



REGIONE TOSCANA



2001

ACCORDO INTEGRATIVO

per la

PEDIATRIA DI FAMIGLIA

PREMESSA

Il quadro normativo che regola i rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e i pediatri di famiglia è il seguente:

- Decreto Legislativo 19 luglio 1999, n. 229 - "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale";
- Legge Regionale 8 marzo 2000, n. 22 - "Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale";
- Decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 2000, n. 272 - Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con la pediatria di libera scelta
- P.S.N. 1998-2000;
- Progetto Obiettivo Materno-Infantile;
- Bozza P.S.N. 2001-2003.

All'interno dei tre macrolivelli assistenziali previsti si deve tendere ad una riallocazione delle risorse:

- dalla cura alla prevenzione
- dalla generalità della popolazione ai gruppi a rischio
- dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale

che tenda sempre più a valorizzare l'area delle cure primarie, che trova la sua dimensione organizzativa nel Distretto.

1.1 IL SISTEMA SANITARIO E LA DOMANDA DI PRESTAZIONI SANITARIE

Nel sistema attuale il pediatra di famiglia ricopre un ruolo basilare nel percorso assistenziale dei pazienti e diventa soggetto attivo della programmazione. Lo sviluppo del rapporto con la medicina di base comporta l'adozione di un complesso di interventi ispirati alle logiche generali di controllo del sistema e allineati alle esigenze del contesto operativo locale

In tutti i paesi occidentali si assiste in questi ultimi due decenni alla definizione e all'attuazione di profonde riforme dei sistemi sanitari con l'obiettivo fondamentale di ricostruire il necessario *equilibrio* tra costi dei servizi e risorse messe a disposizione dal *welfare community*. Si assiste infatti ad un aumento generalizzato e non sempre giustificato di richieste di prestazioni a fronte di bisogni percepiti in modo generalizzato (generico) come diritti.

Pur in presenza di modelli istituzionali ed organizzativi molto diversi tra di loro, in tutti i processi di ristrutturazione si rileva la tensione comune di *reformare* in modo più o meno radicale l'area delle *cure primarie* riconoscendo ad essa un maggior rilievo nella funzione di *governo del sistema*. Il fine è di promuovere sempre più la qualità assistenziale piuttosto che la quantità.

L'obiettivo generale è quello di migliorare il rapporto costi/efficacia del sistema sanitario mantenendo un livello di spesa compatibile con le risorse, tenuto conto dell'indirizzo che dovrebbero assumere gli investimenti per la salute, oltre che per la sanità, attraverso forme di allocazione delle risorse che conducano al maggior incremento possibile dello stato di salute ed al miglior "guadagno in salute" dell'intera popolazione.

Per raggiungere l'obiettivo indicato esistono almeno questi strumenti da utilizzare nell'area della pediatria di famiglia:

1. il contenimento della domanda impropria di prestazioni sanitarie, anche attraverso iniziative di educazione sanitaria congiunte tra Aziende e Pdf;
2. l'orientamento e il contenimento della domanda di prestazioni sanitarie di 2° e 3° livello;
3. la deospedalizzazione dell'assistenza, da realizzare con l'implementazione dell'attività territoriale;
4. il contenimento della spesa per l'assistenza farmaceutica.

Gli strumenti indicati operano il *controllo della domanda sanitaria* essendo finalizzati ad indirizzare la domanda di salute verso il consumo delle prestazioni più appropriate e a miglior profilo costi/efficacia, in sintonia con quanto espresso dalla legislazione regionale toscana (la fruizione è appropriata se è in relazione agli accertati bisogni di educazione alla salute, di servizi preventivi, di assistenza sociale, di diagnosi, cura e riabilitazione), e si affiancano ai più tradizionali strumenti di governo che sono invece finalizzati al perseguimento dell'efficienza e dell'efficacia del sistema.

1.2. IL QUADRO DI RIFERIMENTO

1.2.1 LE ESPERIENZE

Le esperienze maturate in Regione Toscana negli ultimi cinque anni evidenziano la non completa realizzazione delle previsioni del Piano sanitario regionale in tema di rapporti tra pediatria di famiglia e Servizio sanitario regionale. Si registrano sicuramente ancora scostamenti di notevole entità tra bisogni espressi dagli utenti e tipologia e qualità delle prestazioni, determinata anche da un'applicazione disomogenea e incompleta dei precedenti accordi integrativi regionali.

Nonostante ciò una più ampia attuazione dell'area funzionale pediatrica, il processo iniziato della costituzione della rete delle specialità pediatriche, la definizione più accurata dei singoli ruoli professionali, hanno portato ad una maggiore comunicazione tra pediatri di famiglia e strutture ospedaliere e ad una maggior considerazione da parte degli specialisti ospedalieri del ruolo attivo del pediatra di famiglia quale responsabile della tutela sanitaria del bambino. Più in generale, anche sotto il profilo dell'appropriatezza degli interventi, i pediatri di famiglia hanno dato un prezioso contributo alla riduzione del tasso di ospedalizzazione ed all'ottimizzazione della prescrizione farmaceutica. Proprio le numerose ed interessanti esperienze maturate e gli incoraggianti risultati raggiunti costituiscono una base di grande importanza per delineare traguardi più ambiziosi di partecipazione e di integrazione del pediatra di famiglia nel sistema sanitario regionale della Toscana.

A tal fine si ritiene che si possano perseguire obiettivi di alto rilievo, coerenti con gli obiettivi di salute previsti dai Piani Sanitari Nazionale e Regionale e dai rispettivi Progetti Obiettivo Materno Infantile, da realizzare in maniera uniforme in tutte le Aziende della Toscana, attraverso gli strumenti indicati dall'A.C.N. per la pediatria di libera scelta che sono in grado di attuare i contenuti delle recenti normative.

1.2.2 GLI OBIETTIVI DA PERSEGUIRE

Nella cornice del Piano Sanitario Regionale vigente il presente accordo vuole realizzare i seguenti obiettivi essenziali:

- attuare i percorsi assistenziali;
- sviluppare la qualità dei servizi;
- conseguire l'appropriatezza delle prestazioni.

Tali obiettivi possono essere conseguiti solo in un quadro di sostenibilità complessiva del sistema e attraverso adeguati strumenti attuativi.

1.2.2.1 I percorsi assistenziali.

L'obiettivo che la Regione Toscana si è data per il miglioramento dei servizi è quello di passare da un sistema che offre le prestazioni ad uno che organizza opportunità di accesso ai servizi attraverso la costruzione dei percorsi assistenziali. Alla base di questo percorso c'è una valutazione dell'analisi dei bisogni che individua strategie di salute, che si attua attraverso l'ottimizzazione dell'organizzazione delle risorse nella logica della continuità dei percorsi assistenziali.

Conseguentemente la Regione Toscana e le Aziende USSL si impegnano al pieno coinvolgimento, ai diversi livelli, del pediatra di famiglia nella elaborazione delle linee guida e nello studio delle metodologie operative che devono sorreggere il corretto attivarsi dei percorsi assistenziali, di natura sanitaria e sociale.

1.2.2.2 La qualità dei servizi

L'orientamento alla qualità costituisce un obiettivo generale che deve informare tutto il sistema e l'azione di tutti i suoi attori. In tal senso il contributo dei pediatri di famiglia deve prioritariamente essere orientato alla salvaguardia della salute dei cittadini con azioni di tipo preventivo, di educazione alla salute e di corretto orientamento della domanda di prestazioni sanitarie. Queste iniziative devono essere supportate e coordinate dalle Aziende Sanitarie per promuovere un aumento della cultura sanitaria dell'utenza.

Un secondo aspetto è quello relativo allo sviluppo di un rapporto con i cittadini che si ponga l'obiettivo di una migliore informazione degli stessi, di una partecipazione consapevole e di uno sviluppo del consenso informato. Ciò ai fini di promuovere un concetto di salute condiviso, sempre più basato sulla responsabilità verso se stessi e verso la comunità.

1.2.2.3 L'appropriatezza delle prestazioni

L'appropriatezza delle prestazioni, ivi compresi gli aspetti prescrittivi, contribuisce in modo determinante, attraverso il corretto utilizzo delle risorse, per garantire la sostenibilità del sistema universalistico e quindi la garanzia della permanenza dello stesso.

In proposito i Pediatri di Famiglia condividono e si impegnano nell'obiettivo di "migliorare il rapporto costi efficacia del Sistema Sanitario mantenendo un livello di spesa compatibile con le risorse disponibili".

1.2.3 LA SOSTENIBILITA'

Per il raggiungimento di tali obiettivi esistono elementi di sostenibilità finanziaria del sistema correlati all'area della pediatria di famiglia, che vanno assunti come quadro generale di riferimento della procedura negoziale. Le parti convengono che la sostenibilità del sistema sanitario regionale passi attraverso un corale impegno di tutti gli attori interessati, istituzionali e tecnici, che, nel rispetto degli obiettivi del P.S.N. e del P.S.R., mettano in grado il Pediatra di Famiglia di utilizzare al meglio la prescrizione, al fine di:

- ridurre gli accessi impropri alle strutture di ricovero;
- accentuare la deospedalizzazione, in particolare del bambino con malattia cronica.

1.2.4 GLI STRUMENTI

Per la realizzazione degli obiettivi sopra indicati la Regione, le Aziende USL e i pediatri di famiglia si impegnano a mettere in atto in maniera diffusa su tutto il territorio regionale i seguenti strumenti:

- strutturazione degli Uffici di Coordinamento Distrettuale, al cui interno elaborare le modalità di realizzazione, a livello locale, dei percorsi assistenziali socio sanitari integrati;
- realizzazione di un sistema partecipativo ed integrante ai vari livelli, aziendali, zonali e distrettuali, al fine di consentire ai Pediatri di Famiglia di presenziare, a pieno titolo, alla programmazione ed al monitoraggio delle attività di cui all'art.14 bis del DPR 272/2000. La definizione del sistema, da disciplinarsi nello statuto aziendale, sarà compito di una apposita Commissione tecnica costituita da rappresentanti delle Aziende USL, della Regione Toscana e dei Pediatri di Famiglia che dovrà terminare i suoi lavori entro il 31 ottobre 2001 e troverà applicazione dal 2002, anche attraverso il recepimento negli atti di programmazione regionali e aziendali;
- attuazione art.3-quater D.Lvo 229/99 per quanto previsto sull'attribuzione al distretto di risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento e, in questo ambito, sulla dotazione di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda USL. Quanto sopra in relazione alla Legge regionale 22/2000 per quanto riguarda i compiti attribuiti alla zona ed al distretto (artt.55 e 56) in proposito ed al DPR 272/2000 (art.14 bis, punto1. a);
- previsione, negli atti di programmazione regionale, nel triennio 2002-2003-2004, di una consequenzialità finanziaria non inferiore a quella prevista nel PSR 1999-2001 per lo sviluppo ed il potenziamento dei servizi territoriali, con l'individuazione di una specifica quota da destinarsi alle attività dei Pediatri di Famiglia, anche come cofinanziamento di progetti aziendali, in attuazione del DPR 272/2000 (art.14 bis, punto 1, lett b e punti 2 e 3): Fondo distrettuale per la Pediatria di Famiglia;
- realizzazione di un rapporto tra medici distrettuali, specialisti ospedalieri e universitari e pediatri di famiglia con caratteristiche di continuità, allo scopo di realizzare i protocolli necessari all'efficace svolgimento dei percorsi socio assistenziali;
- garanzia per i pediatri di famiglia di concreta fruibilità delle strutture sanitarie, in primo luogo quelle ospedaliere, e di quelle diagnostiche in tempi rapidi nell'accettazione e nelle risposte;
- fruibilità in ambito distrettuale, da parte dei pediatri di famiglia, di tutte le informazioni utili per l'individuazione delle soluzioni più idonee al soddisfacimento della domanda di prestazioni socio sanitarie.

