REGIONE UMBRIA

OGGETTO: ACCORDO DECENTRATO REGIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA IN APPLICAZIONE DELL'ART. 4, COMMA1, DI CUI ALL'A.C.N. PER I MEDICI PEDIATRI AL 15.12.05.DIRETTIVE ALLE AZIENDE UU.SS.LL.DELLA REG.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

09/07/2007 n. 1164 .

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio predisposto dal Servizio I° avente per oggetto "Accordo decentrato regionale dei medici pediatri di libera scelta in applicazione dell'art. 4, comma 1, di cui all'A.C.N. per i medici pediatri del 15/12/2005. Direttive alle Aziende UU.SS.LL. della Regione" e la conseguente proposta del Direttore regionale Sanità e servizi sociali;
Ritenuto di farne proprio il contenuto, che diventa parte integrante e sostanziale del presente atto;
Preso atto, ai sensi dell'art. 21 del Regolamento interno di questa Giunta:
a) del parere di regolarità tecnico-amministrativa e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa reso dal Dirigente di Servizio, ai sensi dell'art. 21 c.3 e 4 del Regolamento interno;
b) del parere di legittimità espresso dal Direttore;
Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e i successivi regolamenti di organizzazione, attuativi della stessa;
Visto il Regolamento interno di questa Giunta;
A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

DELIBERA

1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta del Direttore, corredati dai pareri di cui all'art. 21 del Regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
2) di approvare, assumendone i contenuti anche come atto vincolante di indirizzo e coordinamento alle Aziende UU.SS.LL. dell'Umbria, l'accordo decentrato regionale per i medici pediatri di libera scelta allegato in copia quale parte integrante e sostanziale unito al presente atto;

3) di dichiarare che il presente provvedimento rientra tra la tipologia degli atti inerenti le direttive vincolanti emanate dalla Regione ai sensi dell'art. 12, comma 6, della L.R. n. 3/98;
4) di dare mandato al Servizio I° della Direzione Regionale Sanità, di provvedere alla pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria;
5) di trasmettere il presente atto alle Aziende Sanitarie Locali per la sua pratica attuazione.

IL VICE PRESIDENTE: LIVIANTONI CARLO

IL RELATORE: ROSI MAURIZIO

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Accordo decentrato regionale dei medici pediatri di libera scelta in applicazione dell'art. 4, comma 1, di cui all'A.C.N. per i medici pediatri del 15/12/2005. Direttive alle Aziende UU.SS.LL. della Regione.

L'Accordo Collettivo Nazionale per i medici pediatri di libera scelta reso esecutivo con l'atto d'intesa della Conferenza Stato Regioni, rep. 2399 del 15/12/2005, all'art. 4 prevede che gli accordi regionali di cui all'art. 8 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, definiscono le attività svolte dai medici pediatri di libera scelta.
A seguito di vari incontri con i rappresentanti regionali delle Organizzazioni Sindacali dell'area interessata (FIMP e CIPe) si è giunti il 28 giugno 2007 alla sottoscrizione dell'Accordo decentrato regionale che, unito al presente documento istruttorio, ne costituisce parte integrante e sostanziale.
Il campo di applicazione dell'Accordo riguarda:

1. un primo documento di condivisione (Allegato A) degli elementi fondamentali che orientano l'integrazione funzionale ed organizzativa tra Medico pediatra di libera scelta e S.S.R.. sulla base di una sintetica descrizione dei problemi di salute e di quelli organizzativi più rilevanti, con il quale si individuano gli obiettivi da perseguire nel triennio, costituendo i fondi che sostengono gli aspetti più rilevanti, quali:
   - il consolidamento e l'ulteriore sviluppo delle equipe territoriali quale forma organizzativa più appropriata per la "clinical governance" della domanda di assistenza e della quota di offerta gestita sul territorio;
   - il consolidamento e l'ulteriore sviluppo delle forme incentivanti funzionali alle equipe territoriali (medicina di gruppo e personale di studio), presupposto basilare per il governo clinico della domanda e dell'offerta ed elemento fondamentale per l'accessibilità ai servizi da parte del cittadino utente.
2. Un secondo documento (Allegato B) esplicativo ed interpretativo dell'articolato dell'Accordo Collettivo Nazionale relativo alle parti cedevoli o comunque di rinvio agli accordi regionali.

Gli argomenti sopra indicati sono stati oggetto del tavolo della trattativa decentrata regionale, al quale hanno partecipato:
l'Assessore Regionale alla Sanità in qualità di Presidente;
il Dirigente del Servizio I° della Direzione Regionale Sanità;
i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali della Regione o loro delegati;
le Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

Perugia, 2.7.07

L'Istruttore
Fabio Feliciotti

ACCORDO

dei Medici pediatri di libera scelta in applicazione dell'art. 4, comma 1, di cui all' Accordo Collettivo Nazionale per la medicina pediatrica di libera scelta recepito con atto d'intesa 15.12.2005

Visto

- l'atto d'intesa della Conferenza Stato Regioni, rep. 2396 del 15 dicembre 2005 che ha recepito l'Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta;

Atteso che il Comitato, riunitosi nei giorni 30 maggio 2007 e 28 giugno 2007, ha condiviso un documento strategico compatibile con la programmazione regionale e le disposizioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale, per la parte relativa alla medicina pediatrica di libera scelta;

I componenti della delegazione di parte pubblica:

L'Assessore Regionale alla Sanità

Il Direttore Generale dell'Azienda USL 1

Il Direttore Generale dell'Azienda USL 2

Il Direttore Generale dell'Azienda USL 3

Il Direttore Generale dell'Azienda USL 4

Le OO.SS. firmatarie dell'Accordo Collettivo Nazionale:

FIMP……

CIPe ……

Definiscono il seguente Accordo Regionale di cui all'art. 8 D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, composto dai documenti allegati:

