà essere informato il Comitato Regionale per valutare gli eventuali interventi correttivi.

F) GOVERNO CLINICO

In applicazione dei principi espressi dall'ACN, dal PSR 2005-2007 e dalla Legge Regionale n.40/2005, in ordine alla partecipazione dei medici convenzionati ed in particolare della Pediatria di Famiglia al governo del sistema sanitario regionale, le parti prendono atto della deliberazione della Giunta Regionale n. 260 del 10.4.2006 avente per oggetto "L.R. 40/2005. Istituzione della commissione tecnico scientifica per la medicina del territorio".

G) DIRITTI SINDACALI

Ai medici che sostituiscono i Pediatri di Famiglia incaricati come rappresentanti nazionali, regionali e provinciali dei sindacati medici di categoria, o nominati alle cariche degli organi ordinistici per l'espletamento dei rispettivi mandati, o eletti in Parlamento, ai consigli regionali, provinciali e comunali, spetta un compenso equivalente a quello previsto per le attività orarie di continuità assistenziale per l'anno di riferimento (20,84 euro a partire dall'1/1/06), aumentate del 50% (corrispondenti a 31,26 euro a partire dall'1/1/2006) se il sostituto è specialista in pediatria o disciplina equipollente.

Il compenso è corrisposto al sostituto, dietro presentazione da parte del titolare del numero di ore di sostituzione.

Per la partecipazione a commissioni formalmente costituite previste dagli Accordi Nazionali e/o regionali e da normative nazionale, regionale e aziendale, ivi compresa la partecipazione agli organi elettivi delle Società della Salute, l'ammontare orario del rimborso della spesa è quanto previsto dal comma precedente in caso di sostituto specialista in pediatria (31,26 euro), integrato del tempo occorrente per il viaggio e dalle spese di viaggio. Se la riunione viene svolta all'interno del Comune dove il pediatra svolge l'attività, il tempo occorrente per il viaggio e le relative spese viene quantificato in 1 ora aggiuntiva omnicomprensiva.

Per la partecipazione alle riunioni previste dal presente comma il rimborso previsto va pagato direttamente al titolare, dietro presentazione di un attestato di partecipazione con indicazione delle ore di durata.

H) RAPPORTO OTTIMALE

Si conferma quanto previsto nell'Accordo Regionale 2001.

Si concorda l'opportunità di raccogliere ed analizzare eventuali criticità locali, individuando le possibili soluzioni con il coinvolgimento delle Aziende interessate all'interno del Comitato Regionale.

Si concorda, inoltre, una verifica dello stato di assistenza pediatrica da effettuarsi dopo un anno dalla sottoscrizione del presente Accordo.

I) MASSIMALE

Al fine di assicurare una maggiore libertà di scelta, in sostituzione della deroga del 10% del massimale (ACN art. 38, comma 8) prevista attualmente solo per le prime scelte e per le variazioni di scelta nel primo anno di vita, il massimale è fissato a 900 assistiti.

È confermato quanto previsto dal comma 9 in merito a soggetti in età pediatrica appartenenti allo stesso nucleo familiare; si precisa che tale deroga è applicabile solo in favore di neonati.

Le scelte previste dai commi 9, 10 e 13 sono conteggiate in separato elenco e, nel momento in cui i soggetti in carico sono uguali o superiori al massimale individuale, non possono superare le 150 unità, salvo diverse determinazioni del Comitato Aziendale per motivate esigenze locali.

I pediatri già autolimitati all'entrata in vigore del presente Accordo devono confermare entro 30 giorni la propria limitazione al massimale; le quote di autolimitazione sono previste solo nella misura di 600, 700 o 800 unità, comprensive delle scelte previste dai commi 9, 10 e 13.

Per gli autolimitati sono comunque previste le deroghe per i fratelli ed eventuali scelte con pari numero di ricusazioni di tredicenni.

J) APERTURA DEGLI STUDI MEDICI

I pediatri che hanno superato il numero di 840 assistiti in carico e che non partecipano a forme associative che comportano un orario ambulatoriale aggiuntivo a quanto previsto dall'ACN, devono adeguare l'orario di apertura dello studio con la seguente distribuzione:

- fino a 900 assistiti in carico, 16 ore settimanali;
- da 901 a 950 assistiti in carico, 17 ore settimanali;
- oltre 950 assistiti in carico, 18 ore settimanali.

La valutazione verrà fatta annualmente in base agli assistiti in carico al 31 Dicembre.

L'orario giornaliero di apertura per i pediatri che hanno in carico oltre 250 assistiti, non può mai essere inferiore alle 2 ore.

K) CARTA DEI SERVIZI

In ogni Studio Medico deve essere disponibile una Carta dei Servizi contenente informazioni in merito ai compiti ed ai doveri e diritti del Pediatra e dei Cittadini (art. 44 ACN, lett. e) predisposta nell'ambito del Comitato Aziendale (Allegato 1).

Ciascun pediatra dovrà approntare una Carta dei Servizi specifica della propria modalità organizzativa, secondo quanto previsto nell'Allegato 2.

I contenuti specifici, relativi a dati riferiti ad indirizzi, orari, componenti forme associative ecc..., sono oggetto di variabilità aziendale, secondo intese raggiunte in sede di Comitato Aziendale.

L) PRESTAZIONI ASSISTENZIALI NON DIFFERIBILI

Fermo restando che la richiesta di prestazione urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile, nell'ottica dell'erogazione dei LEA e di una contemporanea appropriatezza delle prestazioni, l'attività assistenziale del Pediatra di Famiglia per prestazioni non differibili si esplica, nel contesto del rapporto di reciproca fiducia medico paziente, attraverso i seguenti strumenti:

- consulenza telefonica;
- attività domiciliare, qualora le condizioni cliniche non consentano la trasferibilità dell'ammalato, con le modalità previste dall'art.46 dell'ACN;
- attività ambulatoriale (attività medica prestata nello studio del pediatra), ulteriore rispetto a quella programmata, assicurata con modalità organizzative che garantiscano risposte assistenziali adeguate nell'arco delle 24 ore dalla richiesta (es. spazi temporali dedicati, corsie preferenziali) ed esecuzione di eventuali prestazioni di Self-Help.

M) CONTATTABILITÀ TELEFONICA

Il Pediatra di Famiglia non inserito di fatto in una forma associativa, oltre quanto previsto dall'ACN, deve garantire una contattabilità telefonica di 2 ore al giorno comprese tra le 10 e le 19, da individuare al mattino o al pomeriggio in una fascia oraria alternativa a quella di apertura dello studio.

Il Pediatra di Famiglia comunica all'Azienda l'orario, autonomamente determinato, ed il recapito telefonico che deve essere inserito nella Carta dei Servizi dell'Azienda e del Pediatra. Non è imputabile al pediatra la momentanea sospensione del servizio dovuta ad interruzione della rete, perdita del segnale o altre anomalie non dipendenti dal pediatra.

Per tale attività è previsto un compenso di 3,50 euro annuo/assistito in carico, da corrispondere mensilmente in dodicesimi.

All'interno del Comitato Aziendale saranno concordate le modalità di verifica della contattabilità telefonica dei pediatri non inseriti in alcuna forma associativa.

Le Aziende possono prevedere intese con i Pediatri di Famiglia per ampliare la contattabilità telefonica di ulteriori 2 ore, prevedendo un compenso di 2,00 euro annuo/assistito in carico, da corrispondere mensilmente in dodicesimi.

N) PERCORSO PREFERENZIALE ESAMI URGENTI E SELF-HELP

Si conviene di dare proseguimento al Progetto Self-Help ed al Percorso Preferenziale per gli esami urgenti avviati con l'Accordo Regionale 2001, che sono ritenuti strumenti essenziali per rispondere in modo adeguato ed appropriato alle domande assistenziali tipiche della pediatria ed a permettere al tempo stesso l'intercettazione, la presa in carico e il governo dei percorsi assistenziali nel contesto delle cure primarie. Tutto ciò nell'ottica di un costante adeguamento del territorio quale punto di forza per l'organizzazione della risposta sanitaria e capace di dare risposte appropriate, riservando all'ospedale il ruolo proprio di azione per le patologie che necessitano di ricovero.

Si prende atto che tali opportunità diagnostiche fanno parte della normale attività professionale del Pediatra di Famiglia.

Nell'ambito dell'attività assistenziale, nei casi di prestazioni urgenti o comunque non differibili è confermata la possibilità di avvalersi di percorsi preferenziali per l'effettuazione di esami urgenti e di attività di self-help diagnostico presso lo studio del pediatra, sia nelle situazioni che richiedono una risposta assistenziale tempestiva ed efficace, sia nella individuazione e cura di patologie croniche ad alta prevalenza in pediatria senza il ricorso all'invio a centri specialistici di secondo livello.

N1 -Percorso Preferenziale esami urgenti

Nel contesto del Comitato Aziendale, d'intesa con le competenti strutture aziendali o extraaziendali di riferimento, devono essere concordate le modalità organizzative per l'accesso diretto ai servizi diagnostici, prevedendo la risposta in tempi più o meno rapidi a seconda del tipo di esame richiesto, anche attraverso l'invio telematico allo studio del pediatra.

Sono previste le seguenti tipologie di esami:

A) esami con risposta nell'arco di poche ore (comunque nella stessa giornata)

ESAMI EMATOCHIMICI

Glicemia
Creatininemia
Elettroliti
PCR
Ves
Bilirubinemia tot. e fraz.
Alt – Ast
Protidogramma
Emocromo completo
Esame urine completo

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Rx torace
Ecografia addome completo
Ecografia articolazioni

B) esami con risposta nell'arco di 48 ore

Anticorpi anti-EBV
Anticorpi anti-micoplasma
Urinocoltura

Ai fini di una eventuale valutazione aziendale e per facilitare alcune modalità organizzative e di verifica, si conviene che sulla richiesta il pediatra, oltre al quesito diagnostico, apponga la dizione “*percorso preferenziale esami urgenti*”.

Le Aziende adottano le modalità organizzative necessarie per la realizzazione del percorso preferenziale degli esami urgenti, indipendentemente dall'Accordo Aziendale con la Pediatria di Famiglia e comunicano al Comitato Regionale l'avvenuta attivazione.

N2 - Attività di Self-Help

Nell'ambito dell'assistenza ambulatoriale, il Pediatra di Famiglia può avvalersi di presidi diagnostici a risposta rapida (Self-Help) da attuarsi nel proprio studio.

A) Nell'ambito delle prestazioni urgenti o non differibili, si individuano le seguenti attività diagnostiche:

1. Ricerca SBEGA
2. PCR (metodo quantitativo)
3. Otoscopia pneumatica
4. Impedenzometria
5. Stick urine
6. Emocromo
7. Pulsiossimetria
8. Glicemia (stick)
9. Prick by prick con latte vaccino

B) Nell'ambito di processi assistenziali rivolti a soggetti in età pediatrica affetti da patologie croniche ed al fine di ridurre l'accesso improprio a strutture di secondo livello per situazioni risolvibili nell'ambito del sistema delle cure primarie, si individuano le seguenti attività diagnostiche:

- Allergologia
 1. Prick Test (8 allergeni)
 2. Spirometria
 3. Ig E specifiche (pannello)

- Ortopedia
 1. Podoscopia
 2. Scoliometria

Le prestazioni diagnostiche di Self-Help effettuate devono essere notulate mensilmente all'Azienda USL che provvederà al pagamento secondo il tariffario all'Allegato 3.

Il pediatra è tenuto a conservare adeguata documentazione presso lo studio, con nota all'interno della cartella clinica, delle azioni effettuate.

Il materiale di consumo per le attività diagnostiche ed il costo della strumentazione sono a carico del pediatra.

Il Comitato Aziendale dovrà effettuare un monitoraggio ogni 6 mesi della spesa relativa all'attività di Self Help per una verifica con la programmazione aziendale e poter concordare eventuali correttivi.

Le attività previste dal punto B sono effettuate a giudizio del Pediatra, salvo percorsi assistenziali concordati nel Comitato Aziendale e secondo gli Accordi Aziendali già in vigore.

O) ACAP (Attività di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica)

Le parti prendono atto degli esiti della sperimentazione effettuata in 9 Aziende Sanitarie Locali a seguito dell'applicazione della Del. G.R. n. 1279 del 10.12.2003 che ha visto a partire dal 2004 in avanti un trend in crescita degli accessi alla Consulenza Ambulatoriale Pediatrica.

Nel primo semestre 2006 risultano complessivamente 13.500 accessi su 14 sedi attivate.