2.1 IL PROCESSO *BUDGETING* COME STRUMENTO OPERATIVO IN TOSCANA

È possibile definire uno schema generale del processo di *budgeting*, ovvero un percorso attuativo, a livello regionale ed aziendale, che realizzi un vero e proprio sistema di programmazione e controllo, che si muova nel quadro normativo vigente (D.Lgs. n. 229 del 1999, L.R. n. 22 del 2000, D.P.R. n. 272 del 2000).

Il processo dovrà essere adattato alle caratteristiche peculiari dei diversi contesti aziendali, prevedendo quindi meccanismi di gradualità nella realizzazione e flessibilità di attuazione, in relazione alla situazione già in atto.

L'Assessore del Diritto alla Salute e i Direttori Generali si impegnano perché vengano attivati tutti gli interventi rivolti alla realizzazione del processo di *budgeting*. Le Aziende, in particolare, si dovranno dotare di un sistema informativo aziendale in grado di elaborare dati epidemiologici, clinici ed economici.

2.1.1 ARTICOLAZIONE DELLE FASI REGIONALI

La Regione Toscana, al fine di promuovere i livelli ottimali di salute di tutta la popolazione toscana:

- 1) individua, attraverso gli atti di programmazione, gli obiettivi generali del suo sistema sanitario;
- 2) stipula accordi applicativi dell'A.C.N.;
- 3) predisporre ulteriori interventi convergenti sugli obiettivi di sistema;
- 4) prevede un'attività di monitoraggio sull'applicazione del processo di *budgeting*.

2.1.2 ARTICOLAZIONE DELLE FASI AZIENDALI

Le Aziende UUSSLL provvedono ad attivare il processo di *budgeting* secondo articolazioni che tengono conto delle caratteristiche peculiari dei diversi contesti aziendali e quindi dell'opportunità di prevedere meccanismi di gradualità e di flessibilità nella sua realizzazione. Al solo fine esemplificativo si indica la seguente ipotesi di articolazione che contiene gli elementi essenziali del processo.

Ipotesi di articolazione delle fasi aziendali:

- 1) sensibilizzazione e formazione alle nuove logiche e tecniche gestionali dei medici, accordo con le organizzazioni sindacali sulla sperimentabilità del sistema;
- 2) definizione del piano strategico dell'Azienda, sulla base degli obiettivi di sistema, ma collegato alle realtà e ai bisogni locali. È la fase in cui i vertici aziendali e i responsabili dei servizi decidono il "*dove andare*", ovvero:
 - a) quali sono gli ambiti concreti su cui agire;
 - b) quali sono i vincoli organizzativi e le politiche aziendali di fondo;
 - c) quali sono i fenomeni su cui produrre il cambiamento (ad esempio su quali patologie intervenire piuttosto che su quali consumi indotti di prestazioni sanitarie agire);
 - d) quali gli incentivi che si possono adottare.

Da questa attività di riflessione e di valutazione deriveranno delle specifiche linee guida aziendali ovvero il *cosa fare* per la predisposizione del budget, nelle quali, oltre a presentare gli elementi del piano strategico, si indicheranno i fenomeni oggetto di cambiamento e la misura desiderata di questo;

- 3) predisposizione dei dati a consuntivo, per singolo medico o per gruppo di medici a vario titolo associati, dei fenomeni oggetto di controllo e della spesa indotta, attraverso un sistema di *reporting* e di idonei indicatori;
- 4) consegna al singolo medico, o al gruppo di medici a vario titolo associati, del piano strategico, delle linee guida aziendali e dei *report* specifici dell'attività e dei costi;
- 5) predisposizione dell'Accordo aziendale con le Organizzazioni sindacali, relativo alle proposte di una serie di obiettivi da raggiungere nel periodo, redatte sulla base delle linee guida aziendali e della realtà descritta dai *report* di attività. Gli obiettivi dovranno essere tradotti in termini quantitativi o, perlomeno, in termini misurabili;
- 6) svolgimento della vera e propria fase della negoziazione del *budget*, consistente in una vera e propria contrattazione degli obiettivi, nella determinazione degli indicatori per la misurazione dei risultati e nella definizione del sistema di incentivazione, da concordarsi con la Direzione aziendale, fermo restando che, superato l'investimento di cui al punto 2), le negoziazioni aziendali avverranno sulla base dell'autofinanziamento con erogazione degli incentivi a raggiungimento degli obiettivi previsti;
- 7) monitoraggio sistematico degli indicatori - obiettivo da parte della tecnostruttura dell'Azienda e comunicazione dei risultati ai medici interessati. Le aziende concorderanno le modalità attuative;

8) alla fine del periodo di *budget*, saranno effettuate analisi dei risultati a consuntivo, analisi degli scostamenti e valutazioni del grado di raggiungimento degli obiettivi, finalizzate alla distribuzione degli incentivi;

9) ripresa del processo di budget per il periodo successivo, con la definizione delle nuove linee guida.

Le Aziende UUSSLL, nella definizione dei propri piani strategici e nella contrattazione con le OOSS, tengono conto delle possibilità di intervento e delle indicazioni correlate, di cui all'Allegato "C" del presente Accordo.

2.1.3 IMPEGNI DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

Costituisce impegno delle Organizzazioni Sindacali la condivisione dell'obiettivo riportato nella premessa - migliorare il rapporto costi/efficacia del sistema sanitario mantenendo un livello di spesa compatibile con le risorse, attraverso forme di allocazione che conducano al miglior "guadagno in salute" dell'intera popolazione - anche attraverso:

- l'applicazione dell'articolo 14-quater del D.P.R. n. 272 del 2000;
- la formulazione di proposte operative finalizzate all'equilibrio economico, di livello regionale e aziendale;
- adesione alla sperimentazione ex art. 86, Legge Finanziaria, in n° 1 Distretti.

ALLEGATO "A"

ACCORDO REGIONALE

3.1 Graduatorie Aziendali (art. 2 Dpr 272/2000)

Al fine di snellire le procedure di assegnazione degli incarichi provvisori, ai sensi dell'art. 22 o per sostituzione ai sensi del comma 5 art. 21, ogni Azienda deve stilare, entro 30 giorni dalla pubblicazione della graduatoria regionale, una graduatoria aziendale.

Tale graduatoria deve essere annualmente aggiornata e semestralmente verificata nella disponibilità a ricoprire gli incarichi provvisori, di cui all'art. 22 o le sostituzioni, di cui all'art 21 comma 5.

Nell'attribuzione dell'incarico, a parità di punteggio, sarà data priorità ai pediatri residenti nel distretto, ai pediatri residenti nella zona, ai pediatri residenti nell'Azienda usl e, infine, ai pediatri residenti nelle Aziende UUSSLL limitrofe.

3.2 Sospensione parziale dell'attività (art. 5 c3-7-12 Dpr 272/2000)

Il pediatra interessato a usufruire dell'istituto della sospensione parziale di attività formula la richiesta alla propria Azienda che ne prende formalmente atto.

La richiesta formulata deve contenere obbligatoriamente:

- il nominativo del sostituto;
- la data di inizio e la presunta data di cessazione della sospensione parziale di attività, che può variare in seguito a adeguata richiesta;
- l'articolazione oraria della sostituzione che può essere fascia antimeridiana o fascia pomeridiana.

Per l'intero periodo della sospensione i rapporti economici sono regolati direttamente fra il pediatra titolare di convenzione e il suo sostituto, secondo quanto previsto dall'allegato F.

Ai fini del punteggio per l'inserimento nella graduatoria regionale, al sostituto la sostituzione effettuata viene conteggiata 0,10 per ciascun mese di attività se specialista pediatra, 0,05, se medico generico; il titolare matura 0,20, in quanto non sussiste soluzione di continuità.

Nell'ambito della lettera e) sono riconducibili anche le gravi motivazioni personali del pediatra.

art. 5 comma 7

Per i casi previsti al comma 1 lettere C,D,F la nomina del sostituto si intende affidata all'Azienda ma con designazione da parte del titolare.

art. 5 comma 12

Il provvedimento di sospensione del rapporto convenzionale è da intendersi in riferimento ai casi di cui al comma 1 e 2.

3.3 Punteggio previsto per i pediatri residenti nella Regione (art. 18 c5 DPR272/00)

Si precisa che i 10 punti per i pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni sono da sommare ai 6 punti che si attribuiscono ai pediatri residenti da almeno due anni nell'ambito territoriale dichiarato carente.

3.4 Diritti sindacali

L'ammontare orario del rimborso della spesa per partecipazione a comitati e commissioni previsti dall'accordo nazionale e da normative nazionali e regionali, integrato del tempo occorrente per il viaggio è di Lire 45.000 oltre alle spese di viaggio, e vanno pagate direttamente al titolare.

Il compenso orario per sostituzioni sindacali è di Lire 45.000. La decorrenza da attribuire a tale compenso è il 28.12.2000, data di insediamento del Comitato Regionale.

3.5 Diritto di sciopero

Le visite urgenti, ivi comprese le visite domiciliari urgenti e l'assistenza programmata ai malati terminali, che sono definite prestazioni indispensabili ai sensi della legge n. 146/90, art. 2, comma 2, dall'Accordo Nazionale e che devono essere assicurate durante l'esercizio del diritto di sciopero dai pediatri convenzionati, sono compensate mediante la corresponsione del 40% dei compensi spettanti ai sensi dell'art. 41, lettera A1, A2, A3.

3.6 Mantenimento delle scelte degli ultraquattordicenni (art. 26 c4- DPR 272/2000)

Si conviene di considerare come “particolari situazioni” ai fini dell'accoglimento delle richieste del genitore per il mantenimento della scelta in favore del pediatra fino al 16° anno di età, le seguenti:

1. patologia cronica e persistente;
2. immaturità psico-fisica;
3. situazioni di disagio psico-sociale, anche se non chiaramente patologiche (es: difficoltà nell'ambito familiare, situazioni di disagio adolescenziale evolutivo, situazioni di disagio cronicizzante, situazioni di disagio da disadattamento, situazioni di disagio scolastico).

La richiesta del genitore deve essere accompagnata dalla attestazione del Pediatra e dalla sua accettazione (Allegato C1).

L'Azienda ha l'obbligo di comunicare alla famiglia dell'assistito, almeno quattro mesi prima, la revoca della scelta per compimento del 14° anno di età e l'annotazione che, per situazioni particolari, può essere richiesto, in deroga, il mantenimento della scelta in carico al pediatra fino al 16° anno di età.

La componente regionale del Comitato si impegna a comunicare, in attesa del recepimento formale con delibera della Giunta Regionale del presente Accordo, le determinazioni riferite all'art. 9 e all'art. 26, comma 4.

3.7 Rapporto ottimale

Ai sensi di quanto previsto dal comma 7, Art.17, DPR 272/2000, per ciascun comune o altro ambito definito ai sensi del comma 3, Art.17, deve essere iscritto un pediatra per ogni 600 residenti o frazione superiore a 300, di età compresa tra 0 e 5 anni e 364 gg, risultante alla data del 31 Dicembre dell'anno precedente, tenendo anche conto dei cittadini residenti che hanno effettuato la scelta a favore di pediatri iscritti al di fuori dell'ambito.

Nella determinazione di un nuovo ambito territoriale, anche in seguito ad accorpamenti di più comuni, il rapporto ottimale a cui riferirsi rimane 1/600 (o frazione superiore a 300) bambini residenti in età 0-5 anni e 364 gg.