- Un primo documento di condivisione (Allegato A) degli elementi fondamentali che orientano l'integrazione funzionale ed organizzativa tra Medico Pediatra di Libera Scelta (Pls) e SSR. Sulla base di una sintetica descrizione dei problemi di salute e di quelli organizzativi più rilevanti, si individuano gli obiettivi da perseguire nel triennio, assegnando di conseguenza i fondi che sostengono gli aspetti più rilevanti della convenzione regionale, quali:
  - il consolidamento e l'ulteriore sviluppo delle equipe territoriali quale forma organizzativa più appropriata per la "clinical governance" della domanda di assistenza e della quota di offerta gestita sul territorio;
  - il consolidamento e l'ulteriore sviluppo delle forme incentivanti funzionali alle equipe territoriali (medicina di gruppo e personale di studio) presupposto basilare per il governo clinico della domanda e dell'offerta ed elemento fondamentale per l'accessibilità ai servizi da parte del cittadino utente.
- Un secondo documento specifico (Allegato B) sull'articolato dell'Accordo Collettivo Nazionale relativo alle parti cedevoli o comunque di rinvio agli accordi regionali.

ALLEGATO A

PREMESSA

Le parti concordano sull'attualità di un Sistema Sanitario Nazionale, solidale, equo ed universale, e sulla necessità, sottolineando i valori e i principi della legge 23/12/1978 n° 833, di adeguare il sistema per rispondere ad una crescente domanda di salute e a pressanti problemi di sostenibilità economica. Concordano inoltre sulla necessità di promuovere l'esercizio della Clinical Governance, intesa come processo partecipato che favorisca la condivisione e la corresponsabilizzazione delle varie figure professionali nelle scelte strategiche e nella gestione dell'assistenza sanitaria. In particolare l'Accordo regionale ha lo scopo di consolidare dignità e autorevolezza del Pls, a cui possa corrispondere una sempre maggiore assunzione di responsabilità.
L' Accordo di seguito formulato realizza Livelli Assistenziali Aggiuntivi per la popolazione in età pediatrica della regione essendo l'attività del pediatra di famiglia delineata dalle disposizioni dell'Accordo Collettivo Nazionale e dalle implementazioni previste dall' Accordo Regionale. La delegazione di parte pubblica e la delegazione sindacale definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Regionale recepito con DGR n°615 del 14/05/2003 che, per le parti non modificate resta in vigore. Concordano sulla necessità di dare continuità al precedente accordo "Prima istituzione delle Equipe Territoriali" ed in particolare sulla necessità di un aggiornamento delle parti che riguardano gli Obiettivi ed il Sistema Premiante.
Il presente Accordo decorre dalla data di pubblicazione della delibera della Giunta Regionale di recepimento dello stesso e, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate, ha durata fino all'entrata in vigore di un nuovo Accordo per l'attuazione del prossimo ACN per la disciplina dei rapporti con i Pls.

1) Gli elementi di contesto

La Regione Umbria nell'affrontare l' organizzazione della Sanità regionale, alla luce del D.L.vo 502/92 e successive modifiche e integrazioni, ha definito nel Piano Sanitario Regionale gli obiettivi di assistenza, coerentemente a quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale; su tali basi ha declinato un percorso di riorganizzazione complessiva dell'assistenza nell'età evolutiva con la DGR 2154/2004 concernente la "Salute nell'età evolutiva", che assume riferimento generale per il presente accordo regionale.
In estrema sintesi, nella DGR 2154 vengono definiti i principali problemi assistenziali e i primari obiettivi sia assistenziali che organizzativi, ai quali devono corrispondere progetti e proposte contrattuali che pongano prospettive di soluzione a:

a) i principali problemi di salute in età pediatrica:

a.1) mortalità nella classe di età 0-14 anni;
a.2) morbosità con riferimento a:
- emergenze pediatriche;
- tumori;
- malattie rare;
- ricoveri ospedalieri in età evolutiva;
- malattie trasmissibili dell'infanzia e relative coperture vaccinali;
- altre informazioni sulla morbosità derivanti dalle prescrizioni della farmaceutica territoriale;
- salute dei minori figli di immigrati;
- patologie afferenti ai servizi di salute mentale e riabilitazione in età evolutiva;

a.3) disabilità e istituzionalizzazioni;
a.4) condizioni sociali e interazioni dei fattori di rischio/benessere sociali e sanitari;
a.5) difficoltà di apprendimento scolastico.

b) i principali problemi assistenziali:

b.1) difficoltà del Dipartimento Materno Infantile e dell'Età Evolutiva (DMIEE), previsto nel PSR 1999-2001, a sviluppare un concreto programma di intervento sull'età evolutiva;
b.2) inadeguatezza delle conoscenze epidemiologiche disponibili;
b.3) scarso e/o disomogeneo impegno nelle attività di promozione della salute nella scuola e di prevenzione;
b.4) insufficiente definizione dei percorsi assistenziali integrati;
b.5) scarsa integrazione tra centro di salute, Pls, servizi specialistici territoriali per minori, servizi sociali per minori e scuola;
b.6) scarsa appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario e di Day Hospital (necessità di adeguamento alle tipologie previste dagli atti di indirizzo regionali);
b.7) parziale funzionamento dei Presidi di riferimento regionale per le malattie rare;
b.8) scarsa definizione delle condizioni in cui ricorrere a servizi pediatrici di alta specialità presenti in altre regioni, con particolare riferimento alla convenzione tra regione Umbria e Ospedale Bambin Gesù di Roma;
b.9) presa in carico da parte del Pls non sempre precoce;
b.10) presenza di interessi extraorganizzativi in alcune attività dell'area pediatrica relative soprattutto all'alimentazione del neonato;
b.11) adeguamento culturale da parte delle diverse aree professionali a lavorare in modo integrato partendo dai problemi del bambino e dell'adolescente e rinunciando all'avocazione dello stesso all'interno di determinati servizi specialistici o particolari livelli assistenziali; tendenza molto forte in alcune componenti professionali.