Si condividono pertanto i seguenti punti:

- la conclusione della fase sperimentale e definizione della messa a regime per le Aziende che intendono mantenere tale livello di erogazione di assistenza pediatrica;
- la costituzione di un tavolo di confronto, composto da tutte le componenti sindacali rappresentative delle professionalità coinvolte nel progetto, dalle rappresentanze delle Aziende sanitarie locali, delle Società della Salute e della Direzione Generale del Diritto alla Salute, finalizzato alla individuazione di eventuali ulteriori modalità organizzative.

P) PROGETTO SALUTE INFANZIA

Il Pediatra di Famiglia si occupa della salute del bambino nella sua globalità, in accordo con la definizione della OMS secondo cui la salute dell'individuo non è soltanto uno stato caratterizzato da assenza di malattia, ma il raggiungimento di uno stato di benessere fisico, psichico e sociale.

In questo contesto al Pediatra di Famiglia è attribuito non solamente il compito della diagnosi e cura delle malattie, ma anche quello della prevenzione.

Il Progetto Salute Infanzia ha l'obiettivo di strutturare la funzione della prevenzione del Pediatra di Famiglia attraverso lo svolgimento di:

- visite filtro (definite "Bilanci di Salute") per l'individuazione precoce dei soggetti affetti da handicap neurosensoriali e psichici;
- interventi di educazione sanitaria nei confronti dei propri assistiti rispetto ai rischi prevalenti per l'età evolutiva;
- esecuzione di screening;
- interventi di profilassi delle malattie infettive.

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 e di quelle di emergenza, risparmio dell'uso di farmaci...).

L'esecuzione del Bilancio di Salute influisce inoltre positivamente sull'attività del Pediatra di Famiglia che diventa il primo e insostituibile attore della prevenzione e dell'educazione sanitaria.

Il Bilancio di Salute si configura anche come elemento essenziale per la lettura dello stato di salute di tutta la popolazione (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.

Pertanto, in considerazione dell'importanza delle attività di prevenzione contenute all'interno del Progetto Salute-Infanzia, si auspica un diffuso utilizzo da parte del Pediatra di Famiglia dello strumento dei Bilanci di Salute e si concorda che la loro effettuazione rappresenti un Obiettivo di Salute primario per tutte le Aziende.

Si confermano il numero (9) dei Bilanci di Salute di cui al precedente Accordo Regionale e, ai fini di una continuità assistenziale con il Medico di Assistenza Primaria, si inserisce un Bilancio di Salute al 14° anno.

Poiché gli screening neurosensoriali (udito e vista) sono già effettuati in gran parte della popolazione pediatrica, al fine di omogeneizzare ed ampliare l'intervento sulla totalità della popolazione infantile regionale, si conviene che in ogni Azienda sia prevista l'esecuzione di: BOEL Test, Stereo test, Acuità Visiva.

Riguardo agli interventi di profilassi delle malattie infettive, i Pediatri di Famiglia possono essere utilizzati per la promozione, l'effettuazione e il controllo delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, secondo le modalità previste dall'Accordo regionale 2001.

Strumento indispensabile per la realizzazione del progetto Salute Infanzia è rappresentato dal "Libretto Sanitario Individuale" da compilare da parte del Pediatra di Famiglia e da affidare al legale rappresentante del minore.

In tal modo può essere resa visibile e valorizzata la funzione preventiva nei confronti del bambino da parte del Pediatra di Famiglia, il quale può assumersi la responsabilità di funzioni svolte impropriamente da altri operatori del Sistema Sanitario (consultori pediatrici, medicina scolastica, strutture neonatali ospedaliere).

Scadenze e contenuto dei singoli Bilanci di Salute sono riportati nell'Allegato 4.

I Bilanci di Salute vengono effettuati sulla totalità della popolazione infantile residente nella Regione Toscana alle seguenti scadenze:

- 15 gg dall'iscrizione all'SSN, con un comporta di 10 gg (Presa in Carico del Neonato);
- 3, 6, 8, 12 mesi, con un comporta di più o meno 30 giorni;
- 18 mesi, con un comporta di più o meno 90 giorni;
- 3, 6 anni, con un comporta di più o meno 180 giorni;
- 10, 14 anni, con un comporta di un anno.

La Presa in Carico del Neonato è parte qualificante del "Progetto Salute Infanzia" ed è rivolta a tutti i neonati; è effettuata, per i "primi nati" e su richiesta della famiglia, di norma attraverso l'esecuzione di una visita domiciliare, a condizione che il pediatra sia portato a conoscenza della scelta da parte dell'Azienda entro 7 giorni dall'avvenuta iscrizione.

Sono fatti salvi i progetti Aziendali in essere o in attuazione relativi alle dimissioni concordate del neonato previsti dagli Accordi vigenti.

Il BOEL Test, lo Stereotest di Lang e l'Acuità Visiva con ottotipo sono eseguiti rispettivamente durante l'effettuazione dei Bilanci di Salute di 8, 18 mesi e 6 anni.

Se i suddetti test risultano dubbi o è impossibile eseguirli, possono essere effettuati e comunicati successivamente. In tal caso pur se obbligatoria la notifica, saranno liquidati una sola volta. Lo Sterotest di Lang può essere eseguito in tutto il corso del secondo anno di vita.

In occasione del Bilancio di Salute dei 14 anni il Pediatra di Famiglia consegna ai genitori copia della cartella clinica, anche al fine di garantire la continuità dell'assistenza dal Pediatra di Famiglia al Medico di Assistenza Primaria. In caso di richiesta da parte della famiglia di estensione dell'assistenza pediatrica fino ai 16 anni, la cartella clinica sarà consegnata a scadenza con i dovuti aggiornamenti.

La trasmissione dell'effettuazione dei Bilanci di Salute, del BOEL Test, dello Stereotest, dell'Acuità Visiva avviene con una scheda di riepilogo, conforme all'Allegato 5, salvo diversi Accordi Aziendali, che deve essere trasmessa entro il giorno 15 del mese successivo.

Al riepilogo mensile devono essere allegate solo le schede dei Bilanci di Salute che presentano una patologia rilevante o situazioni di grave disagio socio-ambientale (Allegato 6). Le patologie rilevanti sono notificate tramite la trasmissione del codice CIM correlato.

Il riepilogo delle prestazioni effettuate può essere comunicato mensilmente all'Azienda in formato informatizzato (excel o word) tramite invio telematico.

L'Azienda al momento della corresponsione dei compensi relativi ai Bilanci di Salute comunicati, dovrà inviare al Pediatra l'elenco dei Bilanci di Salute non liquidati con le relative motivazioni.

Il compenso del Bilancio di Salute è di 12,91 € detratta la quota ENPAM a carico dell'Azienda.

Il compenso del BOEL Test, dello Stereotest di Lang e dell'Acuità Visiva è di 14,46 €

Il compenso per altri screening aggiuntivi sarà concordato a livello aziendale.

Per gli interventi di educazione sanitaria integrati nel Bilancio di Salute, nonché per la compilazione del Libretto Pediatrico rimane confermato il compenso di 4,65 €/anno per ogni assistito in carico.

Q) VACCINAZIONI

Le vaccinazioni possono essere effettuate dai Pediatri di Famiglia secondo Accordi con le Aziende USL, al fine anche di integrarsi con i servizi vaccinali:

- attraverso ore di Attività Programmata Territoriale
- su base volontaria con tariffe e modalità previste dell'Accordo Regionale 2001

R) PERCORSO ASSISTENZIALE AL CRONICO

Le parti concordano che entro 90 gg dall'approvazione del presente Accordo sarà predisposto a livello regionale un percorso assistenziale avente per oggetto l'Obesità.

S) FONDO ex Art. 45

In applicazione dell'art. 45, è istituito il Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza per l'anno 2005, in base a quanto previsto dall'art. 58, lett. B.

Comma 1		€2,09	Assistiti →335.394	€700.973,46
Comma 3		€2,07	Assistiti →335.394	€694.265,58
Comma 2	Tetti DPR 272/2000 per:	Costo per tetti previsti nel DPR 272/2000		
	Associazione	30% €311.915,80	Incremento determinato dalle risorse aggiuntive regionali, secondo quanto previsto nel nuovo ACN, all'art. 59, lett. B, comma 2 (846.096,04-545.516,74)	
	Gruppo	5% € 60.539,70		
	collab.studio	10% € 173.061,24		
		€ 545.516,74	€300.579,30	
Totale fondo 1.1.2005				€1.695.818,34

T) FORME ASSOCIATIVE

L'art. 52 dell'Accordo Collettivo Nazionale,

al punto 1) recita: *"...al fine di conseguire un più elevato livello delle prestazioni e per facilitare il rapporto fra cittadino e Pediatria di Libera Scelta, i pediatri iscritti negli elenchi della Pediatria di Famiglia possono concordare e realizzare forme di lavoro associativo, secondo le modalità, i principi e le tipologie indicate ai commi successivi e negli Accordi Regionali ed Aziendali"*;

al punto 2) indica le forme associative: la pediatria di gruppo, la pediatria in associazione, la pediatria in rete;

al punto 3) elenca le finalizzazioni comuni:

- a) erogare prestazioni di tipo diagnostico, preventivo, terapeutico e di educazione sanitaria;
- b) erogare assistenza riabilitativa, ambulatoriale e domiciliare;
- c) realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale fra pediatri di libera scelta ed altre categorie mediche;
- d) perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei Pediatri di Famiglia con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante delle Equipe Territoriali di cui all'art. 26, se costituite;
- e) realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei Pediatri di Famiglia, anche prevedendo la presenza di almeno uno Studio nel quale i pediatri associati svolgono a rotazione attività concordate;
- f) perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale;
- g) condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza ed attuare momenti di verifica periodica.

Con riferimento al rinvio agli Accordi Regionali di cui al punto 1, al richiamo presente in ogni declaratoria delle forme associative *"a diverse determinazioni regionali"*, in coerenza con le previsioni del Piano Sanitario Regionale sia in tema di valorizzazione del territorio che di attenzione alla tutela dei soggetti deboli, considerate le caratteristiche peculiari dell'assistenza pediatrica e la sua distribuzione sul territorio, si individuano le sottoelencate tipologie di forme associative, ognuna caratterizzata da specifici requisiti:

- Pediatria in Associazione di primo livello
- Pediatria in Associazione di secondo livello
- Pediatria di Gruppo di primo livello
- Pediatria di Gruppo di secondo livello

Tali forme associative sostituiscono quelle descritte dall'articolo 52 dell'Accordo Collettivo Nazionale, fatta eccezione per la Pediatria in Rete che sarà oggetto di separata e successiva definizione a livello regionale.

Nel frattempo le Aziende possono concordare con i Pediatri di Famiglia l'attivazione della *"Pediatria in Rete"* che deve prevedere i seguenti compiti:

- a. prenotazione CUP
- b. ricevimento di referti e dimissioni
- c. indirizzo mail aziendale cognome.nome@pdf.toscana.it
- d. invio delle prestazioni mensili per mail

La tariffa annua è di 4 euro/anno/assistito in carico.

Nell'ambito della strategia che la Regione Toscana intende percorrere, in coerenza con quanto previsto dal Piano Sanitario 2005-2007 che prevede come massima forma organizzativa della medicina del territorio l'Unità di Cure Primarie, è intenzione comune la costruzione di strumenti condivisi che consentano di ottimizzare le risorse disponibili in considerazione della peculiarità dell'assistenza pediatrica, della numerosità dei pediatri e della distribuzione territoriale.

In questa logica non sono previste limitazioni alla possibilità di accesso ad una delle forme associative disciplinate dal presente Accordo, da parte dei pediatri che ne facciano richiesta; l'erogazione della relativa indennità è subordinata alla programmazione aziendale (annuale e pluriennale). Tale programmazione deve essere predisposta all'interno del Comitato Aziendale, tenuto conto dell'entità e tipologia delle richieste presentate entro il 30 settembre di ogni anno (Allegato 7), nonché delle esigenze aziendali. La programmazione è finalizzata alla costituzione di nuove forme associative, all'integrazione di quelle preesistenti, con particolare attenzione verso lo sviluppo delle forme più evolute. La relativa indennità è riconosciuta a partire dal 1° Gennaio dell'anno al quale si riferisce la programmazione.

Deve costituire impegno per i Direttori Generali pervenire, dove sussistono le condizioni, ad una copertura totale di erogazione dell'assistenza sanitaria di base territoriale attraverso le forme associative.

Costituisce impegno della Regione Toscana la realizzazione dell'obiettivo sopra indicato, anche attraverso individuazione di apposite risorse finanziarie.