Per garantire il diritto all'assistenza pediatrica e alla libera scelta del cittadino, dopo che l'Azienda ha valutato l'opportunità di ricorrere alle misure già previste dall'ACN, quali la scelta in deroga territoriale, l'aumento temporaneo del massimale e la variazione dell'ambito territoriale, le parti concordano che l'Azienda proceda nel calcolo per eventuali ad ulteriori inserimenti attenendosi al seguente meccanismo: si somma al numero di bambini residenti in età 0-5 anni e 364 gg 1/3 dei bambini residenti in età 6-13 anni e 364 gg. e a tale somma si applica il rapporto 1/600; in tale ambito deve risultare iscritto un pediatra ogni 600 residenti o frazione superiore a 300.

Per il comune di Firenze si concorda di aggiungere ai bambini 0-5 anni e 364 gg il 50% dei residenti in età 6-13 anni e 364 gg.

Negli ambiti territoriali in cui è inserito un unico pediatra e non è possibile l'ampliamento dell'ambito territoriale, il calcolo viene applicato al raggiungimento del massimale più le deroghe del 10% da parte del pediatra già iscritto e se il numero della popolazione residente 0-13 anni e 364 gg è superiore di 300 unità rispetto al massimale del pediatra.

Ai pediatri neoiscritti in base ai meccanismi definiti dal presente Accordo, qualora il numero dei bambini iscrivibili al pediatra non raggiunga almeno le 600 unità, può essere assicurata dall'Azienda l'attribuzione di incarichi di attività di Pediatria di Comunità ai sensi all'art. 48 del DPR 272/2000.

Il massimale a 950 scelte, concesso in base al precedente Accordo Regionale di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 1463 del 15.12.97, decade dalla data di pubblicazione del presente accordo. Fino al rientro a massimale 800, più il 10% delle deroghe come previsto dallo stesso Accordo Nazionale, al pediatra non è consentita alcuna deroga, eccetto quelle dei secondogeniti e la riattribuzione delle scelte temporanee (comma 8 e 9 dell'Art. 23 del DPR 272/2000)

In caso non sussista la possibilità di inserimento di un nuovo pediatra sono comunque consentite scelte in deroga al massimale anche se tutti i pediatri dell'ambito territoriale hanno superato il loro massimale.

Se con i calcoli effettuati, in un ambito territoriale risulta l'immediata iscrivibilità di 2 o più pediatri, l'Azienda, al fine di ottemperare al criterio dell'inserimento graduale previsto dal comma 7 dell'art. 17, DPR 272/2000, delibera la pubblicazione dei posti risultanti carenti, in pubblicazioni semestrali successive e comunque entro il limite numerico del 50%.

Il Comitato Aziendale può valutare, secondo priorità individuate dall'Azienda, la pubblicazione graduale di posti risultanti carenti in ambiti limitrofi.

Le parti componenti il Comitato Regionale si impegnano ad una verifica della copertura assistenziale regionale dopo sei mesi dall'applicazione del meccanismo previsto.

3.8 Accorpamenti dei Comuni ai fini dell'assistenza pediatrica

Visti:

- l'art 19 comma 2 della Legge 833/78 che prevede che la scelta del medico avviene nei limiti oggettivi dell'organizzazione sanitaria;
- l'art 25 che, per gli effetti del comma di cui sopra, prevede che l'assistenza primaria sia organizzata in via prioritaria per ambiti comunali;

considerato che ai sensi del DPR 272/2000:

- in ogni ambito deve essere garantito di norma l'inserimento di almeno due pediatri;
- l'art 11 comma 2 lettera e) attribuisce al Comitato aziendale ex art. 11, DPR 272/2000 la competenza dell'espressione del parere in merito alla definizione degli ambiti territoriali di scelta;

ritenuto che,

- in base alle disposizioni contenute nel succitato art. 19, si rende necessaria da parte delle Aziende USSL, sentiti i Comitati aziendali ex art. 11, ai fini della scelta del pediatra di libera scelta, una revisione degli attuali ambiti territoriali di scelta;

si ritiene che, per opportuna omogeneità, i Comitati aziendali, nell'espressione del proprio parere in merito agli accorpamenti di comuni, dovranno attenersi ai seguenti criteri:

1. è consentito l'accorpamento di comuni appartenenti alla stessa azienda e compresi nello stesso distretto;
2. è necessario che i comuni che costituiscono il nuovo ambito territoriale abbiano una buona viabilità fra di loro, siano limitrofi o contigui anche se non necessariamente confinanti fra loro;
3. la scelta dell'Azienda di ricorrere all'istituto dell'accorpamento deve prioritariamente essere attivata al fine di garantire la copertura assistenziale nei comuni privi del pediatra di libera scelta e per assicurare la libertà di scelta da parte del cittadino;
4. i pediatri convenzionati già iscritti mantengono l'apertura dell'ambulatorio principale ognuno rispettivamente nel proprio originale comune di iscrizione.

Il Comitato aziendale definisce i nuovi ambiti territoriali entro 60 gg dalla data del proprio insediamento.

Il Direttore Generale dell'Azienda Usl, dopo aver acquisito il parere del Comitato e, con propria deliberazione, avere individuato i nuovi ambiti territoriali di scelta, provvede alla comunicazione in merito alla Regione.

3.9 Attività territoriali programmate

Le attività territoriali programmate da svolgersi nei distretti sono quelle per le quali è previsto il possesso del titolo di specializzazione da parte del medico;

Lo svolgimento dell'attività può avvenire oltre che nei presidi sanitari distrettuali, anche presso collettività, quali scuole, istituti di accoglienza, ecc.

Il compenso orario, su cui viene versato il contributo previdenziale è pari a quello corrisposto al medico specialista ambulatoriale interno, tenuto conto dell'anzianità di specializzazione, più il compenso aggiuntivo da corrispondere sulla base del numero delle ore di incarico. Per l'attività svolta nei giorni festivi e nelle ore notturne dalle ore 22 alle 6, il compenso orario è maggiorato del 20%. Per l'attività svolta nelle ore notturne dei giorni festivi ai sensi di legge la maggiorazione è del 40%.

Al pediatra che si avvalga del proprio automezzo per spostamenti dovuti allo svolgimento di attività al di fuori dei presidi dell'Azienda spetta un rimborso pari ad 1/5 del prezzo della benzina super per ogni chilometro percorso.

3.10 Determinazione della quota oraria da detrarre ai Pediatri di Libera Scelta che usufruiscono di ambulatori pubblici

Al pediatra che fruisce degli ambulatori pubblici per la propria attività convenzionata dovrà essere detratta dalle competenze globalmente corrisposte una quota oraria nella misura e secondo le modalità di seguito indicate.

Le quote orarie sono definite a livello aziendale, tenendo conto anche dei servizi assicurati relativamente allo studio da un minimo di Lire 4.000 ad un massimo di Lire 13.000, rapportato anche al numero degli assistiti in carico al pediatra che fruisce dell'ambulatorio.

Le quote si riferiscono all'uso di un ambulatorio in cui siano presenti gli standards previsti dall'art, 20, comma 2, DPR 272/2000.

L'eventuale uso degli ambulatori ubicati nei comuni o frazioni di comuni individuati ad oggi come disagiati dalla Giunta Regionale con propria deliberazione n. 969/83 e segg., e che, successivamente, saranno individuati dai Comitati Aziendali, secondo quanto previsto all'art. 11, comma 2 lettera f), è a titolo gratuito.

In relazione ad esigenze assistenziali di residenti in località particolari le Aziende UUSSLL possono consentire l'uso dell'ambulatorio pubblico a titolo gratuito.

L'uso dell'ambulatorio pubblico è attestato dalla Azienda usl di intesa con il pediatra mediante sottoscrizione di apposito verbale nel quale dovranno essere indicate le ore di utilizzo, le attrezzature esistenti, le modalità dell'uso della struttura e quant'altro le parti riterranno opportuno precisare sempre entro i limiti dell'Accordo. Dovrà inoltre evidenziarsi che l'utilizzo dell'ambulatorio non presuppone alcun contratto di locazione e che l'utilizzo può essere revocato in qualsiasi momento su decisione dell'Azienda USL, sentito il comitato aziendale, qualora lo ritenga opportuno nell'ambito delle sue attività istituzionali, dando un preavviso di almeno tre mesi all'altra parte.

Il recupero per l'uso degli ambulatori pubblici è effettuato trimestralmente sulla base delle ore complessive di utilizzo.

3.11 Pediatri sentinella

Le Organizzazioni sindacali si impegnano ad individuare n° 6 pediatri sentinella (2 per area vasta) che svolgano compiti previsti dall'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 28 settembre 2000 per la sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza.

Il compenso previsto è pari a lire 1.000.000 lordo annue.

3.12 Prestazioni incentivanti

Si ribadisce che dalle prestazioni incentivanti sono esclusi i Pediatri di Libera Scelta che svolgono attività libero professionale strutturata.

Le percentuali concordate per tutte le prestazioni incentivanti individuate sono da applicarsi a livello aziendale.

Le parti si impegnano per una verifica da parte del Comitato Regionale ai fini della valutazione della congruità delle percentuali previste entro dicembre 2001.

I pediatri che già avevano usufruivano degli istituti incentivanti, conservano il diritto, anche se a livello aziendale viene superata la percentuale prevista.

I compensi sono corrisposti mensilmente in dodicesimi.

Le domande per usufruire degli istituti incentivanti previsti devono essere presentate all'Azienda entro 60 gg dalla pubblicazione del presente Accordo; l'Azienda, sentito il Comitato aziendale ex Art.11/DPR 272/00, deve dare una risposta entro 45 gg dal termine ultimo della presentazione delle domande.

Per le richieste presentate in tempi successivi saranno seguite le stesse modalità e l'Azienda deve dare una risposta entro 30 giorni dalla presentazione della domanda.

I parametri per stabilire le priorità delle richieste devono essere valutati alla data del termine di scadenza delle domande.

Le domande dovranno essere presentate su appositi moduli concordati a livello regionale (allegato C2; allegato C3; allegato C4; allegato C5;)

3.12.1 ZONE DISAGIATE

Il corrispettivo di 1.000.000 mensile per assistenza pediatrica in zone disagiate spetta:

- 1) ai pediatri iscritti negli ambiti territoriali già riconosciuti interamente disagiati;
- 2) ai pediatri che si iscrivono in ambiti territoriali rimasti scoperti per più di un anno dalla pubblicazione della carenza, come previsto dall'allegato G, comma 1);
- 3) negli ambiti territoriali che verranno riconosciuti interamente disagiati secondo i seguenti criteri che saranno oggetto di deliberazione della Giunta Regionale:
 - a) particolari difficoltà oro geografiche;
 - b) popolazione rarefatta e sparsa (all'interno dell'ambito c'è più di un comune con densità di popolazione di età 0-6 anni inferiore a 2 abitanti/Km² e con un numero di bambini 0-6 anni inferiore a 150).

Su indicazione del Comitato Aziendale, all'interno di un ambito di scelta può essere riconosciuto come disagiato un comune facente parte dell'ambito, in caso di popolazione rarefatta e sparsa (secondo i criteri suddetti), tenendo presente le condizioni di viabilità. In questo caso al pediatra spetta un corrispettivo di L.50.000 annue per ciascun bambino residente ed iscritto, fino al raggiungimento massimo di L.1.000.000 mensili.

Su indicazione del Comitato aziendale, l'incentivo delle 50.000 annue per bambino può essere applicato a piccole frazioni con difficili condizioni di viabilità.

3.12.2 INFORMATIZZAZIONE

Si concorda che la percentuale regionale dei pediatri convenzionati cui riservare il diritto alla corresponsione dell'incentivo previsto dall'art. 41 lettera A3, punto 4) è del 40% e si aumenta il compenso mensile da 150.000 a 200.000.