Con la DGR n. 2154 sopra citata vengono inoltre prefissati obiettivi di salute specifici per l'età evolutiva quali:

- Aumentare la speranza di vita senza disabilità;
- Rafforzare le capacità nei bambini con problemi psichici, fisici e sensoriali;
- Ridurre le morti evitabili;
- Garantire l'equità di accesso alle cure efficaci;
- Ridurre l'errore diagnostico.

Viene, altresì, definito il modello organizzativo generale del Dipartimento per l'età evolutiva (DEE o DMIEE a seconda dei territori) e le relazioni che al suo interno i nuclei della pediatria di libera scelta, che ne divengono la parte fondante, intrattengono con le altre strutture e servizi che afferiscono al DEE.
Nel complesso, tutti gli atti fino ad ora compiuti, perseguono lo scopo di una nuova sanità che, pur nei limiti di un finanziamento contenuto, cerca di realizzare il miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso un processo di razionalizzazione dell'impiego delle risorse.
Il presente accordo intende perseguire gli obiettivi del P.S.R e della DGR 2154/2004 che, attraverso la valorizzazione e il potenziamento delle cure primarie, mirano a migliorare ulteriormente la salute in età evolutiva, ridurre il ricorso improprio alle strutture di secondo livello, creando nel territorio le opportunità per soddisfare la maggior parte dei bisogni reali del cittadino.
Nell'ambito del territorio fondamentale importanza assume il ruolo del Pls, sia quale erogatore diretto di prestazioni, sia quale referente di fiducia del cittadino ed in quanto tale ordinatore di spesa. Infatti il processo di trasformazione del S.S.N., avviato dal D.L.vo 502/92 e successive modifiche e integrazioni, ha fatto assumere la responsabilità diretta della spesa, oltre alle Regioni e ai Direttori Generali delle Aziende, anche ai medici convenzionati per la pediatria di libera scelta.

2) Obiettivi assistenziali ed organizzativi prioritari

2.1) Obiettivi assistenziali

A) Superare l'inadeguatezza e la parzialità delle conoscenze epidemiologiche disponibili tramite contributi specifici dei Pls nella messa a punto di registri di patologia per:

- malformazioni congenite;
- alterazioni sensoriali congenite: ipoacusie, ipovisioni, ecc.;
- autismo e sindromi correlate;
- malattie rare per le quali è stato attivato il presidio regionale di riferimento ai sensi della normativa vigente;
- altre patologie di effettivo rilievo epidemiologico.

B) Coinvolgere pienamente tutti i nuclei nelle attività di promozione della salute e di prevenzione;
C) Garantire coperture vaccinali di elevata qualità e rispondenti alle indicazioni della letteratura internazionale;
D) Mettere a punto i percorsi assistenziali integrati per le malattie rare o per le più frequenti condizioni patologiche croniche dell'età evolutiva;
E) Integrare funzionalmente, tramite definiti protocolli, centro di salute, Pls, nuclei, servizi specialistici territoriali per minori, servizi sociali per minori e scuola;
F) Integrare pienamente la pediatria di libera scelta ed i nuclei di assistenza primaria nel Dipartimento dell'Età Evolutiva (o con il DMIEE, a seconda dei territori) tramite la messa a punto di concreti programmi di intervento sull'età evolutiva;
G) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri in regime ordinario e di Day Hospital, adeguando il ricorso ai servizi ospedalieri alle tipologie previste dagli atti di indirizzo regionali;
H) Concorrere a migliorare il funzionamento dei Presidi di riferimento regionale per le malattie rare;
I) Migliorare l'appropriatezza nel ricorso a servizi pediatrici di alta specialità presenti in altre regioni, con particolare riferimento alla convenzione tra Regione Umbria e Ospedale Bambin Gesù di Roma;
J) Rendere quanto più possibile precoce la presa in carico da parte del Pls;
K) Attivare interventi informativi e formativi atti a favorire l'allattamento al seno;
L) Adeguamento culturale da parte delle diverse aree professionali a lavorare in modo integrato partendo dai problemi del bambino e dell'adolescente e rinunciando all'avocazione dello stesso all'interno di determinati servizi specialistici o particolari livelli assistenziali.

2.2) Obiettivi organizzativi

A) Potenziare le Equipe Territoriali, prevedendo ove possibile:

1. l'integrazione funzionale tra nuclei dei Pls e gli altri nuclei dell'equipe, anche in considerazione della riorganizzazione della Continuità Assistenziale, per rispondere ai bisogni di salute nell'arco delle 24 h e sette giorni su sette e l'integrazione con i cds e le altre forme organizzative, in modo da dar vita ad effettive equipe territoriali della pediatria di libera scelta;
2. l'integrazione funzionale e organizzativa delle equipe territoriali con il DEE o con il DMIEE a seconda dei territori;
3. l'assegnazione ai coordinatori delle seguenti funzioni:

a. formulazione del programma annuale di attività dell'equipe territoriale, d'intesa con il responsabile del centro di salute e, ovviamente, con i colleghi facenti parte dell'equipe;
b. coordinamento della attività di audit strutturato, del lavoro dei gruppi e la funzionale gestione delle riunioni;
c. redazione periodica della relazione di valutazione della attività delle equipe con pertinenti indicatori di struttura, processo ed esito;

4. un supporto amministrativo adeguato grazie anche al personale che si renderà disponibile in seguito alla attivazione del consorzio regionale dei servizi amministrativi;
5. maggiori dotazioni di personale infermieristico grazie alla possibilità di utilizzare sul territorio la quota di infermieri che si renderanno disponibili in seguito alla attivazione delle week surgery negli ospedali di territorio;
6. che un orario di almeno tre ore mensili sia dedicato alla programmazione delle attività delle equipe, consentendo in tal modo lo svolgimento delle riunioni in orari compatibili con le esigenze comuni.

B 1) Definire gli standard minimi del sistema informativo del medico pediatra (standard minimo dei programmi informatici previsti dall'art. 58, lettera B, comma 10 e art.14 punto 5 lettera c).