Le forme associative sono individuate quale strumento organizzativo più adeguato per il raggiungimento degli obiettivi concordati a livello aziendale e regionale.

T1 Caratteristiche e procedure comuni

Caratteristiche e procedure comuni a tutte le quattro forme associative previste dal presente Accordo sono:

- a) la forma associativa è libera, volontaria e paritaria fra i pediatri partecipanti;
- b) è fatto salvo il principio della libera scelta del pediatra da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale;
- c) l'accordo che costituisce la forma associativa, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente Accordo, è liberamente concordato tra i pediatri partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici di competenza (Allegati 8, 9, 10, 11);
- d) la forma associativa è costituita da 2 o più Pediatri di Famiglia, operanti all'interno dello stesso ambito territoriale di scelta. È prevista la possibilità da parte del Comitato Aziendale di valutare e approvare associazioni che prevedono la partecipazioni di pediatri appartenenti ad ambiti territoriali di scelta limitrofi, se l'aggregazione comporta un evidente miglioramento delle prestazioni erogate;
- e) ogni pediatra può far parte di una sola forma associativa;
- f) non possono far parte di alcuna forma associativa i pediatri che svolgono attività di libera professione strutturata per un orario uguale o superiore a 5 ore settimanali;
- g) a ciascun pediatra aderente ad una forma associativa vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare e le eventuali prestazioni aggiuntive previste ed eseguite nei confronti degli assistiti dei medici facenti parte dell'associazione;
- h) devono essere previste riunioni periodiche, nella misura di almeno tre all'anno e delle quali dovrà essere redatto verbale, fra i pediatri costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi programmati e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a

progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;

- i) all'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con gli organismi della Zona Distretto e/o Società della Salute, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti della Azienda e dell'Ordine dei Medici;
- j) in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:
 - per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici;
 - per le questioni contrattuali, il Comitato di cui all'art 23 dell'A.C.N;
- k) l'Azienda, ricevuto l'atto costitutivo, entro 45 giorni, dopo aver verificato i requisiti di validità, sentito il Comitato Aziendale, ne prende atto con provvedimento formale dal quale deriva l'obbligo di operare in conformità a quanto previsto per la forma prescelta. Gli effetti economici, se dovuti, decorrono dal ricevimento dell'atto costitutivo nei limiti della disponibilità economica annualmente prevista dalla programmazione aziendale, secondo l'ordine di accoglimento delle domande;
- l) i pediatri che aderiscono ad una forma associativa sono tenuti a comunicare ai genitori degli iscritti nei propri elenchi, anche attraverso la consegna di una Carta dei Servizi, le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi rispettivamente offerti da ciascuna tipologia di associazione;
- m) i pediatri aderenti ad una forma associativa devono, al loro interno, condividere linee guida per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica;
- n) è possibile per ciascun pediatra eseguire attività diagnostiche di Self Help in favore degli assistiti dei pediatri facenti parte dell'associazione, avendo cura di informare dell'avvenuta prestazione il pediatra curante. Il riconoscimento economico delle prestazioni eseguite è in favore del pediatra che esegue la prestazione.
- o) possibilità di utilizzo di personale infermieristico, in aggiunta al collaboratore di studio, con un orario minimo di cinque ore settimanali; in questo caso l'indennità annua per un impiego settimanale da cinque a nove ore, è pari a euro 4,00 per assistito/anno;

T2 Forme Associative

Oltre alle suindicate caratteristiche generali comuni, le forme associative sono tenute ad avere, rispettivamente per ogni tipologia, i seguenti requisiti:

T2-a “Pediatria in Associazione di primo livello”

- a) distribuzione territoriale degli studi, non vincolati a sede unica, coerenti con l'ambito territoriale di scelta, nel rispetto dei bisogni assistenziali degli utenti;
- b) apertura coordinata degli studi per almeno 5 ore giornaliere distribuite tra mattino e pomeriggio di cui almeno uno aperto fino alle ore 19,00 (Allegato 12);
- c) disponibilità a svolgere la propria attività ambulatoriale nei confronti degli assistiti dei pediatri associati per le prestazioni non differibili e le prescrizioni urgenti;

Ad ogni pediatra che aderisce alla forma associativa “Pediatria in Associazione di primo livello” spetta un'indennità annua di euro 4,00 per assistito in carico.

T2-b “Pediatria in Associazione di secondo livello”

- a) svolgimento dell'attività assistenziale prevista in una sede comune, che può essere anche lo studio di uno dei pediatri dell'associazione, per almeno 5 ore giornaliere in caso di associazioni fino a 4 pediatri, o per almeno 6 ore giornaliere in caso di associazioni di 5 o più pediatri. Le ore devono essere distribuite equamente tra mattino e pomeriggio, con apertura fino alle 19 (Allegato 13);

- b) presenza di una linea telefonica per la ricezione delle chiamate;
- c) l'orario di apertura della sede comune è da considerarsi aggiuntivo all'orario minimo previsto dall'ACN per ogni pediatra; nel Comitato Aziendale può essere concordata una modulazione dell'orario giornaliero di apertura della sede comune in base alla stagionalità, tenendo presente il monte orario complessivo;
- d) possono far parte della forma associativa un numero massimo di 10 pediatri, salvo diverse determinazioni da concordare all'interno del Comitato Aziendale;
- e) nella sede comune vengono effettuate prestazioni non differibili e prescrizioni urgenti nei confronti degli assistiti dei pediatri aderenti alla forma associativa;
- f) nella sede comune possono essere effettuate eventuali altre attività derivanti dall'adesione a progetti concordati in sede di comitato aziendale;

Ad ogni pediatra che aderisce alla forma associativa di "Pediatria in Associazione di secondo livello" spetta un'indennità annua di euro 8,00 per assistito in carico.

T2-c "Pediatria di Gruppo di primo livello"

- a) la sede della Pediatria di Gruppo è unica, articolata in più studi medici, ferma restando la possibilità che singoli pediatri possano operare in altri Studi del medesimo ambito territoriale ma in orari aggiuntivi a quelli previsti nella sede principale per l'istituto della pediatria di gruppo. Nel caso che i pediatri associati siano due, può essere prevista una sede con un unico studio medico, purchè sia presente un adeguato spazio per il personale utilizzato;
- b) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno del Gruppo senza l'autorizzazione del pediatra che si vuole scegliere, salvaguardando in ogni caso la possibilità di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;
- c) ciascun pediatra del Gruppo è disponibile a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri pediatri del gruppo, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun pediatra pur nella tutela dei fondamentali principi del rapporto fiduciario e della libera scelta da parte dell'assistito;
- d) all'interno del Gruppo può adottarsi il criterio della rotazione interna per sostituzioni, con comunicazione all'Azienda per sostituzioni superiori ai 30 gg, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità, purchè dette sostituzioni non comportino disservizio nell'erogazione dell'assistenza;
- e) deve essere assicurata dai pediatri del Gruppo l'assistenza nella sede unica per almeno sei ore giornaliere equamente distribuite nel mattino e nel pomeriggio secondo un congruo orario determinato dai pediatri in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e con apertura fino alle ore 19.00 (Allegato 14). Nel Comitato Aziendale può essere concordata una modulazione dell'orario giornaliero in base alla stagionalità;
- f) ciascun pediatra aderente al Gruppo garantisce la presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il pediatra sia impegnato in altre attività previste dall'ACN, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;
- g) i pediatri del Gruppo realizzano il coordinamento della propria attività di assistenza domiciliare in modo tale da garantire l'effettuazione di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più pediatri

- dell'associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dall'ACN in materia di recepimento delle chiamate;
- h) utilizzo comune della strumentazione diagnostica in possesso dei singoli pediatri aderenti;
 - i) utilizzo di un unico software per la gestione della cartella clinica.

Ad ogni pediatra che aderisce alla forma associativa di "Pediatria di Gruppo di primo livello" spetta un'indennità annua di euro 9,00 per assistito in carico.

T2-d "Pediatria di Gruppo di secondo livello"

Oltre agli obblighi previsti per la Pediatria di Gruppo di 1° livello, i pediatri che aderiscono a questa forma associativa devono garantire:

- a) l'utilizzo per l'attività assistenziale di supporti tecnologici e strumentali comuni;
- b) linea telefonica con collegamento con gli studi medici della sede ed attivazione internet;
- c) dotazione di Self Help diagnostico (test rapido per SBEGA, stick urine, determinazione della PCR, otoscopia pneumatica o impedenzometro);
- d) distanziatore per terapia inalatoria;
- e) frigorifero;
- f) supporti tecnologici o strumentazioni ulteriori potranno essere previste da eventuali progetti aziendali locali o dall'attivazione di percorsi assistenziali concordati;
- g) deve essere assicurata dai pediatri del Gruppo l'assistenza nella sede unica per almeno otto ore giornaliere equamente distribuite tra mattino e pomeriggio, con apertura almeno fino alle ore 19.00 (Allegato 14). Il Comitato Aziendale può prevedere una riduzione dell'orario a sei ore giornaliere nei mesi estivi (giugno, luglio, agosto, settembre);
- h) la presenza di almeno un Collaboratore di studio per minimo cinque ore settimanali per ogni pediatra facente parte il gruppo, prevedendo un utilizzo comune;
- i) l'utilizzo della scheda sanitaria su supporto informatico che contenga i dati previsti all'allegato 15 alla quale possono accedere direttamente tutti i pediatri del gruppo attraverso collegamento in rete tra gli studi medici;
- j) utilizzo da parte di ciascun pediatra del gruppo di un indirizzo di posta elettronica per l'eventuale trasmissione di dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano previste da specifici accordi, e per comunicazioni con l'Azienda.

Ad ogni pediatra che aderisce alla forma associativa di "Pediatria di Gruppo di secondo livello" spetta un'indennità annua di euro 13,00 per assistito in carico.

T3 Sperimentazione del modello organizzativo UCPP

Al fine di definire un livello superiore di aggregazione tra Pediatri di Famiglia, siano essi aderenti o meno a una delle forme associative previste dal presente Accordo, si prevede di sperimentare un nuovo modello organizzativo territoriale di erogazione dell'attività sanitaria pediatrica denominato Unità di Cure Primarie Pediatriche (UCPP) caratterizzato da elementi di elevata integrazione anche con altre figure professionali per realizzare una più ampia assistenza pediatrica territoriale.

Alla UCPP possono volontariamente aderire i Pediatri di Famiglia che operano nell'ambito territoriale di riferimento e, in seguito ad autorizzazione rilasciata dal Comitato Aziendale,

anche pediatri operanti in ambiti limitrofi, semprechè l'aggregazione e l'integrazione comporti un evidente miglioramento delle prestazioni erogate agli utenti.

La definizione della sperimentazione delle UCPP è demandata ad apposito Accordo.

T4 Arretrati

A partire dal 1 Gennaio 2005 fino alla data di recepimento del presente Accordo con delibera regionale, sono riconosciuti alle forme associative esistenti (Pediatria in Associazione e Pediatria in Gruppo ai sensi del precedente Accordo) le indennità previste dal presente Accordo, rispettivamente per la Pediatria in Associazione di primo livello e per la Pediatria di Gruppo di primo livello.

Gli arretrati saranno corrisposti con le competenze del mese di Aprile, liquidate nel mese di Maggio 2007.

T5 Adeguamento alle nuove forme associative

Entro 90 giorni dal recepimento del presente Accordo con Delibera Regionale, i pediatri aderenti alle forme associative previste dal precedente Accordo Regionale devono adeguare le caratteristiche della forma associativa di appartenenza a quelle richieste dal presente Accordo per le forme di 1° livello.

La comunicazione dell'adeguamento deve avvenire tramite la compilazione e l'invio all'Azienda dell'Allegato 16.

In caso di non adeguamento nei tempi previsti, l'indennità non viene più corrisposta ai pediatri che fanno parte della forma associativa fino alla comunicazione di avvenuto adeguamento.

La nuova strutturazione delle forme associative disciplinata dal presente Accordo prevede che il pediatra possa aderire ad una sola forma associativa.

Di conseguenza, entro novanta giorni dall'entrata in vigore dell'Accordo, i pediatri interessati dalla nuova norma devono optare per una delle due forme associative alle quali partecipano, attraverso una comunicazione all'Azienda. Nel caso che entro tale termine il pediatra comunichi l'adeguamento ad una forma di secondo livello, questa sarà riconosciuta dal Comitato Aziendale.