I criteri di priorità cui attenersi per il riconoscimento del diritto all'indennità informatica sono:

- a) soggetti che usufruivano dell'indennità secondo il DPR 613/96;
- b) soggetti cui non era stato riconosciuto il diritto secondo il precedente DPR causa superamento del tetto previsto;
- c) soggetti che aderiscono a forme associate (pediatria di gruppo o in associazione)
- d) soggetti con maggior carico di scelte.

La trasmissione per via informatica della scheda del "riepilogo bilanci di salute" e delle schede di "bilanci di salute" riferite al bambino con patologie segnalate nel riepilogo, il riepilogo delle "prestazioni aggiuntive" e delle "prestazioni collegate al self-help diagnostico, comporta la corresponsione di L.35.000 mensili. Tale incentivo può essere erogato sia ai pediatri che usufruiscono dell'indennità informatica sia a quelli che non ne hanno diritto.

A richiesta dell'Azienda possono essere individuati ulteriori trasmissioni di dati da concordare anche per l'aspetto economico a livello aziendale.

3.12.3 COLLABORAZIONE DI STUDIO E/O INFERMIERISTICO

Si concorda l'aumento della percentuale regionale dei pediatri convenzionati cui riservare il diritto alla corresponsione dell'incentivo previsto dall'art. 41 lettera A3, punto 6) dal 10% al 15%.

Per questa attività il compenso da corrispondere è di Lire 10.000 annue ad assistito

La collaborazione infermieristica può essere effettuata da: personale infermieristico, vigilatrici d'infanzia e assistente sanitaria.

L'indennità è riservata ai pediatri che non hanno limitazioni di massimale.

I criteri di priorità cui attenersi per il riconoscimento del diritto all'indennità di collaborazione di studio sono:

- a) soggetti che hanno attivato la collaborazione di studio ai sensi del DPR 613/96
- b) soggetti cui non era stato riconosciuto il diritto secondo il precedente DPR causa superamento del tetto previsto;
- c) soggetti che già usufruiscono del collaboratore di studio, dimostrabile mediante idonea documentazione, ma che non hanno fatto richiesta per l'indennità causa superamento del tetto previsto;
- d) soggetti che aderiscono alla pediatria di gruppo;
- e) soggetti con maggior carico di scelte.

L'indennità di collaborazione di Studio e/o infermieristica spetta esclusivamente al medico con il quale è in atto il rapporto di collaborazione.

Ai fini del riconoscimento dell'indennità si concorda che l'utilizzo minimo deve essere di 8 ore settimanali.

L'assunzione può essere fatta direttamente dal medico o da altri soggetti (società di servizi, cooperative,...) secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali di IV categoria o utilizzato con contratto di natura libero-professionale di natura coordinata e continuativa.

Documenti da allegare alla richiesta:

- copia del contratto con indicazione dell'inizio del rapporto di lavoro;
- se l'assunzione è effettuata da altro soggetto, dichiarazione da cui risulti che il medico ne usufruisce per almeno 8 ore settimanali.

3.12.4 PEDIATRIA DI GRUPPO

Si aumenta la percentuale regionale dei pediatri convenzionati cui riservare il diritto alla corresponsione dell'incentivo previsto dall'art. 41 punto 8, successivamente modificato dall'Accordo aggiuntivo dal 5% al 15%; per questa attività il compenso da corrispondere è di Lire 10.000 annue ad assistito.

I criteri di priorità cui attenersi per il riconoscimento del diritto all'indennità per pediatria di gruppo, sono:

- a) soggetti che aderiscono già alla pediatria di gruppo ai sensi del DPR 613/96;
- b) soggetti che richiedono di essere integrati in pediatrie di gruppo già riconosciute;
- c) soggetti che in gruppo contano un maggior carico di scelte

3.12.5 PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE

Si riduce la percentuale regionale dei pediatri convenzionati cui riservare il diritto alla corresponsione dell'incentivo previsto dall'art. 41 lettera A3 punto 7) dal 30% al 27%; per questa attività il compenso da corrispondere è di Lire 7.000 annue ad assistito.

I criteri di priorità cui attenersi per il riconoscimento del diritto all'indennità per pediatria in associazione sono:

- a) soggetti che in associazione coprono tutto il distretto;
- b) soggetti che in associazione coprono un ambito territoriale di scelta comprendente zone disagiate;
- c) soggetti che in associazione coprono un ambito territoriale di scelta comprendente più comuni;
- d) soggetti che in associazione coprono un intero ambito comunale;
- e) soggetti che in associazione contano un maggior numero di scelte;
- f) Soggetti che partecipano ad una associazione con Medici di Medicina Generale.

3.13 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 neuro sensoriali 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 a 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.

Si confermano il numero (8) dei Bilanci di Salute di cui al precedente Accordo Regionale e, viste le rilevanti problematiche dell'età preadolescenziale e adolescenziale, si estende l'attività dei controlli programmati e screening anche nella fase preadolescenziale, aggiungendo un ulteriore Bilancio di Salute ai 10 anni.

Poiché l'esecuzione degli screening neurosensoriali (udito e vista) viene già effettuata in gran parte della popolazione pediatrica, al fine di omogeneizzare ed ampliare l'intervento sulla totalità della popolazione infantile regionale, si conviene che l'implementazione dei Bilanci di Salute con l'esecuzione degli screening neurosensoriali (udito e vista) rappresenti una priorità negli Accordi Aziendali laddove non vengano ancora effettuati.

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 dal presente accordo.

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 C6.

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

- 1; 3; 6 mesi, con un comporta di più o meno 15 giorni
- 8; 12 mesi con un comporta di più o meno 30 giorni
- 18 mesi, 3 e 6 anni, con un comporta di più o meno 90 giorni
- 10 anni, con un comporta di più o meno 180 giorni

Il BOEL Test e lo Stereotest di Lang possono essere eseguiti rispettivamente durante l'effettuazione dei Bilanci di salute degli 8 mesi e dei 18 mesi.

Se i suddetti test risultano dubbi o è impossibile eseguirli, possono essere effettuati e comunicati nel Bilancio di Salute successivo. In tal caso pur se obbligatoria la notifica, saranno liquidati una sola volta.

Per facilitare il recepimento e la rilevazione da parte delle Aziende dei dati emersi nell'effettuazione dei Bilanci di Salute, si concorda una nuova procedura di raccolta e trasmissione dei dati che possono essere così

utilizzati nell'ambito della programmazione delle attività distrettuali per poter meglio valutare i bisogni assistenziali della popolazione infantile residente, programmare adeguati e tempestivi interventi e controllare il percorso assistenziale delle patologie di più rilevante interesse sociale.

La trasmissione dell'effettuazione dei Bilanci di Salute, del BOEL Test e dello Stereotest e la notifica dei dati rilevati avviene con una unica scheda, secondo il modello allegato (Allegato C7), che deve essere trasmessa al Distretto 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 (Allegato C8).

Per il Bilancio di Salute dei 6 anni, si dovrà inviare solamente la notificazione di eventuali patologie o problemi rilevanti tramite l'allegato C8.

Le patologie rilevanti devono essere notificate esclusivamente tramite la trasmissione del codice CIM correlato.

La trasmissione dei dati può essere effettuata in formato informatizzato (formato excell o altri formati concordati) tramite dischetto o e-mail

Il compenso del Bilancio di Salute (Piano Base) è di £. 25.000.

Il compenso del BOEL Test e dello Stereotest di Lang, se eseguiti in concomitanza dei Bilanci di salute, è di £. 28.000.

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

3.14 Libretti pediatrici

Gli interventi di educazione sanitaria integrati nel bilancio di salute vengono liquidati forfettariamente con una quota di £. 4000 per assistito. Questa quota è aggiunta alle £. 5000 previste dal precedente accordo regionale per la compilazione del libretto pediatrico.

3.15 Progetto Self-help

Il progetto di seguito esplicitato é improntato secondo la filosofia dell'Accordo Collettivo Nazionale, del Piano Sanitario Nazionale, del Progetto Obiettivo Materno-Infantile, per incentivare i Pediatri ad utilizzare in studio il maggior numero possibile di presidi diagnostici in modo da raggiungere i seguenti obiettivi:

- Maggior rapidità diagnostica
- Riduzione ore di scuola/lavoro perse da bambini/genitori
- Riduzione carico di lavoro per i laboratori analisi
- Riduzione spesa farmaceutica (antibiotici)
- Riduzione accessi alla medicina specialistica (II Livello) con conseguente contenimento della spesa e riduzione tempi di attesa
- Gestione ambulatoriale di alcune patologie croniche, di cui all'art. 44
- Riduzione ricoveri per patologie acute gestibili direttamente da Pediatra di base
- Presa in carico globale del bambino con rafforzamento del rapporto di fiducia pediatra/famiglia/bambino, individuando una serie di presidi diagnostici che si prestano a raggiungere gli obiettivi sopra citati.

Questo progetto si integra con le altre misure concordate a livello regionale relative a "corsie preferenziali" per una serie di esami ematochimici e strumentali reputati urgenti dal Pediatra di famiglia e che troveranno adeguata risposta organizzativa nelle Aziende territoriali e ospedaliere.

Tali prestazioni non sono soggette ad autorizzazione in quanto svolte dal pediatra esclusivamente nei confronti dei propri pazienti, a scopo di accertamento diagnostico complementare all'attività clinica (art. 5, comma 2, L.R. 8, 23.2.99).

Le prestazioni di tipo diagnostico comprese nel progetto sono:

- | | |
|--------------------|--|
| a) Ricerca SBEGA | g) Podoscopia |
| b) PCR | h) Otoscopia pneumatica |
| c) Stick urine | i) microVES |
| d) Prick test | j) Conta leucocitaria (con microscopia e camera di Burker) |
| e) Spirometria, | k) Esame microscopico urine (con microscopia e camera di Burker) |
| f) Impedenzometria | l) Agglutinine a frigore |

Al Progetto possono partecipare tutti i Pediatri di Famiglia operanti sul territorio ASL.

Contenuto, risultati attesi e indicatori sono riportati nell'Allegato C9.

Liquidazione dei compensi e verifiche:

Il materiale di consumo per le azioni previste sarà a carico dello Specialista Pediatra. Qualora lo stesso richiedesse la fornitura da parte dell'ASL l'importo di ogni azione sarà ridotto di un importo pari al costo sostenuto per l'approvvigionamento del materiale stesso.

Per l'esecuzione delle singole azioni sarà previsto un compenso nella seguente misura:

AZIONE		compenso per prestazione
1)	Esecuzione nei casi a clinica dubbia di test rapido per la rilevazione dello streptococcus pyogenes in faringe.	L. 25.000
2)	Esecuzione nei bambini altamente febbrili e con scarsi o dubbi segni di localizzazione infettiva di test rapido per la determinazione della Proteina C reattiva	L. 46.000
3)	Esecuzione stick urine per la determinazione di 10 parametri urinari	L. 4.000
4a)	Esecuzione nei bambini con sospetta patologia allergica di Prick test per la determinazione degli allergeni alimentari e/o inalanti.	L. 50.000
4b)	Esecuzione nei bambini con sospetta intolleranza alle proteine del latte vaccino di prick by prick con latte vaccino	L. 15.000
5)	Esecuzione di spirometria semplice in bambini collaboranti con asma persistente o ricorrente o altre patologie respiratorie	L. 40.000
6)	Esecuzione di impedenzometria	L. 40.000
7)	Esecuzione di podoscopia	L. 25.000
8)	Esecuzione di otoscopia pneumatica	L. 25.000
9)	Esecuzione di MicroVES	L. 15.000
10)	Esecuzione di conta leucocitaria (con microscopio e camera di Burker)	L. 10.000
11)	Esame microscopico urine (con microscopio e camera di Burker)	L. 11.000
12)	Esecuzione di Agglutinine a frigore	L. 25.000

Le prestazioni di cui alle azioni 4a, 4b, 5 e 6 potranno essere effettuate, su invio dei colleghi partecipanti a un gruppo o a un'associazione, anche ad assistiti non a proprio carico, ma comunque iscritti ai medici appartenenti alla stessa associazione (gruppo e associazione).