- In analogia a quanto disposto per i medici di medicina generale, in applicazione del combinato disposto dell'art. 58, Lettera B, quota variabile, punto 10 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici Pls e dell'art. 275 della legge finanziaria n.266/2005, le Aziende Sanitarie Locali subordinano l'erogazione della indennità di collaborazione informatica, per ogni medico pediatra, al rispetto della soglia del 70% della stampa informatizzata delle prescrizioni.

Il software per la gestione della cartella clinica deve integrarsi con il sistema informatico regionale, al netto delle spese di gestione, in particolare:

- ✓ attivare le registrazioni delle patologie croniche di cui al punto 2.1 A);
- ✓ consentire, la registrazione dei dati previsti dall'articolo 44, comma 2, lettera d;
- ✓ consentire la messa a disposizione del SSR dei dati previsti dall'articolo 44, comma 2, lettera d;
- ✓ consentire il rispetto della normativa sulla privacy;
- ✓ svolgere le normali attività di supporto clinico alla professione del Medico pediatra;
- ✓ usare codifiche internazionali e nazionali per poter permettere lo scambio di informazioni tra i vari attori del SSR. (Classificazioni problemi ICD9, Classificazione ATC, Prontuario terapeutico, Nomenclatore Tariffario Regionale);
- ✓ gestire in modo automatico le normative burocratiche relative alla prescrizione ed alle esenzioni;
- ✓ consentire elaborazioni statistiche sui dati;
- ✓ prevedere l'aggiornamento trimestrale del prontuario terapeutico;
- ✓ prevedere l'aggiornamento periodico del Nomenclatore Tariffario Regionale;
- ✓ integrarsi con servizi previsti dal progetto M.I.R. (Medici In Rete) quando questi saranno resi disponibili;

- ✓ consentire la stampa automatizzata delle prescrizioni;
- ✓ consentire il collegamento sperimentale con il sistema informatico aziendale ed in particolare con la sede della continuità assistenziale per lo scambio di informazioni anamnestiche e sanitarie degli assistiti, nel rispetto della privacy;
- ✓ gestire la scheda anagrafica del paziente secondo gli standard regionali;
- ✓ gestire le schede anagrafiche degli extra comunitari non in regola con il permesso di soggiorno (STP);
- ✓ gestire la codifica nazionale e regionale delle esenzioni come definita nella nota regionale n.28477 del 9 giugno 2006;
- ✓ collaborare alla risoluzione dei casi di mancato invio della TS ai propri assistiti attraverso:
  -l'acquisizione del Codice fiscale dal tesserino verde e dei dati anagrafici corredati da un documento valido dell'assistito e la successiva comunicazione all'ufficio anagrafe della ASL di riferimento ovvero
  -l'apertura di una chiamata al Contact Center regionale compilando un form predefinito.

  Per l'adeguamento strumentale e per l'espletamento delle attività sopra elencate non è attribuito ai medici pediatri alcun compenso.

Deve inoltre integrarsi con il sistema informatico regionale, sempre al netto delle spese di gestione, in particolare:
- procedure CUP;
- servizi del sistema informativo regionale;
- sistema di e-prescrizione;
- sistema di e-refertazione;
- utilizzare gli standard individuati dalla Regione dell'Umbria nel documento "Standard Regionale di interfaccia per l'integrazione dei Servizi Applicativi Dipartimentali con il SIIS" per lo scambio di informazioni sanitarie ed in particolare: HL7, DICOM, SNOMED, LOINC;
- disporre di appropriate funzioni di scambio messaggi in linea con quanto definito dagli standard CNIPA in termini di messaggistica (busta di E – gov);
- disporre di funzioni automatiche che consentano l'interoperatività tra sistemi eterogenei (Porte di Dominio – Porte Delegate).

  Per l'espletamento di tali ulteriori attività saranno definiti da un apposito accordo regionale le relative modalità ed i corrispondenti compensi.

B 2)

a) Promuovere la campagna di donazione degli organi.
La campagna è valutata dall'Azienda con parametri obiettivi regionali.

C) Attivare un nuovo sistema premiante

Ferma restando la libertà prescrittiva del medico e l'irrinunciabile diritto del cittadino alla migliore cura per i propri problemi di salute e considerata inoltre la realtà contingente, si rende necessario per il medico Pls:
1. contribuire alla sostenibilità del SSN e del SSR;
2. dedicare, nel quotidiano esercizio della propria attività professionale, una particolare e specifica attenzione:
- al rispetto delle regole;
- al corretto ed appropriato utilizzo delle risorse;
- ad evitare sprechi e prestazioni ridondanti che le statistiche ed i dati dimostrano essere a tutt'oggi ancora presenti.

Un simile impegno assume soprattutto un valore etico in quanto funzionale alla salvaguardia dell'attuale sistema sanitario solidaristico ed universale, altrimenti a rischio.

Il sistema premiante di seguito declinato riguarda le quote retributive previste (quota fissa e quote variabili) e prevede per ognuna definite pesature.

C.1) Quota capitaria regionale

Parte della quota capitaria regionale di € 3,08 (art.58 lettera B comma 15), definita nell'ambito degli Accordi aziendali, essendo la presenza nella equipe un obbligo del pediatra, è erogata solo in seguito alla effettiva attestazione, rilasciata dal responsabile del centro di salute e dal coordinatore del nucleo di equipe di appartenenza, , della corretta:

- partecipazione alle riunioni di equipe (peso pari a - x, se manca al 25% delle riunioni annuali);
- partecipazione alle attività di audit (peso pari a - x se manca al 25% degli audit);
- partecipazione alle iniziative di integrazione con gli altri servizi sociosanitari e socio assistenziali relativi all'età evolutiva presenti nel DEE/DMIEE (peso pari a - x se manca al 25 % delle attività integrate).

L'assenza, comunque non superiore al 25% delle riunioni annuali, si ritiene giustificata qualora il pediatra abbia attivato l'istituto previsto all'art. 36 dell'ACN.

E' prevista una quota lorda mensile omnicomprensiva per la funzione di Coordinatore pari a € 180,00.