T6 Domande in attesa di accoglimento

In fase di prima applicazione sono accolte, entro il 30.04.2007, con determinazione del Comitato Aziendale, tutte le domande in attesa presentate al 31 marzo 2006, data presa a riferimento dalle Aziende e dalla Regione per la ricognizione e conseguente valutazione delle risorse correlate. Le domande presentate oltre il 31 marzo 2006 sono accolte utilizzando la copertura finanziaria di indennità non concesse. In tale fase sono accolte anche le domande di integrazione (Allegati 17 e 18) o modifica delle forme associative già riconosciute. L'accoglimento è subordinato all'adeguamento ai requisiti previsti, comunicato tramite l'invio dell'Allegato 16.

T7 Forme associative tra Pediatri di Famiglia e Medici di Assistenza Primaria

I Pediatri di Famiglia che entro la data di sottoscrizione del presente Accordo risultano essere associati con Medici di Assistenza Primaria continueranno a percepire l'indennità prevista dall'Accordo dei Medici di Assistenza Primaria in attesa di una regolamentazione di tale forma associativa mista.

T8 Monitoraggio delle forme associative

Ciascuna Azienda USL deve inviare alla Direzione Generale del Diritto alla Salute, Settore Servizi Sanitari Territoriali e Percorso Assistenziale, entro il 31 ottobre di ogni anno (entro il 30 Aprile 2007 per il 2006) i dati relativi alle forme associative per la Pediatria di Famiglia presenti sul territorio di competenza, al fine di verificare e monitorare le forme associative attuate e in attesa di attuazione.

La comunicazione avviene tramite l'invio dell'apposita scheda Allegato 19.

T9 Verifica delle forme associative

L'erogazione delle indennità per i diversi tipi di forme associative è subordinata al rispetto delle caratteristiche generali delle forme associative e di quelle particolari di ognuna delle varie tipologie.

Il rispetto dei parametri previsti è verificato da personale dell'Azienda, in presenza del pediatra referente della forma associativa, con modalità procedurali concordate nel Comitato Aziendale:

- per le forme associative che si sono adeguate ai nuovi parametri previsti dal presente Accordo, entro 90 giorni dal ricevimento da parte dell'Azienda dell'Allegato 16;
- per le nuove forme associative, entro 90 giorni dal provvedimento formale di accoglimento.

Sono previste successive verifiche triennali o ogni qual volta l'Azienda USL lo ritenga opportuno.

I parametri da verificare per ogni singola forma associativa sono contenuti negli Allegati 20, 21, 22, 23.

In occasione di ogni verifica deve essere compilato e firmato l'Allegato 24.

Qualora all'atto della verifica si evidenzi il mancato rispetto dei parametri previsti, sarà effettuata una nuova verifica dopo 60 giorni.

Qualora anche in seguito alla seconda verifica effettuata non risultasse l'adeguamento ai requisiti obbligatori previsti, l'Azienda USL provvederà alla sospensione del pagamento degli incentivi connessi alla forma associativa e attiverà la procedura del recupero dell'incentivazione economica prevista dall'Accordo regionale a decorrere dalla data della prima verifica effettuata.

Qualora gli adempimenti previsti non fossero rispettati solo da parte di alcuni componenti della forma associativa, la sospensione dell'indennità ed il recupero riguarderà solo questi componenti.

Il pediatra cui è stata sospesa la corresponsione degli incentivi per le forme associative può, all'inizio di ogni anno e subordinatamente agli obiettivi della programmazione aziendale, fare domanda di ripristino degli incentivi, previa dimostrazione del possesso di tutti i requisiti previsti.

U) RICONOSCIMENTO INDENNITÀ PER COLLABORAZIONE DI STUDIO E/O PER COLLABORAZIONE INFERMIERISTICA (Art. 58 - lett.B)

L'A.C.N. prevede la corresponsione di una indennità a favore dei Pediatri che utilizzano l'opera di collaboratori di studio e/o di infermieri professionali, nel rispetto delle norme contrattuali previste dalla vigente legislazione in materia di lavoro, non subordinando la corresponsione di tale indennità alla dimostrazione, da parte di ciascun utilizzatore, del sostenimento di specifici oneri finanziari.

Il riconoscimento della indennità annua (commisurata al numero di assistiti in carico) per utilizzo di un Collaboratore di studio e/o di un Infermiere professionale, oltre a quanto previsto dall'Allegato B della Del. Reg. 156 del 07.03.2006, è subordinata alla presenza dei seguenti requisiti:

- utilizzo del Collaboratore e/o Infermiere per un numero minimo di ore settimanali previsto dall'Accordo Nazionale o Regionale;
- presenza di un contratto di lavoro conforme ai contratti nazionali, rispettivamente per i dipendenti di studi professionali o per gli infermieri professionali, o un contratto di collaborazione continuativa a progetto redatto nel rispetto della normativa nel tempo vigente;
- per l'infermiere professionale, è altresì richiesta la sua iscrizione all'Albo professionale.

La presenza dei requisiti previsti sarà autocertificata dal medico al momento della richiesta di indennità (Allegato 25), con l'impegno a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dovesse intervenire nel rapporto stesso.

La verifica sulle rispondenza del contratto di assunzione del Collaboratore di Studio/infermiere alle norme previste dall'art 58 lett b, c 5 dell'ACN sarà sottoposta all'esame del Comitato Aziendale.

Nel caso il Collaboratore di studio e/o Infermiere sia fornito da altri soggetti (Società, Cooperative, Associazioni di servizio) è richiesta una dichiarazione del datore di lavoro dalla quale risulti la tipologia del contratto di lavoro e per quante ore settimanali è utilizzato dal medico.

Qualora il Collaboratore di studio e/o Infermiere operi all'interno di uno studio medico ove siano presenti più medici convenzionati, siano essi Medici di Assistenza Primaria che Pediatri di Famiglia, associati tra loro o meno, potranno verificarsi le seguenti fattispecie:

1) *uno o più collaboratori vengono individualmente assunti dai medici che operano nello studi*

La richiesta della indennità, con la dichiarazione dell'avvenuto inizio del rapporto di lavoro e con l'impegno a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dovesse intervenire nel rapporto stesso, dovrà essere fatta da ogni singolo medico, accompagnata da una dichiarazione dalla quale si rilevi il numero di ore settimanali previsto dal rapporto, la durata dello stesso, l'attività oggetto del rapporto ed il rispetto delle condizioni contrattuali previste dall'Accordo Collettivo Nazionale;

2) *uno o più collaboratori vengono assunti da uno solo dei medici che operano all'interno dello stesso studio, con un rapporto di lavoro per un numero di ore settimanali minime costituite dalla sommatoria delle ore di utilizzo del servizio da parte di tutti i medici che intendono percepire la relativa indennità, e che esercitano nello studio in via esclusiva o, comunque, in modo prevalente, l'attività ambulatoriale prevista dai rispettivi rapporti convenzionali*

La richiesta della indennità da avanzare individualmente da parte di tutti i medici che fruiscono dell'opera del collaboratore di studio/infermiere (Allegato 25), deve contenere:

- la dichiarazione dell'avvenuto inizio dell'impiego dell'opera del collaboratore di studio/infermiere;
- le ore settimanali di servizio prestato dal collaboratore per conto del medico;
- il nominativo del medico che ha assunto il collaboratore;
- l'impegno a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire successivamente.

Inoltre dovrà essere corredata anche da (Allegato 26):

- dichiarazione del medico che ha assunto il collaboratore/infermiere da cui risulti la tipologia del contratto di lavoro;
- l'inizio e la durata del rapporto di lavoro;
- le ore settimanali, e che il collaboratore dovrà prestare la propria opera anche per conto degli altri medici, specificandone i nominativi ;
- il numero di ore previsto per ciascuno.

3) *uno o più collaboratori vengono messi a disposizione dei medici che operano nello studio da parte di una Società di servizi o da una cooperativa di medici*

La richiesta della indennità, da avanzare individualmente da parte di tutti i medici che fruiscono dell'opera del collaboratore di studio/infermiere (Allegato 25). dovrà essere corredata da (Allegato 27):

- una dichiarazione della Società dei servizi da dove si evince la tipologia del rapporto di lavoro intrattenuto con il collaboratore messo a disposizione del medico;
- la durata del contratto di servizio stipulato tra la società di servizi ed il medico;
- il numero di ore settimanali di fruizione, da parte del medico, dell'opera del collaboratore.

V) ADEMPIMENTI DI CUI ALL'ART.275 DELLA LEGGE FINANZIARIA 266/2005

Le parti danno atto che in applicazione delle previsioni di cui all'art.58, parte B, Quota Variabile, punto 10 dell'ACN e dell'art.275 della Legge Finanziaria 2005, è stato sottoscritto in data 31 marzo 2006 (allegato 28) l'Accordo relativo alla subordinazione della erogazione dell'indennità di collaborazione informatica al rispetto della soglia del 70% della stampa delle prescrizioni. L'Allegato 29 contiene l'apposito modulo.

W) TRATTAMENTO ECONOMICO Art. 58, Lett. B, QUOTA VARIABILE, Punto 14

In attesa degli Accordi Aziendali, la quota di cui al punto 14 della lett.B, art 58 quota variabile (3,08), continuerà ad essere corrisposta a tutti i Pediatri di Famiglia.

Dal momento della sottoscrizione degli Accordi Aziendali la suddetta quota variabile verrà erogata in funzione del raggiungimento di due Obiettivi di Salute, di cui uno regionale, obbligatorio per tutte le Aziende:

- eseguire attività di prevenzione ed educazione sanitaria sulla popolazione pediatrica;

e un altro da scegliere nell'ambito dell'Accordo Aziendale tra i seguenti:

- individuare i fattori di rischio sociali e ambientali al momento della Presa in Carico del Neonato;
- eseguire la ricognizione sull'allattamento materno a 3 e 6 mesi;
- individuare l'eccesso ponderale nell'adolescente;
- individuare i soggetti 0-3 anni che non usufruiscono dell'assistenza pediatrica nel corso di un anno.

Rispetto a quanto previsto al comma 15, lett. B) art. 58, la quota da attribuire per ognuno dei due Obiettivi di Salute è del 60% per l'Obiettivo di Salute obbligatorio e del 40% per l'Obiettivo di Salute scelto a livello Aziendale. Il compenso spettante ai singoli pediatri verrà erogato, con modalità da concordare nel Comitato Aziendale, nella misura del:

- 50% per il raggiungimento dell'obiettivo parziale;
- 50% per il raggiungimento dell'obiettivo totale.

La quota parte del fondo eventualmente non distribuita per il mancato raggiungimento degli obiettivi da parte di alcuni professionisti, sarà ridistribuita, con modalità da concordare nel Comitato Aziendale, fra i pediatri che avranno raggiunto l'obiettivo totale.

Nell'Allegato 30 sono indicate le modalità operative e la misurabilità degli Obiettivi di Salute.

X) TRASMISSIONE DEI RIEPILOGHI PER VIA TELEMATICA

La trasmissione per via telematica della scheda del "riepilogo Bilanci di Salute", delle schede "Bilanci di Salute", del riepilogo delle "Prestazioni Aggiuntive" e delle "Prestazioni collegate al Self-Help diagnostico", comporta la corresponsione di 18,08 € mensili.

Y) FORMAZIONE (Art. 20 ACN)

Comma 5: L'anno 2006 conclude il quinquennio sperimentale che prevedeva l'acquisizione di 150 crediti formativi; dal 2007 si va a regime con il triennio. Non viene fatta distinzione tra le tre annualità, nel senso che il numero di crediti è complessivo triennale.

Le 40 ore di formazione obbligatoria annuale previste dall'Accordo Nazionale, coprono al 100% il debito formativo annuale per i Pediatri di Famiglia, concorrono all'acquisizione dei crediti formativi anche tutte le attività formative previste al punto 7 dell'allegato A) alla DGR 849/2002.

Ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi concorrono, a partire dal 1 gennaio 2006 (senza effetto di retroattività) anche le attività indicate dal DD 4101/05 con le modalità e nei limiti previsti nel decreto stesso, concernente "Approvazione griglia di riferimento per l'attribuzione dei crediti a docenti, animatori e tutor e approvazione criteri di esenzione degli operatori sanitari dall'acquisizione di crediti formativi".

Comma 8: I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale, nel senso che l'insieme dei percorsi formativi offerti dal sistema sanitario regionale può coprire almeno il 70% del debito formativo annuale considerando dunque ammissibili percentuali superiori di copertura dell'offerta formativa.