Il Pediatra che intende aderire al progetto Self Help può eseguire tutte le azioni fino ad un tetto annuale, previsto in sede di prima attuazione in £ 2.000.000 annui, salvo riattribuzioni di quote non usufruite da verificare entro Febbraio dell'anno successivo.

L'Azienda, su proposta del Comitato Aziendale, entro 3 mesi dalla pubblicazione del presente accordo individua 5 azioni di maggior interesse del presente progetto, stabilendo separati e distinti volumi di prestazioni per ciascuna di esse. Il Pediatra che aderisce a due delle azioni individuate dall'Azienda, lo comunica entro 30 giorni dal ricevimento della proposta, ed ha diritto ad un'indennità di lire 5.000.000 per l'adesione al progetto e per la dotazione delle relative attrezzature diagnostiche. Tale cifra sarà corrisposta per il 50% al momento dell'adesione al progetto; trascorso un periodo minimo di 6 mesi, al raggiungimento del 30% del volume di prestazioni stabilito, sarà corrisposto il restante 50%. Se dopo i primi 6 mesi non è stata eseguita alcuna prestazione, sentite le motivazioni che possono averne impedito l'esecuzione, l'Azienda può concedere la proroga di ulteriori sei mesi; trascorso questo periodo e perdurando l'assenza di prestazioni, l'Azienda recupererà dal Pediatra la cifra già erogata.

Se l'Azienda entro 6 mesi dalla pubblicazione del presente accordo, non individua alcuna azione di proprio interesse, la suddetta cifra viene comunque erogata a tutti i pediatri che hanno comunque eseguito prestazioni di Self Help.

Se nessun Pediatra aderisce alle proposte individuate dall'Azienda, la quota di incentivazione prevista (£ 5.000.000/per Pediatra) deve essere utilizzata per altre azioni di investimento concordate con le OOSS.

Se alle proposte Aziendali aderiscono solo una parte dei pediatri, la cifra non utilizzata, (equivalente a 5.000.000/per Pediatra) può essere in parte ridistribuita ai pediatri che hanno dato la propria adesione al progetto, fino ad un massimo di 10.000.000 cadauno, la quota residua sarà comunque utilizzata per altre azioni di investimento concordate con le OOSS.

La rendicontazione dovrà avvenire con le stesse modalità delle prestazioni di particolare impegno professionale, ma separatamente (Allegato C10).

La liquidazione delle competenze sarà effettuata con le stesse scadenze delle P.I.P.P.

3.16 Percorso preferenziale per l'effettuazione di esami urgenti

In attuazione ai principi ispiratori del Percorso Assistenziale e al fine di ridurre gli accessi impropri al DEA, le Aziende USL devono prevedere per il Pediatra di Famiglia un percorso preferenziale ai servizi diagnostici per l'esecuzione di accertamenti urgenti, normalmente previsti dal pannello delle urgenze e statisticamente più rappresentati nelle richieste che provengono sia dal DEA che dai Pediatri di Famiglia.

Ciascuna Azienda USL, entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente Accordo, dovrà concordare con le OO.SS. le modalità organizzative per l'accesso ai servizi di diagnostica strumentale dell'Azienda, prevedendo di poter assicurare una risposta in tempi più o meno rapidi, a seconda del tipo di esame richiesto dal Pediatra di Famiglia.

Sono previste tre tipologie di esami:

a) esami che richiedono una risposta nell'arco di alcune ore, o comunque nella stessa giornata:

ESAMI EMATOCHIMICI	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
1. Glicemia	13. Radiografia del Torace
2. Creatinina	14. Ecografia dell'Addome completo
3. Na K Cl (plasma e urine)	15. Ecografia delle Articolazioni
4. Ves	
5. Bilirubina totale e frazionata	
6. Ast - Got	
7. Alt - Gpt	
8. Proteine totali	
9. Emocromo	
10. Proteina C reattiva	
11. Osmolarità (plasma e urine)	
12. Esame urine completo	

b) esami che richiedono una risposta nell'arco di 24-48 ore:

1. Reticolociti
2. Agglutinine a frigore
3. Test della Mononucleosi (Ig tot. VCA, IgG EBNA 1, Ig tot. EA, IgM VCA),
4. Urinocoltura (positività o meno)

c) esami che richiedono tempi più lunghi:

1. Emocoltura
2. Anticorti antimicoplasma
3. Coprocoltura

Ai fini di un utilizzo appropriato di questo sistema di percorso preferenziale per gli esami urgenti concordati, ogni pediatra potrà ricorrere a questa procedura diagnostica per non più di 100 bambini l'anno.

É prevista una valutazione annuale, su base distrettuale, di tale procedura, anche ai fini di una compensazione interpersonale.

ALLEGATO "B"

INTERVENTI AZIENDALI

Premesso che:

- quanto concordato dal presente Accordo Regionale non esaurisce tutti gli spazi di contrattazione nell'ambito dell'assistenza pediatrica;
- che è comunque importante prevedere indirizzi strategici uniformi sul territorio regionale, al fine di garantire uno sviluppo omogeneo dei livelli di assistenza in ambito pediatrico;
- che tali indirizzi si devono comunque coniugare con le realtà locali;

si individuano le principali aree di intervento negoziali che saranno oggetto di specifiche intese a livello dei Comitati Aziendali.

Di seguito sono, per ogni area negoziale, indicati elementi organizzativi ed economici finalizzati ad omogeneizzare più possibile gli interventi.

Le tariffe così come indicate si riferiscono ad interventi singoli; ove le Aziende, d'intesa con le OOSS, decidano di sviluppare più interventi, possono concordare remunerazioni diverse.

La negoziazione aziendale terrà conto delle seguenti possibilità di intervento:

- 1) pediatria in rete
- 2) assistenza ambulatoriale al cronico
- 3) vaccinazioni
- 4) disponibilità telefonica e/o ampliamento di apertura dell'ambulatorio
- 5) educazione sanitaria alle collettività
- 6) corsi di preparazione alla nascita
- 7) dimissioni precoci del neonato sano
- 8) dimissioni anticipate e concordate per patologia
- 9) servizio di consulenza pediatrica all'interno della continuità assistenziale

4.1 Pediatria in rete

La pediatria in rete, di cui all'art. 54 DPR 272/2000 è compatibile o con la pediatria di gruppo o in associazione.

Il compenso è di Lire 8.000 annue per assistito, fatti salvi diversi accordi aziendali.

4.2 Assistenza ambulatoriale al bambino con patologia cronica

L'assistenza ambulatoriale a bambini con patologia cronica di cui all'allegato E/bis, DPR 272/00 è un aspetto innovativo dell'Accordo collettivo nazionale della pediatria di libera scelta volto a realizzare quanto previsto dal PSN di spostare a livello territoriale il massimo delle prestazioni sanitarie attualmente attuate a livello ospedaliero.

Le modalità organizzative sono contenute nell'allegato E/bis del DPR 272/00.

Al pediatra, oltre all'ordinario trattamento economico, è corrisposto un compenso omnicomprensivo nella misura concordata non inferiore a Lire 25.000 per accesso, fatti salvi diversi e ulteriori accordi aziendali.

Nell'ottica di considerare l'assistenza ambulatoriale a bambini affetti da patologie croniche (di cui all'art 2 dell'allegato E-Bis del DPR 272/00) come valida alternativa a modalità di follow up tipicamente e in taluni casi tradizionalmente ospedaliere, si propone un'ipotesi di percorso nell'Allegato C11.

Premessa fondamentale purché tale progetto possa costituire uno strumento valido ed efficace al fine di soddisfare le esigenze dei piccoli pazienti e dei loro familiari è che, al momento dell'attivazione di questa forma di assistenza, ci sia una precisa definizione del percorso assistenziale. Tale percorso deve essere concordato e condiviso tra il Pediatra di Famiglia e il responsabile di Distretto.

4.3 Vaccinazioni

Il Piano Nazionale Vaccini dà chiare indicazioni per affrontare il problema “vaccinazioni” in una prospettiva ampia, andando oltre la semplice effettuazione dell’atto vaccinale, in quanto nel prossimo futuro, con il venir meno dell’obbligatorietà di legge delle vaccinazioni, l’obiettivo di raggiungere e mantenere una copertura vaccinale sufficiente a permettere la non circolazione dei virus e l’eradicazione delle malattie, potrà essere raggiunto solamente cercando di promuovere il più possibile il consenso sull’atto vaccinale ed effettuando un capillare controllo sulla copertura vaccinale.

Il Piano Nazionale Vaccini individua in modo preciso le figure professionali coinvolte e tra esse è ampiamente valorizzato il ruolo del Pediatra di Famiglia, auspicando che, nel quadro della contrattazione decentrata dell’Accordo Collettivo Nazionale, l’aderenza concreta dei Pediatri di Famiglia ai ruoli indicati debba essere assicurata con adeguati interventi di incentivazione, determinati anche in base ai livelli di copertura specifici per vaccino raggiunti.

Per attuare quanto previsto dal Piano Nazionale Vaccini le Aziende possono prevedere la partecipazione attiva dei Pediatri di Famiglia nella fase di promozione, di effettuazione e di controllo delle vaccinazioni.

I pediatri, sia singolarmente sia all’interno delle forme associative previste, aderiscono in modo volontario alle proposte aziendali concordate nel comitato aziendale.

La partecipazione dei Pediatri di Famiglia deve essere retribuita con due quote:

- a) pagamento della singola prestazione (atto vaccinale quale espressione finale di tutto l’iter previsto dal Piano Nazionale Vaccini);
- b) premio incentivante legato al raggiungimento di un determinato tasso di copertura vaccinale, che rappresenta l’indicatore più importante di valutazione del processo.

Per l’applicazione della retribuzione prevista al punto b) deve essere valutata la copertura vaccinale al 24° mese per la terza dose di OPV, DTP, HBV e la prima dose di MPR, facendo riferimento complessivamente alle seguenti fasce di copertura: > 90%; > 95%; >97%.

La valutazione della copertura vaccinale deve essere effettuata al 31 Dicembre sui bambini che abbiano compiuto i 24 mesi nel corso dell’anno. Se al programma vaccinale aderiscono tutti i pediatri del Distretto, si fa riferimento alla copertura vaccinale dei residenti nel Distretto; se invece partecipano solo alcuni dei pediatri del Distretto, di norma si fa riferimento alla copertura vaccinale degli iscritti al pediatra riferiti al 31 Dicembre, salvo diversi accordi tra Azienda e OOSS.

Le tariffe da applicare, salvo diversi accordi aziendali, non devono essere inferiori a:

- atto vaccinale (mono o plurisomministrazione) = £. 40.000
- premio incentivante previsto su base annuale:
 - per copertura vaccinale > 90% = £. 1.500.000
 - per copertura vaccinale > 95% = £. 2.500.000
 - per copertura vaccinale > 97% = £. 4.000.000

Il premio incentivante può essere previsto anche per i Pediatri non coinvolti direttamente in programmi di vaccinazione diretta, come indicato dal Piano Nazionale Vaccini, al fine di incentivare, valorizzandola, la loro opera di promozione delle vaccinazioni, sorveglianza sulla copertura vaccinale, sollecitazione ed invio dei ritardatari, recupero dei non vaccinati, ai fini sia del raggiungimento che del mantenimento di un’adeguata copertura vaccinale.

In questa ipotesi premi diversi possono essere concordati per specifici progetti.