C.2) Quote variabili

Sono previste due quote di retribuzione variabile divise (facendo pari a 100 il peso standard raggiungibile da ciascun pediatra): una quota di funzione di peso pari a 20 e una quota di risultato di peso pari a 80.

C.2.1) una quota di retribuzione di funzione destinata a remunerare (peso pari a 20) :

a) lo svolgimento da parte di tutti i componenti di ogni singola equipe, 24 h. al giorno per 7 gg. alla settimana, della continuità dell'assistenza a tutti i propri assistiti attraverso la piena integrazione e nel rispetto della propria autonomia funzionale, tra i Pls ed i medici della continuità assistenziale, con particolare riferimento a quelli ai quali sono state attribuite 38 ore settimanali, da realizzarsi in forma sperimentale almeno una in ogni Azienda, da istituire entro un anno dalla firma del presente accordo (peso pari a 30);
b) l'effettiva adesione, certificata dal coordinatore del Cds e dal coordinatore del nucleo di equipe di appartenenza, ad altre misure previste dagli accordi aziendali (peso pari a 20);

C.2.2) una quota di retribuzione di risultato percepibile sulla base del raggiungimento dei seguenti standard di performance (peso pari a 80):

a) apporto al raggiungimento delle coperture vaccinali degli assistiti conforme alle raccomandazioni OMS/ISS (peso 20);
b) partecipazione alle attività di educazione sanitaria nella scuola ed ai programmi di counseling verso i genitori es.: (prevenzione esposizione al fumo passivo, prevenzione incidenti domestici, promozione allattamento al seno, etc.) (peso15);
c) effettiva attivazione e aggiornamento delle registrazioni di patologia di cui al punto 2.1.A) (peso 10);
d) quota di assistiti con problemi di continuità assistenziale per malattie rare o altre malattie croniche per le quali si è contribuito appropriatamente alla gestione del percorso assistenziale su segnalazione al cds del presidio regionale di riferimento (peso 20);
e) corretta e completa compilazione della ricetta, leggibile dal sistema di lettura ottica, sulla base dei seguenti indicatori di qualità (peso 10):
- 2% codice fiscale assistito non riconosciuto nell'ambito del sistema

regionale di monitoraggio e lettura ottica delle prescrizioni;

- 1% ricette non riconosciute nell'ambito del sistema regionale di monitoraggio e lettura ottica delle prescrizioni;

f) percentuale di adesione alle linee guida prodotte:

- dal Dipartimento dell'Età Evolutiva o dal DMIEE a seconda dei territori, su valutazione del direttore del dipartimento trasmessa al Cds, relative all' accesso appropriato al pronto soccorso, al ricovero ordinario o in DH e ad altre misure volte a migliorare l'appropriatezza (peso 10);

g) percentuale di farmaci generici/equivalenti della categoria J (peso 10);

Per il raggiungimento della quota di risultato (peso pari a 80) gli accordi aziendali possono attribuire agli obiettivi pesi tali e diversificati da quelli sopra indicati, in relazione alle proprie esigenze ed obiettivi assistenziali, in modo tale che la somma degli stessi possa superare tale standard.

La quota di incentivo è aggiornata a € 7,00 (sette) per assistito/anno a decorrere dalla data di pubblicazione del presente accordo ed è utilizzata anche per il finanziamento degli accordi aziendali. La stessa è erogata il mese di marzo dell'anno successivo alla verifica, a seguito del raggiungimento degli obiettivi specifici fissati nell'accordo decentrato aziendale in applicazione di quanto sopra enunciato nella lettera C.

La quota residuale di € 3,08 ad assistito, corrispondente alla quota variabile prevista dalla tabella C dell'art. 9 dell'A.C.N. è erogata, anche modulandone l'entità, a seguito del grado di raggiungimento degli obiettivi finalizzati al governo clinico e al rispetto dei livelli programmati di spesa definiti dalla trattativa decentrata aziendale, salvo risultato negativo attestato a seguito di verifica effettuata annualmente entro il mese di dicembre.

D) Consolidare la rappresentanza della medicina pediatrica di libera scelta ai diversi livelli del sistema di "clinical governance", prevedendo:

1. l'attivazione a livello regionale della "Conferenza delle equipe territoriali di Pls, continuità assistenziale e mmg", che si riunisce, con la presenza dei direttori di distretto, delle direzioni sanitarie almeno ogni sei mesi per valutare lo sviluppo delle equipe territoriali e formulare raccomandazioni in merito:
   - all'inserimento organico nell'Osservatorio sulla appropriatezza prescrittiva, oltre alle rappresentanze già previste, dei coordinatori delle equipe territoriali;
   - alla formalizzazione dell'apporto da parte della medicina pediatrica al "governo clinico":
     - nel collegio di direzione aziendale;
     - nell'Ufficio di coordinamento distrettuale o negli appositi organismi individuati all'interno dello staff del direttore generale (con modalità correlate alla organizzazione locale);
   - alla prosecuzione, su un piano distinto da quelli sopra citati, delle attività degli organismi già previsti per il monitoraggio degli accordi sindacali.
2. L'attivazione a livello aziendale di gruppi di lavoro integrati ospedale territorio volti a realizzare l'obiettivo dell'appropriatezza delle prescrizioni tramite l'adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici e raggruppamenti di attesa omogenei (RAO).