Comma 12: L'attività di formazione obbligatoria dei Pediatri di Famiglia si svolge con corsi regionali attuati dal lunedì al venerdì, per almeno 40 ore annue, all'interno di un piano formativo finanziato dalla Regione e predisposto in accordo con gli animatori di Formazione della Pediatria di Famiglia, con oneri di sostituzione a carico delle Aziende di appartenenza. Lo svolgimento di eventuali corsi aggiuntivi a livello aziendale, può essere previsto per la mattina del sabato.

Comma 13: Le attività ivi previste sono ricomprese nel citato DD 4101/05.

Comma 14: Le parti concordano che, entro 6 mesi dalla sottoscrizione del presente Accordo, deve essere costituito un apposito gruppo di lavoro che dovrà definire quanto previsto nel comma 14 dell'ACN ed eventuali altre attività didattiche del Pediatra di Famiglia.

Considerando che le attività di animazione, tutoraggio e docenza possono in futuro far parte strutturale delle attività del Pediatra di Famiglia, vista la normativa esistente riguardo all'insegnamento nelle scuole di specializzazione in pediatria, al fine di coordinare detto insegnamento, renderlo omogeneo su tutto il territorio regionale e coerente con la formazione continua in Pediatria di Famiglia già attiva da oltre 20 anni, dovrà essere previsto un gruppo di lavoro paritario tra Università, OO.SS. della Pediatria di Famiglia e Regione.

Z) OSSERVATORIO

All'interno della Commissione Tecnico Scientifica della medicina del territorio (o all'interno del Comitato Regionale fintanto che la Commissione non sia istituita), potranno essere analizzate, anche attraverso strumenti ricognitivi, le modalità organizzative, in particolare le forme associative, la contattabilità telefonica e le eventuali criticità inerenti l'erogazione dell'assistenza pediatrica.

Entro 1 anno dalla sottoscrizione del presente Accordo, l'Osservatorio esamina e valuta l'adozione di eventuali interventi ritenuti opportuni in seguito all'evidenziazione delle criticità emerse, circa le attuali modalità di erogazione dell'assistenza pediatrica.

NORMA FINALE

Quanto concordato nel presente Accordo sostituisce le parti corrispondenti dell'Accordo Regionale 2001 che rimane confermato per le rimanenti parti.

NOTA A VERBALE

La parte pubblica valuta positivamente la possibilità di ampliamento della contattabilità telefonica di ulteriori due ore da parte dei Pediatri di Famiglia che non aderiscono ad alcuna forma associativa e che ne facciano richiesta alla propria Azienda.

ALLEGATI

Allegato 1**INDICAZIONI PER LA CARTA DEI SERVIZI AZIENDALE DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA**

Da predisporre nell'ambito del Comitato Aziendale.

La Carta dei Servizi per la Pediatria di famiglia, da consegnare al momento della scelta del Pediatra di Famiglia, a cura dell'Azienda USL, ad ogni residente o assistito avente domicilio sanitario nella Regione Toscana, deve contenere informazioni utili ad un corretto utilizzo dei servizi territoriali messi a disposizione dal Sistema Sanitario Toscano a favore dei bambini della fascia di età pediatrica.

IL PEDIATRA DI FAMIGLIA

Il Pediatra di Famiglia è lo specialista formato specificamente per offrire la tutela della salute per tutto l'arco della crescita e dello sviluppo.

L'iscrizione al Pediatra di Famiglia è obbligatoria per tutti i bambini della fascia di età da 0 -6 anni

Possono mantenere o richiedere l'iscrizione al pediatra, senza specifica autorizzazione tutti i bambini della fascia di età da 6 a 14 anni

L'iscrizione al pediatra può essere richiesta fino al compimento dei 16 anni di età, per i bambini che si trovano in particolari situazioni quali ad es:

- patologie croniche e persistenti;
- immaturità psico fisica;
- situazioni di disagio psico sociale, anche non patologiche.

È sempre possibile l'iscrizione al pediatra, anche in deroga al massimale, per i soggetti in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nei quali il pediatra abbia già iscritto un altro assistito;

L'attività del Pediatra di Famiglia

Il compito globale del Pediatra di Famiglia è la salvaguardia della salute psicofisica del bambino, i compiti sono:

- visite domiciliari e ambulatoriali per patologie acute e croniche;
- educazione sanitaria e prevenzione individuale, attraverso visite programmate (Bilanci di Salute).

L'attività ambulatoriale è garantita per 5 giorni alla settimana, secondo un orario globale definito dalla Convenzione in rapporto al numero degli assistiti.

La visita domiciliare, qualora ritenuta necessaria da parte del pediatra in base alle condizioni cliniche del bambino che non ne consentano la trasferibilità, dovrà di norma essere effettuata nel corso della giornata, se richiesta entro le ore 10,00 del mattino, entro le 12 del giorno successivo, se richiesta dopo le 10,00. Le modalità organizzative per la ricezione delle richieste di visita domiciliare saranno definite da ciascun medico e comunicate ai propri assistiti.

Una richiesta urgente, recepita direttamente dal pediatra, deve essere effettuata nel più breve tempo possibile.

Le prestazioni che consentano la trasferibilità del bambino dovranno essere assicurate nell'ambulatorio del pediatra con modalità organizzative che garantiscano risposte assistenziali adeguate nell'arco delle 24 ore dalla richiesta (es. spazi temporali dedicati, corsie preferenziali)

Rientrano tra i compiti del Pediatra di Famiglia:

A) le prescrizioni sul ricettario regionale:

- tutte le prescrizioni farmaceutiche e richieste per indagini specialistiche ritenute necessarie dal Pediatra di Famiglia;
- la richiesta di consulto con il medico specialista qualora il pediatra lo ritenga necessario a conseguire la risposta ad un quesito diagnostico;
- la richiesta di trasporto sanitario;
- la richiesta di prestazioni termali;
- la richiesta di presidi sanitari.

B) le prescrizioni sul ricettario personale del medico:

- per i farmaci in classe C, cioè non prescrivibili attraverso il Servizio Sanitario Regionale
- per le prestazioni non comprese nei livelli di assistenza sanitaria, non erogabili attraverso il Servizio Sanitario Regionale

Orari di Reperibilità telefonica del Pediatra.

Ciascun pediatra potrà comunicare ai propri pazienti le modalità di contattabilità telefonica. Il pediatra ha l'obbligo della contattabilità telefonica durante l'orario di ambulatorio e, nel caso si tratti di pediatra che non aderisce a nessuna forma associativa, in altre due ore al giorno comprese tra le 10 e le 19, individuate al mattino o al pomeriggio in una fascia oraria alternativa a quella di apertura dello studio.

Assenza del Pediatra

Quando il Pediatra di Famiglia è assente per motivi di salute, riposo, studio o altro, deve fornire attraverso avviso lasciato nella segreteria telefonica e apposita informativa affissa negli Studi Convenzionati, il nome e i recapiti telefonici del sostituto.

Prestazioni che spettano gratuitamente all'assistito iscritto:

All'assistito iscritto negli elenchi di un pediatra spetta, senza alcun corrispettivo da pagare al proprio pediatra di fiducia o al suo sostituto:

le visite mediche:

- la visita domiciliare, qualora ritenuta necessaria da parte del pediatra in base alle condizioni cliniche del bambino che ne consentano la trasferibilità;
- la visita ambulatoriale nel rispetto degli orari di apertura dell'ambulatorio convenzionato,
- le visite in età filtro (Bilanci di Salute), che consentano gli adeguati interventi di educazione sanitaria e profilassi delle malattie infettive;
- le visite programmate al domicilio dell'assistito erogate anche in forma integrata con altre professionalità dopo che è stato concordato con il medico di distretto il programma di assistenza, compreso il numero degli accessi domiciliari mensili previsto;

le certificazioni:

- le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
- le certificazioni ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;
- la certificazione per l'idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico, con richiesta dell'autorità scolastica competente limitatamente alla partecipazione delle attività parascolastiche (allegato H della Convenzione) e alle fasi provinciali e regionali dei giochi studenteschi;

prestazioni aggiuntive:

- tutte le prestazioni aggiuntive per la cui esecuzione il pediatra ha adeguata dotazione ambulatoriale.

Il cittadino è tenuto a pagare in regime libero professionale:

- tutte le certificazioni non previste dall'elenco sopra indicato (ad es certificati per attività sportiva non richiesti dalla scuola o non previsti dall'allegato H della Convenzione, i certificati ai fini assicurativi o per invalidità civile, per la prima ammissione al Nido, per l'ammissione ai campi scuola);
- le prestazioni non previste dalla Convenzione o dall'Accordo Regionale, effettuate, anche nei confronti dei propri assistiti e degli assistiti dei Pediatri operanti nella stessa forma associativa .

Perdita del rapporto di fiducia:

- Nel caso sia venuto meno il rapporto di fiducia nei confronti del proprio pediatra è possibile effettuare, negli appositi uffici della Azienda Sanitaria, la revoca del medico stesso, scegliendo contestualmente un altro Pediatra di fiducia;
- Nel caso sia venuto meno il rapporto di fiducia il pediatra ha il diritto di revocare il paziente, a meno che nell'ambito di scelta non sia operante un altro pediatra.

INFORMAZIONI UTILI AD UN CORRETTO UTILIZZO DEI SERVIZI TERRITORIALI MESSI A DISPOSIZIONE DAL SISTEMA SANITARIO TOSCANO.

I Pediatri di Famiglia possono essere contattati telefonicamente per eventuali problematiche sanitarie, anche in riferimento a prestazioni non differibili che necessitano di visita ambulatoriale o domiciliare. La disponibilità per recepire la richiesta di visite domiciliari è garantita dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 10 e nelle ore di apertura giornaliera dello Studio.

Nell'ambito dell'espletamento delle visite domiciliari, queste devono essere effettuate nel corso della giornata se recepite entro le ore 10; la visita dovrà essere effettuata entro le ore 12 del giorno successivo se recepita dopo le ore 10.

La chiamata urgente recepita dovrà essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile.

Le emergenze vengono soddisfatte dal 118 che è in servizio 24 ore al giorno.

Le visite mediche saranno prestate a domicilio del cittadino qualora le condizioni cliniche non consentano la trasferibilità allo studio del medico.

A chiarimento di alcuni concetti che potrebbero essere di difficile comprensione da parte degli utenti ed in particolare per le visite domiciliari si precisa quanto segue:

Il Pediatra di Famiglia presta la propria attività medica nello studio e a domicilio.

La visita domiciliare è un'opportunità che il pediatra mette in atto quando ritiene necessario, in relazione ad alcune condizioni dell'assistito e/o della famiglia, avendo il dovere deontologico di valutare secondo la sua competenza e senza alcun condizionamento estraneo all'ambito della sua responsabilità professionale.

Il concetto di non trasferibilità nel caso dei soggetti in età pediatrica (0-14 anni) spesso ha determinato equivoci proprio per la difficoltà di identificare queste situazioni, che di solito non sono di tipo strettamente sanitario, e per il timore dei genitori che il trasferimento presso lo studio di pazienti con malattie febbrili delle vie aeree possa avere un'influenza negativa sul decorso della patologia in atto.

Da evidenziare come la visita ambulatoriale possa essere una risposta più completa al bisogno del paziente per la presenza nello studio del pediatra di adeguate attrezzature utili ad eseguire esami diagnostici e talvolta per assicurare una risposta più tempestiva.

Ciò premesso, in alcune particolari situazioni è preferibile prevedere una visita domiciliare e alcuni esempi possono aiutare i genitori ad un appropriato utilizzo dell'assistenza pediatrica:

- In caso di patologia acuta in un bambino che si trovi in una situazione di grave disagio socio/familiare (ospite di strutture protette, grave patologia dei genitori, famiglia segnalata dal servizio sociale....)

La visita domiciliare è opportuna altresì nei bambini con patologia acuta febbrile associata ad altre patologie come ad esempio:

- malattie genetiche invalidanti
- artropatie con grave limitazione funzionale
- patologie onco-ematologiche
- immunodeficienza congenita e acquisita
- soggetti politraumatizzati
- cerebropatici e cerebrolesi con forme gravi
- cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
- insufficienza respiratoria
- insufficienza renale
- distrofia muscolare
- morbillo, parotite, varicella in fase conclamata

La visita domiciliare deve essere garantita nel lattante febbrile (0-6 mesi) qualora non possa essere effettuata una visita ambulatoriale entro le ore 12 del giorno successivo alla richiesta.