Qualora le Aziende non ritengano di utilizzare il Pediatra di Famiglia per le vaccinazioni, sono comunque tenute alla fornitura gratuita dei vaccini per i genitori che intendono avvalersi del proprio Pediatra di Famiglia per la somministrazione del vaccino. La consegna dei vaccini potrà essere fatta ai pediatri interessati, che si impegnano alla loro corretta conservazione.

In questo caso l’atto vaccinale sarà in regime di libera professione, ma i pediatri interessati si impegneranno a promuovere le vaccinazioni, seguire il calendario regionale, attenersi alle indicazioni regionali e aziendali e a comunicare mensilmente all’Azienda l’elenco dei bambini vaccinati.

4.4 Disponibilità telefonica e/o ampliamento di apertura dell'ambulatorio

Al fine di ridurre gli accessi impropri alle strutture di Pronto Soccorso, le Aziende UUSSLL, possono concordare con le OOSS eventuali modalità di disponibilità telefonica e/o di ampliamento dell'apertura dell'ambulatorio.

4.5 Educazione sanitaria alle collettività

Visti il PSN, il PSR, i Progetti Obiettivo Materno Infantile e l'Accordo Collettivo Nazionale che, per promuovere la cultura della salute e i corretti stili di vita, rilanciano le iniziative di educazione sanitaria rivolte oltre che al singolo alle collettività, è opportuno che le Aziende rivalutino il ruolo primario del pediatra di famiglia nella predisposizione e attuazione di progetti di educazione sanitaria secondo i temi individuati concordati a livello regionale e aziendale.

La tariffa oraria prevista e concordata non può essere inferiore a quanto previsto dalle tariffe ordinistiche di cui al DPR 17 Febbraio 1992 e successive modifiche e integrazioni

4.6 Corsi di preparazione alla nascita

Nell'ambito delle attività distrettuali, le Aziende UUSSLL nella programmazione dei corsi pre-parto devono valutare positivamente il coinvolgimento dei Pediatri di famiglia, in quanto principali referenti dell'assistenza pediatrica .

4.6 Dimissioni precoci del neonato sano

Il progetto obiettivo Materno Infantile relativo al PSN 98/2000 prevede, all'interno delle funzioni della Pediatria di Famiglia, un apposito paragrafo legato alla dimissione precoce del neonato sano, fornendo una serie di indicazioni operative volte ad assicurare la continuità assistenziale nell'ambito delle attività pediatriche.

Le Aziende UUSSLL possono concordare specifici percorsi assistenziali collegati alla dimissione precoce concordata e protetta del neonato sano per i quali si propone un'ipotesi operativa (Allegato C12).

4.8 Dimissioni anticipate e concordate per patologia

Al fine di una corretta applicazione dell'art 33 comma 2 e tenendo conto di particolari esigenze locali possono essere valutati a livello aziendale percorsi assistenziali miranti alla deospedalizzazione anticipata di bambini affetti da patologia acuta.

La tariffa di riferimento è quella prevista per l'assistenza domiciliare ai bambini con patologia cronica (Art 5, c1, Allegato E, DPR 272/00).

4.9 Servizio di consulenza pediatrica all'interno della Continuità Assistenziale

Accogliendo la domanda sempre crescente dei cittadini di una consulenza pediatrica anche nei periodi coperti dal servizio di continuità assistenziale e al fine di diminuire gli accessi al Pronto Soccorso ed i ricoveri impropri, verificata l'impossibilità di proporre soluzioni esaustive estensibili a tutto il territorio regionale, si concorda che:

- 1) La continuità assistenziale è garantita a livello regionale ed aziendale dall'apposito servizio, secondo quanto previsto dal primo comma dell'art.43 del DPR 272/00. I medici del servizio di continuità assistenziale, in quanto primi interlocutori della richiesta di assistenza al bambino nei giorni festivi prefestivi e nelle ore notturne, debbono possedere le competenze pediatriche basilari per affrontare, risolvere od inviare ad un secondo livello, i più frequenti problemi acuti.
- 2) La Regione a tal fine riconosce nell'aggiornamento e nella formazione dei medici preposti al servizio, lo strumento più idoneo a garantire loro anche una competenza pediatrica. La formazione, da affidarsi ai pediatri ospedalieri e di famiglia per le rispettive competenze, deve accompagnare o precedere ogni iniziativa anche sperimentale e parziale di integrazione dei pediatri di famiglia nella continuità assistenziale.
- 3) Parimenti sono ritenuti indispensabili interventi di educazione sanitaria da parte dei Pediatri di Famiglia secondo quanto previsto dall'accordo regionale, con lo scopo di far conoscere ai genitori del bambino le situazioni acute banali e le relative soluzioni.

Nell'allegato C13 viene proposto un modello sperimentale di consulenza pediatrica nel periodo coperto dal servizio di Continuità Assistenziale.

Azienda Sanitaria Distretto

Protocollo TRASMESSA AL COMITATO D'AZIENDA IN DATA

**RICHIESTA DI MANTENIMENTO
DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA OLTRE I 14 ANNI**

Al Comitato di Azienda per la Pediatria (EX ART. 11 DPR 272/00)

Il sottoscritto/a
residente nel comune di
in via
per conto del seguente familiare:

COGNOME E NOME

Data di nascita

--	--

chiede di poter mantenere l'assistenza pediatrica fino al compimento dei 16 anni, per la seguente motivazione/situazione:

.....
.....

Data Firma

<p>Il sottoscritto Dott. dichiara</p> <ul style="list-style-type: none">• che l'assistito presenta: • di essere disponibile ad accettare la scelta della presente domanda	<p style="text-align: right;"><i>Timbro e Firma</i></p>
<p>Data</p>	

Parere del Comitato aziendale: favorevole negativo

Eventuali motivazioni:

Data

Il Presidente del Comitato di Azienda

RICHIESTA DI INDENNITÀ PER COLLABORAZIONE INFORMATICA

ALL' AZIENDA USL

Il Sottoscritto Dott./ssa

Pediatra di Famiglia Convenzionato nel Comune di

chiede di poter usufruire della quota di indennità di collaborazione informatica prevista dall' Art 41 c.5 del DPR 272/00 e al punto 3.12 degli Accordi integrativi Regionali.

A tal fine dichiara:

1. di svolgere attività Libero Professionale strutturata si no
2. di usufruire della suddetta indennità secondo il DPR 613/96 si no
3. di aver presentato domanda ai sensi del DPR 613/96, ma non ne era stato riconosciuto il diritto causa superamento del tetto previsto si no
4. di aderire ad una forma associata (pediatria di gruppo o in associazione) si no
5. di possedere apparecchiature e programmi idonei ad assicurare la gestione informatizzata delle schede sanitarie individuali si no
6. di assicurare la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche si no
7. di possedere un Modem per collegamento in rete si no
8. di non possedere un Modem per il collegamento in rete, ma di essere disponibile a dotarsene se verrà concordata con l'Azienda la obbligatorietà si no
9. che le apparecchiature informatiche sono idonee ad eventuali collegamenti con il CUP, ad elaborare dati per ricerche epidemiologiche, monitoraggio dell'andamento prescrittivo e verifica di qualità dell'assistenza si no

Data

Timbro e Firma

RICHIESTA DI INDENNITÀ PER PEDIATRIA DI GRUPPO

ALL' AZIENDA USL

/il Sottoscritto/i Dott./ssa

.....

.....

.....

.....

Pediatrî di Famiglia Convenzionati nel Comune di

chiede/ono:

di poter usufruire della quota di indennità per lo svolgimento dell'attività di Pediatria di gruppo prevista dall' Art 41 c.8 e dall'Art 52 del DPR 272/00 e al punto 3.12.4 degli Accordi integrativi Regionali.

di entrare a far parte della Pediatria di Gruppo già riconosciuta dall'Azienda con delibera..... e formata dai Dott. :

.....

A tal fine dichiara/ano:

1. di svolgere esclusiva attività di Pediatra di Famiglia
2. di usufruire della suddetta indennità secondo il DPR 613/96 si no
3. di non far parte di altre Pediatria di Gruppo

Data

Firma

**RICHIESTA DI INDENNITÀ PER PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE**

ALL' AZIENDA USL

I Sottoscritti Pediatri di Famiglia

Dott./ssa	sede Studio
.....	Via P.zza
.....	Via P.zza
.....	Via P.zza
.....	Via P.zza
.....	Via P.zza
.....	Via P.zza
.....	Via P.zza
.....	Via P.zza
.....	Via P.zza
.....	Via P.zza
.....	Via P.zza
.....	Via P.zza
.....	Via P.zza
.....	Via P.zza
.....	Via P.zza

Chiedono di poter usufruire della quota di indennità per lo svolgimento dell'attività di Pediatria in associazione prevista dall' Art 41 c.7 e dall'Art 53 del DPR 272/00 e al punto 3.12.4 dell'Accordo integrativo Regionale.

A tal fine dichiarano:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. di svolgere attività Libero Professionale strutturata | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 2. di coprire in associazione tutto il Distretto | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 3. di coprire in associazione un ambito territoriale di scelta
comprendente zone disagiate | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 4. di coprire in associazione un ambito territoriale di scelta
comprendente più comuni | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 5. di coprire in associazione un intero ambito comunale | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| 6. che nessun componente percepisce un'indennità di rete | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |

Data

Firma

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

ETÀ	PIANO BASE (Bilancio di Salute)	EDUCAZIONE SANITARIA (libretto)	SCREENING
1 m ± 15 gg	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione di patologie rilevanti • Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica • Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> • Consegna e/o verifica linee guida per la prevenzione della SIDS 	
3 mesi ± 15 gg	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione di patologie rilevanti • Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica • Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> • consegna e/o illustrazione calendario vaccinale 	
6 mesi ± 15 gg	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione di patologie rilevanti • Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica • Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> • consegna e/o illustrazione linee guida di comportamento in caso di febbre 	
8 mesi ± 30 gg	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione di patologie rilevanti • Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica • Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 e comunicato nel BdS successivo)
12 mesi ± 30 gg	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione di patologie rilevanti • Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica • Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> • consegna e/o illustrazione linee guida prevenzione incidenti 	
18 mesi ± 90 gg	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione di patologie rilevanti • Esame fisico, misurazione peso, altezza • Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> • consegna e/o illustrazione linee guida prevenzione incidenti 	STEREOTEST (l'esame può essere fatto successivamente e comunicato nel BdS successivo)
3 anni ± 90gg	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione di patologie rilevanti • Esame fisico, misurazione peso, altezza • Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> • consegna e/o illustrazione linee guida di comportamento sulle infezioni respiratorie ricorrenti 	
6 anni ± 90 gg	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione di patologie rilevanti • Esame fisico, misurazione peso, altezza • Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> • Promozione dell'attività fisica e di avviamento allo sport 	

10 anni ± 180 gg	<ul style="list-style-type: none">• Rilevazione di patologie rilevanti• rilevazione problemi scolastici e/o comportamentali• Esame fisico, misurazione peso, altezza, pressione arteriosa	<ul style="list-style-type: none">• consegna e/o illustrazione linee guida di comportamento per la prevenzione del rischio cardio vascolare	
------------------------	---	---	--

AZIENDA USL

BILANCIO DI SALUTE DEL

Cognome Nome

Residenza Città

Domicilio Sanitario Città.....

Data di Nascita Data di compilazione del Bilancio di Salute.....