E) Attivare un programma aziendale di formazione dei medici pediatri di libera scelta

Annualmente la Regione e le OO.SS. definiscono, in coerenza con gli obiettivi del PSR, il piano formativo di aggiornamento professionale obbligatorio che dà diritto ai crediti formativi per soddisfare il proprio debito annuale. La Regione, a seguito di specifiche intese con l'Università, prevede le attività formative svolte dal medico pediatra nelle aree di cui all'art. 20, comma 3, dell'ACN. Il piano annuale di formazione individua il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti di medicina pediatrica, Pls che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti ECM, tutor), l'attuazione, i criteri di partecipazione e le modalità didattiche dei corsi per pediatri docenti ai corsi di formazione per animatori di formazione permanente sulla base di un curriculum formativo specifico, le modalità e i criteri per la formazione didattica e professionale permanente dei docenti di medicina pediatrica. E' istituito un elenco di animatori di formazione e di docenti di medicina pediatrica individuati tra i medici pediatri di libera scelta. In prima applicazione sono iscritti nel rispettivo elenco coloro che in qualità di medico pediatra attestino di avere svolto con continuità tale attività negli ultimi tre anni. Successivamente saranno iscritti coloro che avranno frequentato apposito corso formativo. La partecipazione all'aggiornamento professionale obbligatorio avviene ai sensi dell'art. 20, comma 12, dell'ACN. I corsi di formazione e di aggiornamento professionale di carattere regionale e di formazione specifica in medicina pediatrica sono espletati presso la Scuola Regionale di sanità.

Strategia forme associative

Nell'ambito della strategia che la Regione Umbria intende percorrere, in coerenza con quanto previsto dal Piano Sanitario 2003/2005 che disciplina come massima forma organizzativa della medicina del territorio l'unità di cure primarie, è intenzione comune la costruzione di strumenti condivisi che consentano di ottimizzare le risorse disponibili in considerazione della peculiarità dell'assistenza pediatrica e della distribuzione territoriale degli stessi.
Pertanto al fine di conseguire l'obiettivo del raggiungimento dell'assistenza pediatrica rivolta ad una più vasta popolazione in età di esclusiva, si prevede di modificare tramite l'istituto dell'associazionismo l'attuale strategia delle forme associative che viene ad essere cosi individuata:

- Pediatria in associazione di 1° livello 15%
- Pediatria in associazione di 2° livello 25%
- Pediatria di gruppo 35%
- Collaboratore di studio 35%

Tali percentuali, ad eccezione di quella riferita al collaboratore di studio, costituiscono il budget aziendale da utilizzare solo per le forme associative.

Caratteristiche e procedure comuni a tutte le tre forme associative previste dal presente accordo sono:

a) l'accordo che costituisce la forma associativa, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente Accordo, è liberamente concordato tra i pediatri partecipanti e depositato presso l'Azienda e l'Ordine dei Medici di competenza (Allegati 1, 2, 3);
b) la forma associativa è costituita da 2 o più Pls, operanti all'interno dello stesso ambito territoriale di scelta. E' prevista la possibilità da parte del Comitato Aziendale di valutare e approvare associazioni che prevedono la partecipazione di pediatri appartenenti ad ambiti territoriali di scelta limitrofi, se l'aggregazione comporta un evidente miglioramento delle prestazioni erogate;
c) non possono far parte di alcuna forma associativa i pediatri che svolgono attività di libera professione strutturata per un orario uguale o superiore a 5 ore settimanali;
d) devono essere previste riunioni periodiche, nella misura di almeno 3 all'anno e delle quali

dovrà essere redatto verbale, fra i pediatri costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi programmati e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale;

e) all'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con gli organismi del Distretto, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti dell'Azienda e dell'Ordine dei Medici;

f) in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:
   - per le questioni deontologiche, l'Ordine Provinciale dei Medici;
   - per le questioni contrattuali, il Comitato di cui all'art.23 dell'A.C.N.;

g) l'Azienda, ricevuto l'atto costitutivo, entro 45 giorni, dopo aver verificato i requisiti di validità, ne prende atto con provvedimento formale dal quale deriva l'obbligo di operare in conformità a quanto previsto per la forma prescelta. Gli effetti economici, se dovuti, decorrono dal ricevimento dell'atto costitutivo nei limiti della disponibilità economica annualmente prevista dalla programmazione aziendale, secondo l'ordine di accoglimento delle domande;

h) i pediatri che aderiscono ad una forma associativa sono tenuti a comunicare ai genitori degli iscritti nei propri elenchi, anche attraverso la consegna di una carta dei servizi, le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi rispettivamente offerti da ciascuna tipologia di associazione;

i) i pediatri aderenti ad una forma associativa devono, al loro interno, condividere linee guida per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica.

Oltre alle caratteristiche generali comuni già richiamate dall'A.C.N. delle su indicate forme associative, quelle riferite all'associazione di 1° e 2° livello, nonché quella di gruppo, sono tenute ad avere i seguenti requisiti:

PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE DI 1° LIVELLO

- distribuzione territoriale degli studi, non vincolati a sede unica coerenti con l'ambito territoriale di scelta, nel rispetto dei bisogni assistenziali degli utenti;
- apertura coordinata degli studi per almeno 5 ore giornaliere distribuite tra mattino e pomeriggio di cui almeno uno aperto fino alle ore 19,00 (Allegato 4);
- disponibilità a svolgere la propria attività ambulatoriale nei confronti degli assistiti dei pediatri associati per le prestazioni non differibili e le prescrizioni urgenti.

Ad ogni pediatra che aderisce alla forma associativa di 1° livello spetta un'indennità annua di euro 4,00 (quattro) per assistito in carico.

PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE DI 2° LIVELLO

- svolgimento dell'attività assistenziale prevista in una sede comune permanente, che può essere anche lo studio di uno dei pediatri dell'associazione, per almeno 5 ore giornaliere in caso di associazioni fino a 4 pediatri, o per almeno 6 ore giornaliere in caso di associazioni di 5 o più pediatri. Le ore devono essere distribuite tra mattino e pomeriggio, con apertura fino alle 19,00, con un orario massimo di apertura di dieci ore (Allegato 5);
- presenza di una linea telefonica per la ricezione delle chiamate;
- l'orario di apertura della sede comune è da considerarsi aggiuntivo all'orario minimo previsto dall'A.C.N. per ogni pediatra; nel comitato aziendale può essere concordata una modulazione dell'orario giornaliero di apertura della sede comune in base alla stagionalità, tenendo presente il monte orario complessivo;
- possono far parte della forma associativa un numero massimo di 10 pediatri, salvo diverse determinazioni da concordare all'interno del comitato aziendale;
- nella sede comune vengono effettuate prestazioni non differibili e prescrizioni urgenti nei

confronti degli assistiti dei pediatri aderenti alla forma associativa;

- nella sede comune possono essere effettuate eventuali altre attività derivanti dall'adesione a progetti concordati in sede di comitato aziendale.