In tutte le situazioni ove si presentano stati febbrili importanti, sarà il rapporto di fiducia che lega i genitori e il Pediatra di Famiglia a permettere una appropriata valutazione caso per caso, anche tenendo in considerazione gli eventuali sintomi o le patologie associate, nonché la conoscenza delle condizioni socio-sanitarie della famiglia.

Tutte le valutazioni sono comunque di stretta competenza del pediatra che ne risponde nell'ambito della sua responsabilità professionale.

SERVIZI DI URGENZA, FESTIVI O NOTTURNI

Fornire indicazioni sulla modalità di fruizione e di appropriatezza dei servizi festivi e notturni all'interno dell'Azienda.

Servizio di Continuità Assistenziale notturna e festiva (ex Guardia Medica)

La Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) garantisce l'assistenza medica di primo livello gratuita a tutta la popolazione, compresa pertanto quella in età pediatrica, a domicilio e/o attraverso l'esplicitamento di attività ambulatoriale quando le condizioni strutturali lo consentono, per situazioni cliniche d'urgenza e comunque non differibili all'orario di attività del Pediatra di Famiglia scelto dall'assistito, che si verificano durante le ore notturne o nei giorni festivi o prefestivi, secondo il seguente orario:

- dalle ore 20,00 alle ore 8,00 di tutti i giorni lavorativi;
- dalle ore 8:00 del sabato e dalle 10,00 di ogni altro giorno prefestivo, alle ore 8,00 del lunedì o del giorno successivo al festivo.

I Medici di Continuità Assistenziale possono:

- prescrivere farmaci indicati per terapie d'urgenza, o necessari alla prosecuzione della terapia la cui interruzione potrebbe aggravare le condizioni della persona, per un ciclo di terapia non superiore a 48/72 ore;
- inviare il paziente al servizio di consulenza ambulatoriale pediatrica;
- proporre il ricovero in ospedale.

I Medici di Continuità Assistenziale non possono effettuare trascrizioni di farmaci o richieste di diagnostica strumentale proposte da medici in regime libero professionale, se non quando l'urgenza clinica non ne giustifichi la necessità

Fornire l'elenco delle postazioni di Continuità Assistenziale dell'Azienda

Attività di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (ACAP)

Fornire le indicazioni della sede e le modalità di accesso concordate a livello Aziendale.

Servizio del 118

Il 118 è un servizio pubblico e gratuito di pronto intervento sanitario, attivo 24 ore su 24, che gestisce tutte le chiamate per interventi urgenti e di emergenza: tramite la centrale operativa invia personale e mezzi adeguati alle specifiche situazioni di bisogno.

Il 118 è il numero unico valido sull'intero territorio nazionale. La chiamata è gratuita e da un telefono pubblico non c'è bisogno di monete né della scheda.

Al 118 si ricorre per:

- grave malore
- incidente stradale, sul lavoro, in casa, sportivo, ecc...
- situazioni che richiedono un ricovero d'urgenza
- situazione, certa o presunta, di pericolo di vita

Allegato 2**INDICAZIONI PER LA CARTA DEI SERVIZI DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA**

Il rispetto di reciproca fiducia tra pediatra e genitori dell'assistito in età pediatrica, si fonda sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti, e, al fine di garantire ciò, il cittadino deve essere messo a conoscenza delle informazioni in merito alla modalità organizzativa del proprio pediatra.

Ciascun Pediatra dovrà approntare una carta dei servizi specifica della propria modalità organizzativa e distribuirla ai propri assistiti di norma in occasione della prima visita e comunque a disposizione presso lo Studio, relativamente ai seguenti punti:

1. indirizzo dello studio
2. orari di apertura dello studio, eventuale suddivisione in orari con o senza prenotazione
3. numero di telefono a cui è possibile far pervenire le richieste di visita
4. numero telefonico al quale il pediatra è reperibile durante l'orario di attività ambulatoriale
5. orario di contattabilità telefonica aggiuntiva
6. modalità di prenotazione delle visite o altre prestazioni
7. modalità per la richiesta di prestazioni non differibili
8. modalità di ricezione delle chiamate
9. fornitura dei nominativi dei colleghi facenti parte di una eventuale forma associativa
10. orari di apertura del gruppo a disposizione di tutti gli assistiti
11. orari dei rispettivi ambulatori dei medici in associazione ai quali l'assistito in caso di bisogno può accedere
12. modalità organizzative dell'associazione a cui appartiene il pediatra secondo quanto previsto dall'Accordo Regionale vigente, al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi rispettivamente offerti da ciascuna tipologia di associazione.

Allegato 3**TARIFFE PER PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE**

Ricerca SBEGA	13,00 €
PCR (metodo quantitativo)	24,00 €
Otoscopia pneumatica	12,00 €
Impedenzometria	22,00 €
Stick urine	4,00 €
Emocromo	13,00 €
Pulsiossimetria	15,00 €
Glicemia (stick)	5,00 €
Prick by Prick con latte vaccino	8,00 €
Prick Test (8 allergeni)	26,00 €
Spirometria	25,00 €
IgE specifiche (Pannello)	50,00 €
Podoscopia	13,00 €
Scoliometria	13,00 €

Allegato 4

SCADENZE E CONTENUTO DEGLI INTERVENTI ALL'INTERNO DEL PROGETTO SALUTE INFANZIA

ETÀ	PIANO BASE (Bilancio di Salute)	EDUCAZIONE SANITARIA (libretto)	SCREENING
Presa in carico 15 gg dall'iscrizione + 10 gg	- Rilevazione di patologie rilevanti - Valutazione psicomotoria e sensoriale	Consegna e/o verifica linee guida per la prevenzione della SIDS	
3 mesi ± 30 gg	- Rilevazione di patologie rilevanti - Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica - Valutazione psicomotoria e sensoriale	Consegna e/o illustrazione calendario vaccinale	
6 mesi ± 30 gg	- Rilevazione di patologie rilevanti - Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica - Valutazione psicomotoria e sensoriale	Consegna e/o illustrazione linee guida di comportamento in caso di febbre	
8 mesi ± 30 gg	- Rilevazione di patologie rilevanti - Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica - Valutazione psicomotoria e sensoriale	Consegna e/o illustrazione linee guida di comportamento in caso di diarrea	BOEL Test (se l'esame è dubbio o è impossibile eseguirlo, può essere fatto successivamente)
12 mesi ± 30 gg	- Rilevazione di patologie rilevanti - Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica - Valutazione psicomotoria e sensoriale	Consegna e/o illustrazione linee guida prevenzione incidenti	
18 mesi ± 90 gg	- Rilevazione di patologie rilevanti - Esame fisico, misurazione peso, altezza - Valutazione psicomotoria e sensoriale	Consegna e/o illustrazione linee guida prevenzione incidenti	Stereo-Test (l'esame può essere fatto nel corso del 2° anno)
3 anni ± 180gg	- Rilevazione di patologie rilevanti - Esame fisico, misurazione peso, altezza - Valutazione psicomotoria e sensoriale	Consegna e/o illustrazione linee guida di comportamento sulle infezioni respiratorie ricorrenti	
6 anni ± 180 gg	- Rilevazione di patologie rilevanti - Esame fisico, misurazione peso, altezza - Valutazione psicomotoria e sensoriale	Promozione dell'attività fisica e di avviamento allo sport	Acuità Visiva
10 anni ± 1 anno	- Rilevazione di patologie rilevanti - Rilevazione problemi scolastici e/o comportamentali - Esame fisico, misurazione peso, altezza, pressione arteriosa	Consegna e/o illustrazione linee guida di comportamento per la prevenzione del rischio cardio vascolare	
14 anni ± 1 anno	- Sintesi della cartella clinica	Consegna e/o illustrazione linee guida di comportamento per la prevenzione del rischio cardio-vascolare	

Allegato 5

SCHEMA DI RIEPILOGO DEI BILANCI DI SALUTE

COGNOME E NOME	CODICE ASSISTITO	Data di nascita	Data effettuazione del Bilancio	Bilancio del ...	Codice ICM	PROBLEMI/PATOLOGIE			SCREENING			
						Disagio Socio-ambientale	In carico ai Servizi asl	In carico ad altri Servizi	BOEL TEST	STEREO TEST	ACUITA' VISIVA	

MESE.....

ANNO

RIEPILOGO BILANCI DI SALUTE

REGIONE TOSCANA Azienda USL

DISTRETTO

Dott.

Cod Reg

Allegato 6**SCHEMA DEL BILANCIO DI SALUTE****BILANCIO DI SALUTE DEL**

COGNOME NOME

RESIDENZA CITTÀ

DOMICILIO SANITARIO..... CITTÀ.....

DATA DI NASCITA CODICE DELL'ASSISTITO

DATA DI COMPILAZIONE DEL BILANCIO DI SALUTE.....

PATOLOGIE DEGNE DI NOTA

CODICE CODICE

SITUAZIONE DI GRAVE DISAGIO SOCIO-AMBIENTALE:

.....

	NORMALE	DUBBIO	PATOLOGICO
MOTRICITA'			
COMPETENZE RELAZIONALI			
COMPETENZE SENSORIALI			

BOEL TEST NORMALE PATOLOGICO DUBBIO INVIO AL 2° LIVELLO **STEREO TEST** NORMALE PATOLOGICO DUBBIO INVIO AL 2° LIVELLO **ACUITA' VISIVA** NORMALE PATOLOGICO DUBBIO INVIO AL 2° LIVELLO **Per il problema segnalato è stata attivata la consulenza di:**SERVIZI ASL SERVIZI ALTRE ASL DELLA REGIONE SERVIZI PRIVATI SERVIZI DI ALTRE REGIONI *TIMBRO E FIRMA*

Allegato 7**DOMANDA PER L'INDENNITÀ DI FORMA ASSOCIATIVA**

All'Azienda USL

Io sottoscritt... dr nat.. a

ilCodice Fiscale

abitante in.....Via/pza

e-mail

iscritt... negli elenchi dei Pediatri di Famiglia per l'ambito territoriale di

codice regionale

chiedo che mi venga corrisposta la indennità prevista per Associazione di primo livello Associazione di secondo livello Gruppo di primo livello Gruppo di secondo livello

A tal fine allega:

 Accordo costitutivo della Forma Associativa (obbligatorio per tutte le forme associative) Orario e sede ambulatoriale di tutti i partecipanti alla Pediatria in Associazione di primo livello Orario di apertura della sede comune della Pediatria in Associazione di secondo livello Orario di apertura della Pediatria di Gruppo

Data

Firma

Allegato 8**ACCORDO PER LA COSTITUZIONE DI
PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE DI PRIMO LIVELLO**

I sottoscritti Pediatri iscritti negli elenchi dei Pediatri di Famiglia nell'Azienda

1. Codice Regionale ambito territoriale
2. Codice Regionale ambito territoriale
3. Codice Regionale ambito territoriale
4. Codice Regionale ambito territoriale
5. Codice Regionale ambito territoriale
6. Codice Regionale ambito territoriale
7. Codice Regionale ambito territoriale
8. Codice Regionale ambito territoriale
9. Codice Regionale ambito territoriale
10. Codice Regionale ambito territoriale

Al fine di conseguire un più elevato livello di prestazioni e per facilitare il rapporto tra cittadino e Pediatra di Famiglia,

CONVENGONO

di costituire tra loro un'associazione libera e paritaria, come previsto dall'art. 53 del D.P.R. 272/2000.

CONCORDANO:

- a) l'orario di apertura dei propri Studi, come riportato nella tabella allegata, in modo da coprire almeno 5 ore giornaliere, distribuite tra mattino e pomeriggio, con almeno uno Studio aperto fino alle ore 19;
- b) di svolgere attività ambulatoriale nei confronti degli assistiti dei colleghi associati, per prestazioni diagnostico-terapeutiche non programmabili dal proprio pediatra;
- c) di condividere e implementare linee guida su alcune patologie a più alta prevalenza:
 1.
 2.
- d) di essere disponibili a coordinarsi per l'erogazione di prestazioni previste dall'ACN o da Accordi locali;
- e) di prevedere periodicamente (almeno 3 volte all'anno) una riunione per la verifica dell'andamento dell'attività, la revisione dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione di comportamenti prescrittivi;
- f) di eleggere come delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con il Distretto il Dott.:
.....

Il presente Accordo, depositato presso l'Azienda USL e presso l'Ordine dei Medici di decorre dal e può essere rescisso in qualsiasi momento per decisione unanime dei componenti o con preavviso di almeno 2 mesi, da parte di 1 o più membri.