Codice dell'assistito

PATOLOGIE DEGNE DI NOTA

Codice Codice

Codice Codice

	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

PER IL PROBLEMA SEGNALATO È STATA ATTIVATA LA CONSULENZA DI:

Servizi ASL Servizi altre ASL della Regione

Servizi Privati Servizi di altre Regioni

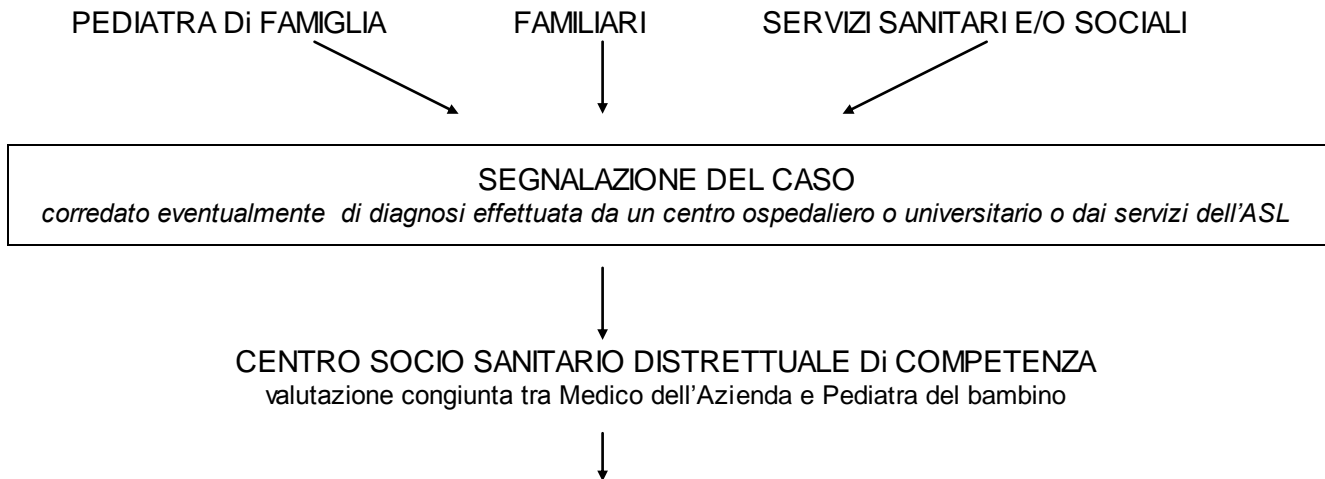
Timbro e Firma

ALLEGATO C9

CONTENUTO, RISULTATI ED INDICATORI DEL PROGETTO SELF-HELP

AZIONE	RISULTATO ATTESO	INDICATORI DEL RAGGIUNGIMENTO DEL RISULTATO
1) Esecuzione nei casi a clinica dubbia di test rapido per la rilevazione dello streptococcus pyogenes in faringe.	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione d'inutili trattamenti antibiotici nei casi negativi. • Velocizzazione della guarigione e riduzione del rischio di complicanze nei casi positivi. 	Riduzione prescrizione antibiotici per tonsillite acuta. Riduzione casi di ascesso tonsillare e malattia reumatica (solo su grandi popolazioni)
2) Esecuzione nei bambini altamente febbrili e con scarsi o dubbi segni di localizzazione infettiva di test rapido per la determinazione della Proteina C reattiva	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione precoce dei casi che necessitano approfondimento diagnostico o ricovero. • Individuazione precoce dei casi che non necessitano alcun trattamento se non quello sintomatico per la febbre. 	Riduzione ricoveri non necessari (malattie acute febbrili virali a risoluzione spontanea) Riduzione spesa per esami diagnostici non necessari
3) Esecuzione stick urine per la determinazione di 10 parametri urinari	<ul style="list-style-type: none"> • Immediata risoluzione di dubbi diagnostici. • Riduzione ore di lavoro perse dai genitori 	Riduzione spesa per esami diagnostici
4a) Esecuzione nei bambini con sospetta patologia allergica di Prick test per la determinazione degli allergeni alimentari e/o inalanti.	<ul style="list-style-type: none"> • Immediata risoluzione di dubbi diagnostici con presa in carico del bambino allergico e riduzione del ricorso allo specialista allergologo 	Riduzione spesa per visite allergologiche e prick test.
4b) Esecuzione nei bambini con sospetta intolleranza alle proteine del latte vaccino di prick by prick con latte vaccino		
5) Esecuzione di spirometria semplice in bambini collaboranti con asma persistente o ricorrente o altre patologie respiratorie	<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico globale del bambino asmatico senza necessità di ricorso allo specialista allergologo o pneumologo 	Riduzione tempi d'attesa per spirometria e riduzione spesa per visite allergologiche e/o pneumologiche.
6) Esecuzione di impedenzometria	<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico globale del bambino con otite media essudativa senza necessità di ricorso all'ORL. 	Riduzione spesa e tempi d'attesa per visite ORL
7) Esecuzione di podoscopia	<ul style="list-style-type: none"> • Presa in carico globale del bambino con piede piatto non strutturato (che non necessita di intervento specialistico ortopedico) 	Riduzione spesa e tempi di attesa per visita ortopedica
8) Esecuzione di otoscopia pneumatica	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione ambulatoriale delle otiti medie acute per la prevenzione delle complicanze 	Riduzione spesa e tempi d'attesa per visite ORL
9) Esecuzione di MicroVES	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione precoce di patologie infettive in soggetti a rischio 	Riduzione del numero di prelievi per esami ematochimici urgenti
10) Esecuzione di conta leucocitaria (con microscopio e camera di Burker)	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione precoce di patologie infettive in soggetti a rischio 	Riduzione del numero di prelievi per esami ematochimici urgenti
11) Esame microscopico urine (con microscopio e camera di Burker)	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione precoce di patologie infettive in soggetti a rischio 	Riduzione spesa per esami diagnostici
12) Esecuzione di Agglutinine a frigore	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione di patologie sostenute da Micoplasma Pneumoniae 	Razionalizzazione dell'uso di antibiotici. Riduzione di esami diagnostici

ATTIVAZIONE ASSISTENZA AMBULATORIALE AL BAMBINO CRONICO



DEFINIZIONE DEL PROGRAMMA INDIVIDUALE DI ACCESSI AMBULATORIALI

con indicazione:

- della frequenza delle visite di controllo e delle prestazioni che il pediatra ritiene di poter garantire presso il suo ambulatorio e quelle che eventualmente si prevede di effettuare presso altra sede;
- del periodo di validità del programma (non superiore a 12 mesi) e, quindi, della data entro la quale il Pediatra di Famiglia e il Medico dell'Azienda dovranno rivalutare il programma stesso.

Il pediatra di famiglia può richiedere una rivalutazione del programma ogniqualvolta ritenga che le condizioni del bambino in assistenza ambulatoriale lo rendano necessario

Il medico dell'Azienda, qualora lo ritenga opportuno ai fini di una migliore definizione del programma di assistenza, può chiedere o suggerire al pediatra una consulenza specialistica presso la struttura di II° o III° livello di riferimento per il caso in questione

Il medico dell'Azienda conserva copia del programma concordato presso il centro socio sanitario distrettuale di riferimento per il pediatra

Il pediatra di famiglia compila ed aggiorna presso il proprio ambulatorio la scheda clinica del piccolo paziente registrando gli accessi e le annotazioni che riterrà opportune

Il pediatra presenterà al Distretto il riepilogo mensile degli accessi effettivamente avvenuti entro il 15° giorno del mese successivo a quello di rilevazione, con indicazione del cognome, nome, data e numero degli accessi.

PROGETTO DIMISSIONI PRECOCI DEL NEONATO SANO

La riconosciuta centralità del rapporto madre-neonato al momento del parto e nell'immediato periodo che lo segue, oltre che a migliorare le modalità assistenziali in molti punti nascita e a ripensare in senso più fisiologico l'intero complesso delle cure fornite, hanno reso possibile una permanenza breve in ospedale.

La presa in carico del neonato entro il primo mese di vita, compito del Pediatra di Famiglia retribuito con compenso a quota fissa secondo quanto stabilito dall'Accordo Collettivo Nazionale, DPR 272 del 28/07/2000, avviene spesso in modo disomogeneo ed a volte tardivo.

Se si tiene conto che la prima settimana dopo la dimissione è un periodo che presenta aspetti rilevanti sia per il neonato (calo ponderale, disidratazione, ittero, infezioni, evidenziazione di anomalie congenite...), che per la madre (difficoltà di allattamento, mancata risposta a quesiti di puericultura, "post-partum blues", depressione post-partum ...), e se si considera che la mancata soluzione di problemi anche banali può portare a seri disturbi di relazione all'interno della nuova famiglia, non si può che concludere sulla necessità di arrivare ad una dimissione che non sia solo precoce e concordata ma anche protetta da una adeguata risposta assistenziale del territorio.

OBIETTIVO GENERALE

Colmare il vuoto assistenziale che si è creato con l'attuazione della dimissione del neonato in terza giornata senza il coinvolgimento concordato della pediatria di famiglia, fatto che rischia di penalizzare tutta la popolazione ed in particolare quella a maggior rischio sociosanitario .

Fornire, con uno specifico progetto di dimissione precoce del neonato sano, sostegno ed assistenza alla madre e al neonato nell'immediato periodo dopo la dimissione dal nido, al fine di promuovere il fisiologico adattamento postnatale, l'allattamento al seno, la prevenzione e la diagnosi tempestiva di patologia, organica e relazionale e il benessere della famiglia.

ACCORDO

Requisito indispensabile per una dimissione precoce di un neonato è la valutazione delle caratteristiche peculiari di ciascuna madre e del suo neonato considerando in particolare:

- la volontà della madre
- la salute della madre
- la salute e la stabilità del neonato

Ciò premesso, tenuto conto della integrazione funzionale già in atto tra Pediatria Ospedaliera e Pediatria di Famiglia, tra Azienda ASL e Pediatri di Famiglia si stabilisce come parte qualificante dell'accordo quanto segue:

1. L'iscrizione del neonato al pediatra di famiglia va fatta entro od immediatamente dopo le dimissioni, informando i genitori che possono fare la scelta tra i pediatri disponibili presso il presidio distrettuale di scelta del medico.
2. La prima visita del pediatra deve essere effettuata entro i primi 5 giorni dalla dimissione .
3. Il punto nascita rilascia adeguata relazione in merito al decorso nella nursery, incluso esami praticati, effettuazione di screening e di profilassi, consigli per l'allattamento e per futuri screening (ecografia anche...) nell'apposito libretto verde regionale che verrà consegnato ai genitori al momento della dimissione.
4. Il pediatra alla prima visita effettua una valutazione clinica generale del neonato (vitalità, attività motoria e postura, qualità dello stato di allerta, ritmo sonno-veglia, capacità di alimentarsi, calo ponderale, stato di idratazione, adeguatezza dell'apporto calorico) ed in particolare esamina la eventuale presenza di ittero o di altre alterazioni cutanee (cianosi, pallore, macchie ed angiomi...) il respiro (frequenza respiratoria eventuale presenza di dispnea...), la attività cardiaca (frequenza, ritmo, eventuali soffi, presenza e simmetria dei polsi periferici...), la dispnea..., la attività cardiaca (frequenza, ritmo, eventuali soffi, presenza e simmetria dei polsi periferici...), la corretta mummificazione del cordone ombelicale, la presenza alterazioni oculari o di anomalie congenite non evidenziate alla nascita, la motricità, il tono muscolare e la simmetria dei riflessi, il comportamento del neonato (pianto, consolabilità, mimica ...).