Ad ogni pediatra che aderisce alla forma associativa di 2° livello spetta un'indennità annua di euro 7,00 (sette) per assistito in carico.

PEDIATRIA DI GRUPPO

- deve essere assicurata dai pediatri del gruppo l'assistenza nella sede unica per almeno 5 ore giornaliere in caso di gruppi composti fino a 3 pediatri, o per almeno 6 ore giornaliere in caso di gruppi composti di 4 o più pediatri distribuite tra mattino e pomeriggio secondo un congruo orario determinato dai pediatri in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e con apertura fino alle ore 19,00; (Allegato 6).

Nel Comitato Aziendale può essere concordata una modulazione dell'orario giornaliero in base alla stagionalità.

Ad ogni pediatra che aderisce alla forma associativa di pediatria di Gruppo spetta una indennità annua di euro 9,00 (nove) per assistito in carico.

ADEGUAMENTO ALLE NUOVE FORME DI ASSOCIAZIONE DI 1° E DI 2° LIVELLO

Entro 90 giorni dal recepimento con Delibera Regionale del presente accordo, i pediatri aderenti alla forma associativa semplice prevista dal precedente accordo regionale devono adeguare le caratteristiche della forma associativa di appartenenza a quelle richieste dal presente accordo per le forme di 1° o 2° livello.
La comunicazione dell'adeguamento deve avvenire tramite la compilazione e l'invio all'Azienda dell'Allegato7.
In caso di non adeguamento nei tempi previsti, l'indennità non viene più corrisposta ai pediatri che fanno parte della forma associativa semplice fino alla comunicazione di avvenuto adeguamento.
La nuova strutturazione delle forme associative di 1° e 2° livello disciplinata dal presente accordo prevede che il pediatra possa aderire ad una sola forma associativa.
Di conseguenza entro 90 giorni dall'entrata in vigore dell'accordo, i pediatri interessati dalla nuova norma devono optare per una delle due forme associative alle quali partecipano, attraverso una comunicazione all'Azienda. Nel caso in cui entro tale termine il pediatra comunichi l'adeguamento ad una forma di 2° livello, questa sarà riconosciuta dal comitato aziendale nel limite della percentuale prevista. Qualora le richieste siano superiori a detta percentuale, la priorità di accoglimento è correlata all'anzianità della forma associativa preesistente.
I pediatri già facenti parte dell'associazione semplice alla data di entrata in vigore del presente accordo che non esprimono l'opzione nei tempi e nei modi sopra previsti ovvero che dichiarino di rimanere nella forma associativa preesistente, sono inseriti d'ufficio nell'associazione di 1° livello nell'ambito della percentuale attualmente esistente. Agli stessi è attribuita l'indennità dell'associazione di 1° livello.

ARRETRATI

A partire dal 1° gennaio 2005 fino alla data di recepimento del presente Accordo, sono riconosciuti alle forme associative esistenti (Pediatria in Associazione e Pediatria in Gruppo) le indennità previste dal presente Accordo ai pediatri in associazione semplice vanno corrisposte le indennità previste per la Pediatria in Associazione di 1° livello e ai pediatri facenti parte della Pediatria di Gruppo quelle previste per la stessa.

MONITORAGGIO DELLE FORME ASSOCIATIVE

Ciascuna Azienda USL deve inviare alla Direzione Regionale Sanità e servizi sociali – Servizio 1° - entro il 31 dicembre di ogni anno i dati relativi alle forme associative per la pediatria di famiglia presenti sul territorio di competenza, al fine di verificare e monitorare le forme associative attuate e quelle in attesa di attuazione. La comunicazione avviene tramite l'invio dell'apposita scheda (Allegato 10).

E' consentito il superamento graduale del tetto previsto per la pediatria di gruppo in rapporto al livello di integrazione con le equipe territoriali e a condizione che contestualmente e contemporaneamente si verifichi una diminuzione della pediatria in associazione di 1° o di 2° livello di una percentuale pari a quella incrementata.

La percentuale riferita al collaboratore di studio è indissolubilmente correlata a quella della pediatria di gruppo e dell'associazione di 2° livello e a specifici obiettivi tesi ad affinare la risposta territoriale sulla base di modalità da definire nell'accordo aziendale e costituisce un budget regionale ripartito dal Comitato Regionale alle singole Aziende.

PROGETTO SALUTE INFANZIA

PREMESSA

Gli interventi di prevenzione primaria rappresentano uno strumento importante per promuovere la salute. Essi sono di solito finalizzati a rinforzare modelli comportamentali e stili di vita appropriati che si debbono acquisire fin dai primi anni di vita. Per tale ragione questo progetto individua i genitori come oggetto-soggetto di un intervento educativo realizzato all'interno del rapporto con il Pls, finalizzato da un lato a far acquisire ai genitori la consapevolezza rispetto ai pericoli che il bambino si può trovare ad affrontare nei primi mesi di vita, nell'ambiente domestico o negli spazi gioco, dall'altro ad indurli ad assumere stili di vita corretti (non esposizione al fumo passivo, lotta ai comportamenti alimentari scorretti, adozione/promozione di tecniche di lettura attiva, prevenzione di malattie contagiose tramite una cultura vaccinale).

OBIETTIVO GENERALE

Prevenire gli incidenti domestici nella fascia 0-4 anni e favorire l'adozione di stili di vita sani fin dai primi anni di vita.