Data e luogo

Firme:

Allegato 9**ACCORDO PER LA COSTITUZIONE DI
PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE DI SECONDO LIVELLO**

I sottoscritti Dott. iscritti negli elenchi dei Pediatri di Famiglia nell'Azienda USL

- | | | | |
|-----|-------|------------------------|---------------------------|
| 1. | ..... | Codice Regionale | ambito territoriale |
| 2. | ..... | Codice Regionale | ambito territoriale |
| 3. | ..... | Codice Regionale | ambito territoriale |
| 4. | ..... | Codice Regionale | ambito territoriale |
| 5. | ..... | Codice Regionale | ambito territoriale |
| 6. | ..... | Codice Regionale | ambito territoriale |
| 7. | ..... | Codice Regionale | ambito territoriale |
| 8. | ..... | Codice Regionale | ambito territoriale |
| 9. | ..... | Codice Regionale | ambito territoriale |
| 10. | ..... | Codice Regionale | ambito territoriale |

Al fine di conseguire un più elevato livello di prestazioni e per facilitare il rapporto tra cittadino e Pediatra di Famiglia,

CONVENGONO

di costituire tra loro un'associazione libera e paritaria,

CONCORDANO:

- a) di svolgere attività ambulatoriale nei confronti degli assistiti dei colleghi associati, per prestazioni diagnostico-terapeutiche non programmabili dal proprio pediatra;
- b) di effettuare tale attività in una sede comune posta in
Tel
- c) che l'orario delle presenze nella sede comune dovrà assicurare un'assistenza ambulatoriale di almenoore distribuite al mattino e al pomeriggio e chiusura alle 19
- d) di condividere e implementare linee guida su alcune patologie a più alta prevalenza:
 1.
 2.
- e) di essere disponibili a coordinarsi per l'erogazione di prestazioni previste dall'ACN o da Accordi Locali;
- f) di prevedere periodicamente (almeno 3 volte all'anno) una riunione per la verifica dell'andamento dell'attività, la revisione dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione di comportamenti prescrittivi;
- g) di eleggere come delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con il Distretto il Dott.:
.....

Il presente Accordo, depositato presso l'Azienda USL e presso l'Ordine dei Medici di decorre dal e può essere rescisso in qualsiasi momento per decisione unanime dei componenti o con preavviso di almeno 2 mesi, da parte di 1 o più membri.

Data e luogo Firme:

Allegato 10**ACCORDO PER LA COSTITUZIONE DI
PEDIATRIA DI GRUPPO DI PRIMO LIVELLO**

I sottoscritti Dott. Pediatri di Famiglia nell'Azienda USL..... ambito di scelta

1. Codice Regionale
2. Codice Regionale
3. Codice Regionale
4. Codice Regionale
5. Codice Regionale
6. Codice Regionale

CONVENGONO

di costituire tra loro un'associazione libera e paritaria allo scopo di esercitare la Pediatria di Gruppo, per svolgere l'attività di Pediatria di Famiglia sia nei confronti dei propri assistiti che di quelli dei colleghi associati che necessitino di prestazioni diagnostico-terapeutiche:

CONCORDANO

- a) che la sede del Gruppo è stabilita in
- b) di osservare gli orari di presenza secondo l'orario stabilito dal gruppo riunito in assemblea;
- c) che eventuali modifiche dell'orario di apertura della sede e degli ambulatori dei singoli pediatri saranno approvate dal gruppo, riunito in assemblea, e comunicate al medico responsabile del Distretto;
- d) che l'orario delle presenze allo Studio dovrà assicurare un'assistenza ambulatoriale di almeno 6 ore distribuite al mattino e al pomeriggio, con apertura fino alle 19;
- e) di assicurare la propria presenza per almeno 5 giorni alla settimana; nel caso che un giorno alla settimana un pediatra del gruppo svolga attività di consulto, effettui accessi in luogo di ricovero, assistenza a pazienti non deambulabili, partecipi ad eventi formativi, potrà essere presente nella sede della pediatria di gruppo per soli quattro giorni alla settimana;
- f) che potranno effettuarsi variazioni di scelta all'interno del gruppo esclusivamente con l'autorizzazione del pediatra titolare e della richiesta in tal senso dell'assistito;
- g) che i partecipanti al gruppo potranno partecipare a Congressi, Corsi di Aggiornamento e di Formazione Permanente e di quant'altro necessario a favorire una costante elevazione della professionalità dell'intero gruppo;
- h) di prevedere un utilizzo comune della strumentazione diagnostica in possesso dei singoli pediatri aderenti;
- i) di utilizzare un unico software per la gestione della Cartella Clinica;
- j) di prevedere riunioni periodiche dei pediatri del gruppo per la verifica dell'andamento dell'attività;
- k) che ciascun pediatra si impegna a comunicare entro 5 giorni agli altri partecipanti, all'Azienda e all'Ordine dei Medici ogni situazione o variazione della propria posizione che sia rilevante agli effetti della normativa prevista per la pediatria di gruppo;
- l) di eleggere come delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con il Distretto il Dott.:
.....

Il presente Accordo, depositato presso l'Azienda USL e presso l'Ordine dei Medici di decorre dal e può essere rescisso in qualsiasi momento per decisione unanime dei componenti o con preavviso di almeno 2 mesi, da parte di 1 o più membri.

Data..... Luogo.....

Firme:

Allegato 11**ACCORDO PER LA COSTITUZIONE DI
PEDIATRIA DI GRUPPO DI SECONDO LIVELLO**

I sottoscritti Pediatri di Famiglia nell'Azienda ambito di scelta

- | | | | |
|----|-------|----------------|--------------|
| 1. | ..... | Cod. Reg. | E-mail |
| 2. | ..... | Cod.Reg. | E-mail |
| 3. | ..... | Cod.Reg. | E-mail |
| 4. | ..... | Cod.Reg. | E-mail |
| 5. | ..... | Cod.Reg. | E-mail |
| 6. | ..... | Cod.Reg. | E-mail |

CONVENGONO

di costituire tra loro un'associazione libera e paritaria allo scopo di esercitare la Pediatria di Gruppo, per svolgere l'attività di Pediatria di Famiglia sia nei confronti dei propri assistiti che di quelli dei colleghi associati che necessitino di prestazioni diagnostico-terapeutiche:

CONCORDANO

- a) che la sede del Gruppo è stabilita in
- b) di osservare gli orari di presenza secondo l'orario stabilito dal gruppo riunito in assemblea;
- c) che eventuali modifiche dell'orario di apertura della sede e degli ambulatori dei singoli pediatri saranno approvate dal gruppo, riunito in assemblea, e comunicate al medico responsabile del Distretto;
- d) che l'orario delle presenze allo Studio dovrà assicurare un'assistenza ambulatoriale di almeno 8 ore distribuite al mattino e al pomeriggio, con apertura fino alle 19 con variazioni orari estive autorizzate dal Comitato Aziendale;
- e) di assicurare la propria presenza per almeno 5 giorni alla settimana; nel caso che un giorno alla settimana un pediatra del gruppo svolga attività di consulto, effettui accessi in luogo di ricovero, assistenza a pazienti non deambulabili, partecipi ad eventi formativi, potrà essere presente nella sede della pediatria di gruppo per soli quattro giorni alla settimana;
- f) che potranno effettuarsi variazioni di scelta all'interno del gruppo esclusivamente con l'autorizzazione del pediatra titolare e della richiesta in tal senso dell'assistito;
- g) che i partecipanti al gruppo potranno partecipare a rotazione a Congressi, Corsi di Aggiornamento e di Formazione Permanente e di quant'altro necessario a favorire una costante elevazione della professionalità dell'intero gruppo;
- h) di prevedere un utilizzo comune della strumentazione diagnostica e di utilizzare un unico software per la gestione della Cartella Clinica;
- i) di prevedere la dotazione di Self Help diagnostico (test rapido per SBEGA, stick urine, determinazione della PCR, otoscopia pneumatica o impedenzometro); distanziatore per terapia inalatoria e frigorifero;
- j) di prevedere la presenza di n° collaboratori di studio ad utilizzo comune per un totale di ore settimanali;
- k) utilizzo da parte di ciascun pediatra del gruppo di un indirizzo di posta elettronica per l'eventuale trasmissione di dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano previste da specifici accordi, e per comunicazioni con l'Azienda;
- l) di prevedere riunioni periodiche dei pediatri del gruppo per la verifica dell'andamento dell'attività;
- m) che ciascun pediatra si impegna a comunicare entro 5 giorni agli altri partecipanti, all'Azienda e all'Ordine dei Medici ogni situazione o variazione della propria posizione che sia rilevante agli effetti della normativa prevista per la pediatria di gruppo;
- n) di eleggere come delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con il Distretto il Dott.:
.....

Il presente Accordo, depositato presso l'Azienda USL e presso l'Ordine dei Medici di decorre dal e può essere rescisso in qualsiasi momento per decisione unanime dei componenti o con preavviso di almeno 2 mesi, da parte di 1 o più membri.

Data e Luogo

Firme:

Allegato 12**SEDI E ORARI AMBULATORIALI DEI PEDIATRI
IN ASSOCIAZIONE DI PRIMO LIVELLO**

Medico	Sede dello Studio (indirizzo e telefono)	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì

Allegato 13**ORARIO DI APERTURA DELLA SEDE COMUNE
DELL'ASSOCIAZIONE DI SECONDO LIVELLO**

Ubicazione della sede comune:

Tel:

	MATTINA	POMERIGGIO
	alle ore alle ore	alle ore alle ore ...
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Allegato 14**ORARIO DI APERTURA DELLO
STUDIO DI PEDIATRIA DI GRUPPO**

Sede del Gruppo :

Tel:

	MATTINA	POMERIGGIO
	alle ore alle ore	alle ore alle ore ...
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Allegato 15**STANDARD DELLA SCHEDA SANITARIA INFORMATICA**

Il Pediatra di Famiglia deve tenere ed aggiornare una scheda sanitaria su supporto informatico secondo quanto previsto dall'art 44, comma 2, lettera d

La scheda dovrà contenere i seguenti dati :

Dati anagrafici:

- Nome e Cognome
- Sesso
- Luogo e Data di nascita
- Indirizzo
- Telefono
- Codice fiscale o Codice sanitario

Dati assistenziali:

- Azienda USL di Assistenza
- Codice di esenzione

Dati clinici:

- Anamnesi
- Tipo di allattamento
- Peso, altezza, BMI
- Patologie/problemi sanitari
- Ricette farmaci prescritte
- Accertamenti specialistici prescritti
- Ricoveri prescritti
- Vaccinazioni
- Bilanci di Salute
- Allergie e intolleranze

Allegato 16**ADEGUAMENTO ALLE FORME ASSOCIATIVE PREVISTE
DALL'ACCORDO REGIONALE 2007**

All'Azienda USL.....

I sottoscritti dott.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Iscritti negli elenchi dei medici convenzionati dei Pediatri di Famiglia dell'Azienda, facenti parte di

 associazione gruppo

secondo le caratteristiche previste dall' art 53 del DPR 272/2000 e dall'Accordo Regionale 2001,

 già riconosciuta in attesa di accoglimento**dichiarano di possedere i requisiti previsti dall'Accordo Regionale 2007 per:** la pediatria in associazione di primo livello la pediatria in gruppo di primo livello

si allega :

 Allegato 12 (pediatria in associazione) Allegato 14 (pediatria di gruppo)

Data

Luogo

Firme

Allegato 17

RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DI PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE

All'Azienda USL

Il sottoscritto, nato a.....
 il, residente a in Via
 Tel, Pediatra di Famiglia nell'ambito territoriale
 Cod. Regionalecon Studio principale in via
 Tele ulteriori Studi aggiuntivi in (indicare indirizzo e telefono):

.....

dopo aver consultato i colleghi operanti nello Studio Associato, preso atto e accettata la normativa che regola tale associazione e constatato che nulla osta alla sua partecipazione,
 chiede di entrare a far parte quale componente dell'associazione costituita e con sede in
 in via , con il seguente orario settimanale:

	Studio principale	Studi secondari
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Data

Firma

Presa visione e accettazione dei medici componenti l'associazione

.....

Allegato 18

RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DI PEDIATRIA DI GRUPPO

All'Azienda USL.....

Il sottoscritto, nato a..... il,
 residente a in Via Tel,
 Pediatra di Famiglia nell'ambito territoriale, Cod. Regionale
 con Studio principale o esclusivo in
 dopo aver consultato i colleghi operanti nel gruppo preso atto e accettata la normativa che regola tale forma
 associativa e constatato che nulla osta alla sua partecipazione,
 chiede di entrare a far parte quale componente del gruppo costituito con sede in
 in via

Data

Firma

Preso visione e accettazione dei medici componenti il gruppo

.....