5. Il pediatra di famiglia è tenuto a trascrivere la valutazione clinica sull'apposito libretto verde regionale del neonato.
6. In tutti i casi in cui emergano problematiche specifiche che richiedano un intervento di secondo o terzo livello non derogabili il pediatra di famiglia deve attivare percorsi assistenziali diagnostico terapeutici concordati con la U.O. di pediatria che si attiverà per quanto di sua competenza.
7. Gli aspetti tecnici e operativi del progetto vanno concordati con gli operatori interessati prevedendo, quando ritenuto opportuno, incontri di aggiornamento e di definizione comune dei percorsi assistenziali. Incontri periodici per la verifica del servizio offerto sono auspicati con cadenza annuale.
8. Tra U.O. di pediatria e pediatri di famiglia si concordano prioritariamente linee guida comuni a cui fare riferimento per una appropriata dimissione ed una corretta ed uniforme valutazione del neonato entro i tempi stabiliti dal progetto.
9. Dato il costante incremento degli stranieri extracomunitari di varia etnia e cultura, spesso in condizioni socio sanitarie non adeguate, e di fronte ad un disagio sociale accertato, si raccomanda il coinvolgimento dei servizi sociali con compiti di informazione sui servizi e di assistenza diretta (consultorio, assistenza domiciliare, asili nido...)

SISTEMA PREMIANTE

Ai pediatri di famiglia che partecipano al progetto verrà corrisposta una retribuzione una tantum di lire 70.000 per ogni neonato preso in carico secondo quanto stabilito dall'accordo.

Il compenso verrà corrisposto il mese successivo alla presentazione, secondo i tempi e con la modulistica prevista per le prestazioni professionali aggiuntive, del prospetto riassuntivo delle visite effettuate.

CONSULENZA PEDIATRICA ALL'INTERNO DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Ribadito che la continuità assistenziale notturna e le visite domiciliari rimangono un compito non eludibile dei medici del servizio di continuità assistenziale, la sperimentazione di un servizio di consulenza ambulatoriale nei giorni prefestivi e festivi, ad esclusione della notte, avverrà con le seguenti caratteristiche:

- 1) Partecipazione volontaria dei pediatri di famiglia e/o dei pediatri non convenzionati nel rispetto della graduatoria aziendale e regionale per la pediatria di libera scelta.
- 2) Turni di massimo 3ore al mattino e 3 ore al pomeriggio con la possibilità che un solo pediatra possa effettuare più turni consecutivi.
- 3) Locali attrezzati forniti dai distretti, dalle associazioni del volontariato o in alternativa dai pediatri di famiglia stessi.
- 4) Personale infermieristico distrettuale per la ricezione delle chiamate, per il supporto di accoglienza e visita e per la registrazione dell'accesso.
- 5) Funzione di visita ambulatoriale su invio da parte del medico di continuità assistenziale o per accesso diretto dell'utenza e di consulenza telefonica al servizio di continuità assistenziale od ai cittadini.
- 6) Compenso orario di lire 200.000 più quanto previsto dall'art.39 sulle visite occasionali per quanto riguarda prestazioni ad assistiti di altra Azienda USL.
- 7) Verifica annuale dell'efficienza del servizio tramite indicatori ed in particolare numero di accessi per invio da parte del servizio di continuità assistenziale, numero di consulti telefonici, numero di accessi al pronto soccorso e numero di ricoveri rispetto al precedente anno.
- 8) Incentivazione dei medici del servizio di continuità assistenziale con il 10% dei risparmi sui ricoveri.

**DIRETTIVE PER LA COSTITUZIONE DEL COMITATO AZIENDALE
(ex art 11 DPR 272/2000)**

Delibera Regione Toscana n° 139 del 12/2/2001

L'art 11, comma 1, DPR 272 prevede che "in ciascuna Azienda è istituito un Comitato permanente aziendale composto da rappresentanti dell'Azienda e da rappresentanti delle O.O,S.S maggiormente rappresentative a livello regionale, a norma dell'art. 10".

L'Organizzazione Sindacale presente in Regione Toscana e firmataria del nuovo A.C.N., recepito con D.P.R. n.272 del 28.7.2000, pubblicato sul Supplemento Ordinario n. 165/L alla G.U. n. 230 del 2.10.2000, è la FIMP.

Il Direttore Generale e la FIMP concordano il numero dei componenti di parte sindacale e di parte pubblica variando da un minimo di 2 ad un massimo di 5 membri titolari ed altrettanti supplenti, con rappresentanza paritaria fra Organizzazione Sindacale e Azienda sanitaria locale.

Il rappresentante dell'Organizzazione Sindacale è il Segretario provinciale che ha titolo a intervenire personalmente o delegando un proprio rappresentante, eventualmente accompagnato da altri componenti, secondo il numero prestabilito.

Il Direttore generale o suo delegato, svolge anche funzioni di coordinamento e partecipa coadiuvato da tecnici della Azienda secondo l'entità numerica concordata.

In riferimento alle varie materie da trattare potrà essere prevista l'eventuale costituzione di gruppi di lavoro misti (Organizzazioni sindacali e parte pubblica) che sottoporranno gli esiti dell'attività svolta al Comitato nella sua composizione completa.

Al Comitato aziendale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 11 del DPR 272/2000, spettano due tipologie di attività:

1. attività rivolta alla predisposizione degli accordi aziendali applicativi dell'Accordo Collettivo Nazionale, per quanto demandato, e dell'Accordo Regionale.
2. attività ordinaria continuativa, come risulta dai punti da a) a g) dell'art. 11 DPR 272/2000.

Il Comitato aziendale esprimerà pareri solo sull'applicazione aziendale delle norme convenzionali di cui al punto 2).

Per quanto riguarda il rimborso per le spese di sostituzione dei medici partecipanti alle sedute del Comitato, le Aziende dovranno attenersi alle disposizioni contenute nella deliberazione della Giunta Regionale n. 880 del 3.8.98, applicata alla luce delle disposizioni contenute in proposito nell'ACN per la pediatria di libera scelta di cui al DPR 272/2000, oltre al rimborso spese previsto dalla normativa nazionale.

Il Comitato deve essere costituito entro il 31 marzo 2001.

Il Comitato aziendale deve impegnarsi a dare immediatamente avvio alle trattative aziendali una volta portati a definizione gli accordi regionali applicativi dell'ACN.

Ai sensi dell' art. 12 comma 3 gli Accordi aziendali sottoscritti dovranno essere trasmessi alla Segreteria del Comitato Regionale ex art. 12 quale sede di osservazione degli stessi.

E' opportuno che il Comitato si impegni, prioritariamente, a predisporre e approvare, per quanto non previsto, un proprio "Regolamento", che consenta, fra l'altro, lo svolgimento rapido e corretto dei compiti affidatigli.

**ALLEGATO "D"****DICHIARAZIONI A VERBALE****Dichiarazione a verbale n°1**

In considerazione del fatto che l'ACN, in sintonia con gli atti di programmazione nazionali e regionali, definisce gli studi dei Pediatri di Famiglia come presidi del SSN, l'Assessore al Diritto alla Salute e i Direttori Generali, si impegnano ad individuare in tempi rapidi le modalità operative affinché i rifiuti definiti come pericolosi dalla vigente normativa, prodotti nei suddetti studi, siano raccolti e distrutti dalle Aziende Sanitarie di competenza territoriale, alle quali faranno carico anche i relativi oneri che non devono essere da considerare compresi nel presente Accordo.

Dichiarazione a verbale n°2

Tutto quanto di competenza del Comitato Regionale, di cui all'Art 12 del DPR 272/00, non contemplato nel presente accordo sarà oggetto di ulteriori successive definizioni.

ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE

Assessore Regionale al Diritto alla Salute

Enrico Rossi

Direttore Generale Azienda n° 2 Lucca

Pasquale Gerardi

Direttore Generale Azienda n° 3 Pistoia

Walter Domenicani

Direttore Generale Azienda n° 6 Livorno

Massimo Scura

Direttore Generale Azienda n° 10 Firenze

Paolo Menichetti

Direttore Generale Azienda n° 11 Empoli

Alessandro Reggiani

F.I.M.P.

(Federazione Italiana Medici Pediatri)

Pier Luigi Tucci

F.N.A.M. – C.I.P.E.

(Federazione Nazionale Area Medici

CON RISERVA

aliana Pediatri)

Tiziano Dall'Osso



INDICE

Premessa	Il sistema Sanitario e la domanda di prestazioni sanitarie	pag. 5
	Il quadro di riferimento	pag. 6
	Il processo Budgeting come strumento operativo in Toscana	pag. 8
<i>Allegato A</i> Accordo Regionale	Graduatorie Aziendali	pag. 10
	Sospensione parziale dell'attività	pag. 10
	Punteggio per i pediatri residenti nella Regione	pag. 10
	Diritti sindacali	pag. 10
	Diritto di sciopero	pag. 10
	Mantenimento delle scelte degli ultraquattordicenni	pag. 11
	Rapporto ottimale	pag. 11
	Accorpamenti dei Comuni ai fini dell'assistenza pediatrica	pag. 12
	Attività territoriali programmate	pag. 12
	Quota oraria per l'utilizzo di ambulatori pubblici	pag. 13
	Pediatri sentinella	pag. 13
	Prestazioni incentivanti: Zone disagiate - Informatizzazione	pag. 14
	Collaborazione di Studio e/o infermieristico	pag. 15
	Pediatria di gruppo - Pediatria in associazione	
	Progetto Salute Infanzia	pag. 16
	Libretti pediatrici	pag. 17
	Progetto Self-help	pag. 18
Percorso preferenziale per l'effettuazione di esami urgenti	pag. 20	
<i>Allegato B</i> Interventi Aziendali	Pediatria in rete	pag. 21
	Assistenza ambulatoriale al cronico	pag. 21
	Vaccinazioni	pag. 22
	Disponibilità telefonica e/o ampliamento di apertura dell'ambulatorio	pag. 23
	Educazione sanitaria alle collettività	pag. 23
	Corsi di preparazione alla nascita	pag. 23
	Dimissioni precoci del neonato sano	pag. 23
	Dimissioni anticipate e concordate per patologia	pag. 23
	Servizio di consulenza pediatrica all'interno della continuità assistenziale	pag. 23
<i>Allegato C</i> Gli allegati	Modulo per la richiesta di mantenimento dell'assistenza pediatrica oltre i 14 anni	pag. 24
	Modulo per la richiesta di indennità per la Collaborazione Informatica	pag. 25
	Modulo per la richiesta di indennità per Collaboratore di Studio	pag. 26
	Modulo per la richiesta di indennità per la Pediatria di Gruppo	pag. 27
	Modulo per la richiesta di indennità per la Pediatria in Associazione	pag. 28
	Scadenze e contenuto degli interventi all'interno del progetto salute infanzia	pag. 29
	Modulo per il riepilogo dei Bilanci di Salute	pag. 30
	Scheda del Bilancio di Salute	pag. 31
	Contenuto, risultati ed indicatori del progetto self-help	pag. 32
	Modulo per il Riepilogo prestazioni aggiuntive diagnostiche	pag. 33
	Attivazione Assistenza ambulatoriale al bambino cronico	pag. 34
	Progetto dimissioni precoci del neonato sano	pag. 35
	Consulenza pediatrica all'interno della Continuità Assistenziale	pag. 37
Direttive per la costituzione del comitato Aziendale	pag. 38	
Dichiarazioni a Verbale	Dichiarazione a verbale n°1 (smaltimento rifiuti pericolosi)	pag. 39

◆ FIMP NEWS ◆

Via Cadore 18 50142 FIRENZE

TEL. E FAX 055-78.43.92

E-MAIL fimpfi@pediatriadifamiglia.net

disponibile in Internet nel

SITO DELLA FIMP DI FIRENZE:

www.pediatriadifamiglia.net

Direttore responsabile Quinzio Milanesi
Vice direttore Giovanni Vitali Rosati
Redattore capo Valdo Flori *E-mail: valdoflo@tin.it*

Redattori

Elisabetta Bettucci Massimo Generoso Antonio Milanesi
Monica Pierattelli Roberto Pecchioli Pier Luigi Tucci

Autorizzazione del tribunale di Firenze n° 4491 del 5/7/1995