Allegato 19**SCHEMA DI MONITORAGGIO DELLE FORME ASSOCIATIVE**

Azienda USL N° 	N° residenti 0-6 anni 	N° assistiti in carico ai Pediatri 	N° Pediatri di Famiglia
--------------------------------	---------------------------------------	---	--------------------------------------

Forme associative	Attive			In lista attesa		
	N°	N° Pediatri	N° Assistiti in carico	N°	N° Pediatri	N° Assistiti in carico
Pediatria in Associazione di 1° livello						
Pediatria in Associazione di 2° livello						
Pediatria di Gruppo di 1° livello						
Pediatria di Gruppo di 2° livello						
TOTALE						

Allegato 22

**SCHEDA DI VERIFICA
DELLA PEDIATRIA DI GRUPPO DI 1° LIVELLO**

DATI GENERALI	
Data Costituzione	Data decorrenza incentivo
Sede	
Delegato dell'associazione : nome Telefono mail	
I Pediatri aderenti fanno parte dello stesso ambito di scelta	SI NO
N° componenti:	Elenco Componenti .

CARATTERISTICHE			
	SI	NO	Note
Sede unica con presenza di almeno 2 studi per i gruppi formati da 3 o più pediatri			
Sede unica con presenza di uno studio per i gruppi formati da 2 pediatri			
Nella sede del Gruppo sono assicurate almeno 6 ore giornaliere di attività ambulatoriale dal lunedì al venerdì distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio.			
L'apertura della sede è garantita fino alle 19.00.			
Ciascun componente garantisce la propria presenza per 5 giorni alla settimana.			
Presenza in tutte le sedi della Carta dei Servizi con almeno i dati contenuti nell'Allegato 2.			
È realizzato il coordinamento dell'attività di assistenza domiciliare.			
Sono state individuate almeno 2 patologie per la condivisione delle linee guida.			
Vengono effettuate almeno 3 riunioni annuali previste, per la verifica degli obiettivi programmati e delle linee guida concordate. – <i>Sistema di verifica: verbali incontri.</i> (la verifica dei verbali decorre a partire dal 1/7/2007).			
Utilizzo di un unico Software per la gestione cartella clinica.			
È attuato l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun pediatra.			
È previsto l'utilizzo comune della strumentazione diagnostica in possesso dei singoli aderenti.			

Allegato 24

ESITO DELLA VERIFICA DELLE FORME ASSOCIATIVE

Data verifica:

Associazione di livello

Gruppo di livello

Lista pediatri:

.....
.....
.....
.....
.....

Esito verifica:

Positivo

Rivalutare entro 60 giorni

Motivazione della necessità di rivalutazione:

.....
.....
.....

2° verifica effettuata in data con esito positivo

2° verifica effettuata in data..... con esito negativo in quanto non sono presenti tutte le condizioni che consentono il riconoscimento della forma associativa e l'erogazione del corrispondente incentivo

In particolare:

Per l'Azienda

Per il Comitato Aziendale

Per l'Associazione medica

Allegato 25**DOMANDA PER L'INDENNITA' DI
COLLABORAZIONE DI STUDIO O INFERMIERISTICA**

All'Azienda USL.....

Io sottoscritt... dr nat. a il

Codice Fiscaleabitante in.....

Via/pza e.mail

iscritt... negli elenchi dei Pediatri di Famiglia per l'ambito territoriale di

Codice Regionale

chiedo che mi venga corrisposta la indennità prevista per l'utilizzo di un Collaboratore di studio Infermiere professionale

presso lo Studio professionale ove viene svolta in via principale od esclusiva l'attività di Pediatra di Famiglia.

In proposito, consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci, e delle sanzioni previste dal vigente codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi della L. 28.12.2000 n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, sotto la mia personale responsabilità

D I C H I A R O1) a decorrere dal.....presso il mio Studio di
mi avvalgo della collaborazione di: un collaboratore di studio con compiti di segreteria un infermiere professionale iscritto/a all'Albo Professionale al n.2) il collaboratore di Studio/infermiere è stato assunto direttamente
 è fornito da terzi

3) il rapporto di lavoro instaurato con il suddetto collaboratore ha natura di lavoro é conforme alle vigenti norme di Legge in materia di lavoro e all'art. 58 lett. B c. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale prevede un impegno orario di n. ore settimanali, una durata

 a tempo determinato, con scadenza a tempo indeterminato

4) mi impegno a fornire tempestivamente qualsiasi variazione intervenga

5) a richiesta dell'Azienda mi impegno altresì a fornire copia del contratto di lavoro stipulato con il collaboratore

6) di essere consapevole che in caso di dichiarazione non veritiera, o di omessa comunicazione delle modifiche eventualmente intervenute nel rapporto di lavoro oggetto della presente, verrà sospesa la corresponsione della indennità con recupero retroattivo delle somme corrisposte a tale titolo

data

Firma

Allegato 26**PERSONALE (COLLABORATORE DI STUDIO/INFERMIERE)
FORNITO DA UN MEDICO****Dichiarazione del datore di lavoro**

..l.. sottoscritt..

con studio in Codice Fiscale

Dichiara che (nome e cognome del dipendente)

assunt.. a tempo indeterminato/ determinato con scadenza ilcon contratto

.....

conforme all'art 58 l d c 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale

con mansione di

per un numero totale di ore settimanali di

Dichiara inoltre che il suddetto personale è utilizzato da:

Dott Per un numero di ore settimanali di

Dott Per un numero di ore settimanali di

Dott Per un numero di ore settimanali di

Dott Per un numero di ore settimanali di

presso lo Studio di Via /Piazza

.....

A disposizione per fornire adeguata documentazione

Data

Firma

Allegato 27**PERSONALE (COLLABORATORE DI STUDIO/INFERMIERE)
FORNITO DA SOCIETÀ/SOCIETÀ DI SERVIZI/COOPERATIVE****Dichiarazione del datore di lavoro**

..l.. sottoscritt..

in qualità di legale rappresentante della Società.....

con sede in Codice Fiscale

Dichiara che

(nome e cognome del dipendente)

assunt... con contratto

.....

.....

con mansione di

è utilizzat.. dal Dott.

presso lo Studio di via /piazza

per ore settimanali a tempo determinato, con scadenza

a tempo indeterminato

A disposizione per fornire adeguata documentazione

Data

Firma

Timbro della Società

Allegato 28**ART. 275 LEGGE FINANZIARIA 266 DEL 2005**

In applicazione del combinato disposto dall'art.58, parte B, Quota Variabile, punto 10 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Famiglia, recepito con Atto d'Intesa in data 15 dicembre 2005, e dall'art.275 della Legge Finanziaria 266/2005, le Aziende Sanitarie subordinano l'erogazione della indennità di collaborazione informatica per ogni Pediatra di Famiglia al rispetto della soglia del 70% della stampa informatizzata delle prescrizioni.

Le modalità di riscontro, coerenti con le determinazioni assunte dalla Regione Toscana in termini di acquisizione dati e verifiche prescrittive, saranno oggetto di una specifica intesa fra le parti.

L'Assessore Regionale al Diritto alla Salute

La delegazione dei Direttori generali delle Aziende UUSLL:

Direttore Generale Asl 3 di Pistoia

Direttore Generale Asl n. 6 di Livorno

Direttore Generale Asl n. 9 di Grosseto

Direttore Generale Asl n. 10 di Firenze

La delegazione dei Presidenti delle Società della Salute

Firenze Nord-ovest

Casentino

Le Organizzazioni Sindacali

FIMP

CIPe

31 marzo 2006

Allegato 29**DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ DELLA STAMPA DELLE
PRESCRIZIONI IN BASE ALLA LEGGE 266/2005**

All'Azienda USL.....

Io sottoscritt... dr nat. ail

Codice Fiscaleabitante in.....

Via/pza e.mail

iscritt... negli elenchi dei Pediatri di Famiglia per l'ambito territoriale di

Codice Regionale

che percepisce l'Indennità informatica come previsto dall'ACN (Art. 58, parte B, Quota Variabile, punto 10),
in riferimento all' Art 75 della Legge 266/2005

dichiara

di essere conforme agli adempimenti previsti per l'erogazione dell'indennità informatica relativi alla stampa
del 70% delle prescrizioni effettuate.

In fede

Data

Firma

Allegato 30**OBIETTIVI DI SALUTE: MODALITÀ OPERATIVE E MISURABILITÀ****1) Eseguire attività di prevenzione ed educazione sanitaria sulla popolazione pediatrica**

Durante l'esecuzione dei Bilanci di Salute, previsti dal Progetto Salute Infanzia, il Pediatra di Famiglia controlla lo stato di salute, effettua interventi di educazione sanitaria e screening neurosensoriali a tutta la popolazione assistita, con modalità e scadenze previste dal Progetto Salute Infanzia.

All'interno del Comitato Aziendale sono concordate le modalità di invio almeno semestrale della popolazione target.

misurabilità:

obiettivo parziale: effettuare il 50% dei Bilanci di Salute previsti su base annuale dei propri iscritti.

obiettivo totale: effettuare il 70% dei Bilanci di Salute previsti su base annuale dei propri iscritti.

2) Individuare fattori di rischio sociale ed ambientale al momento della Presa in Carico del Neonato

Al momento della Presa in Carico del Neonato, il Pediatra di Famiglia compila un questionario finalizzato all'acquisizione di elementi informativi sul rischio sociale ed ambientale da approntare all'interno del Comitato Regionale.

Le Aziende portano a conoscenza del Pediatra di Famiglia le scelte effettuate per i neonati, entro 7 giorni dall'iscrizione.

misurabilità:

obiettivo parziale: compilare il questionario al 50% dei neonati presi in carico

obiettivo totale: compilare il questionario al 80% dei neonati presi in carico

2) Eseguire la ricognizione sull'allattamento materno a 3 e a 6 mesi

Al momento dei Bilanci di Salute di 3 e 6 mesi, il Pediatra di Famiglia verifica la presenza di allattamento materno, segnalando se l'allattamento è esclusivamente materno, parzialmente materno o artificiale.

In questa occasione il Pediatra effettuerà attività di counseling nei confronti della famiglia

Le Aziende invieranno semestralmente l'elenco dei soggetti in carico che nel semestre precedente hanno compiuto 3 e 6 mesi.

misurabilità:

obiettivo parziale: verificare la tipologia di allattamento nel 50% dei soggetti in carico ai 3 e 6 mesi e trasmettere elenco all'Azienda USL;

obiettivo totale: verificare la tipologia di allattamento nel 80% dei soggetti in carico ai 3 e 6 mesi e trasmettere elenco all'Azienda USL.

3) Individuare l'eccesso ponderale nell'adolescente

Al momento del Bilancio di Salute di 10 anni, il Pediatra di Famiglia controlla il peso, l'altezza e calcola il BMI, ed individua il numero di soggetti con BMI rispettivamente superiore a 25 e 30 secondo Cole.

Effettua attività di counseling nei confronti del bambino e della famiglia.

Trasmette elenco dei bambini con BMI superiore a 25 e 30 secondo Cole.

Le Aziende invieranno semestralmente l'elenco dei soggetti in carico che nel semestre precedente hanno compiuto 10 anni.

misurabilità:

obiettivo parziale: verificare il BMI nel 50% dei soggetti in carico a 10 anni;

obiettivo totale: verificare il BMI nel 80% dei soggetti in carico a 10 anni.

4) Individuare i soggetti 0-3 anni che non usufruiscono dell'assistenza pediatrica nel corso di un anno.

Il Pediatra di Famiglia segnalerà i nominativi dei bambini 0-3 anni che nel corso dell'anno precedente non hanno effettuato alcun accesso ambulatoriale/domiciliare.

Entro il 31 Gennaio le Aziende invieranno l'elenco dei soggetti in carico 0-3 anni al 31 Dicembre; il pediatra invierà l'elenco entro il 31 Marzo con modalità da concordare nel Comitato Aziendale.

misurabilità:

obiettivo parziale: non previsto, riassorbito nell'obiettivo totale;

obiettivo totale: restituire l'elenco dei soggetti in carico 0-3 anni che nel corso dell'anno precedente non hanno effettuato alcun accesso ambulatoriale/domiciliare, con segnalata l'eventuale presenza di gravi patologie o, se conosciuta, l'appartenenza a nuclei familiari con almeno un fattore di rischio (es., domicilio precario, familiari con dipendenze da sostanze od alcool, provvedimenti tutelari, episodi precedenti di abusi, etc...).