OBIETTIVI SPECIFICI

1. Promuovere tra i genitori l'adozione di comportamenti di provata efficacia atti a ridurre l'incidenza delle morti evitabili in età pediatrica.
2. Favorire nei genitori la consapevolezza dei rischi presenti nell'ambiente domestico, negli spazi di gioco e sulla strada e della loro evitabilità.
3. Fare acquisire ai genitori conoscenze circa le modalità di prevenzione degli incidenti più frequenti, in relazione alle varie fasce di utenti appartenenti all'età pediatrica.
4. Sviluppare nei genitori la consapevolezza dei rischi per la salute connessi con l'esposizione al fumo passivo.
5. Favorire attraverso la sensibilizzazione dei genitori l'assunzione di uno stile di vita sano.
6. Promuovere l'adozione di comportamenti che favoriscano lo sviluppo cognitivo e psicologico del bambino attraverso una corretta relazione genitori/figli (con l'ausilio della tecnica della lettura a voce alta).

MATERIALI E METODI

Il progetto si fonda sull'utilizzazione del bilancio di salute come momento per realizzare scambi comunicativi efficaci tra pediatra e genitore, attraverso la metodologia del colloquio empatico/comunicativo, che si è dimostrata più efficace rispetto ad altri metodi per il trasferimento di conoscenze e l'adozione di comportamenti corretti.
Il progetto prevede 5 incontri, ad "età filtro" in occasione dei bilanci di salute, effettuati secondo gli schemi già previsti dall'ultimo accordo regionale, che vengono individuati come momenti nei quali il genitore è più ricettivo alle informazioni fornite dal pediatra e questo è più disponibile ad avere un colloquio approfondito con il genitore. Durante gli incontri il pediatra fornirà ai genitori le informazioni finalizzate ad aumentare le loro competenze, rispetto alla prevenzione dei rischi più comuni per l'età del bambino e all'adozione di comportamenti di provata efficacia per il suo sviluppo psico-fisico e per la adozione di stili di vita corretti.

Di seguito vengono riportati gli argomenti trattati nei singoli bilanci di salute e la tempistica:

1. entro i primi 30 gg di vita: posizione in culla, trasporto sicuro in auto, rischi da esposizione a fumo passivo, vantaggio allattamento al seno, rischi da caduta da arredamento; opportunita' vaccinali.

2. a 4 mesi (+/- 45 gg): rafforzamento dei precedenti, rischio di ustioni e avvelenamenti.

3. a 7 mesi (+/- 45 gg): rischi connessi con l'uso di giocattoli pericolosi, trasporto sicuro, vantaggi della lettura a voce alta; principi per una corretta alimentazione.

4. a 12 mesi (+/- 60gg): rischio di ustioni, folgorazioni, annegamento, trasporto sicuro, avvelenamenti, opportunità vaccinale, vantaggi della lettura a voce alta, principi per una corretta alimentazione.

5. a 24 mesi (+/- 60gg): rischi connessi con il giocare all'aperto e l'utilizzo di giocattoli non sicuri o impropri

Gli interventi di counselling verranno supportati dalla consegna, ad ogni incontro, di materiale informativo specifico per ogni classe di età comprensivo di appositi questionari. Il materiale verrà prodotto su scala regionale e fornito ai singoli Pls attraverso il Centro di Salute di riferimento.
Nel materiale informativo sono ripetute le indicazioni fornite a voce allo scopo di:

- rinforzare e/o chiarire al genitore le informazioni fornite tramite il colloquio con il Pls;
- estendere l'informazione alle altre figure del nucleo familiare (altro genitore, nonni, baby sitter).

FASI, TEMPI e ATTORI

Fase 1	Tempi	Attori
1.1 Elaborazione del materiale informativo e dei questionari da somministrare ai genitori per verificare le conoscenze prima e dopo l'intervento di counseling	Entro 2 mesi dalla pubblicazione dell'Accordo	UDT Prevenzione + Rappresentanti Pls + Servizi Educazione alla salute
1.2 Adeguamento del software per la registrazione informatizzata dei questionari somministrati	Entro 4 mesi dalla pubblicazione dell'Accordo	Webred + UDT Prevenzione + Servizio III
1.3 Formazione dei Pls sulle problematiche da trattare in seno ai bilanci di salute, in particolare rispetto al problema della prevenzione degli incidenti domestici e di quelli stradali. Sarà oggetto di tale formazione anche l'acquisizione di tecniche per una efficace comunicazione finalizzata alla promozione della salute	Entro Ottobre 2007	Pediatri Servizi Educazione alla salute delle USL per supporto metodologico
Fase 2		
2.1 Avvio formale del progetto attraverso comunicazione scritta della Direzione Aziendale di ogni singola Az USL	Novembre 2007	Direzioni Aziendali delle USL
2.2 Interventi promotori di salute in occasione dei bilanci di salute alle età filtro	A partire da novembre 2007	Pls
2.3 Somministrazione del questionario in occasione dei bilanci di salute 1, 3, 5	A partire da novembre 2007	Pls

2.4 Inserimento dei questionari nel software ad hoc predisposto	A partire da novembre 2007	Pls
Fase 3		
3.1 Valutazione di processo cioè dell'andamento del progetto in occasione di almeno 1 incontro di nucleo ogni 6 mesi	A partire da tre mesi dall'inizio della fase 2	Pls Servizi di educazione alla salute delle USL
3.2 Elaborazione dei dati dei questionari	1^ elaborazione: entro i primi 4 mesi del 2009 rispetto al primo anno di intervento 2^ elaborazione al compimento del 2 anno di intervento rispetto ai dati complessivi	Servizi Epidemiologia dei DIP Commissione regionale di valutazione (formalmente istituita con criteri simili a quelli del Comitato Regionale art. 24)
3.3 Valutazione di impatto	Entro 1° trimestre 2010	Commissione regionale di valutazione

VALUTAZIONE

La valutazione di processo, cioè la valutazione dell'andamento del progetto, dovrà essere svolta in seno ai nuclei pediatrici delle equipe territoriali al fine di mantenere un confronto diretto con i Pls, finalizzato ad evidenziare e risolvere le eventuali criticità insorte.
La valutazione di impatto deve considerarsi articolata in due fasi :
la prima, che dovrà essere effettuata entro i primi 4 mesi del 2009, verrà realizzata utilizzando i dati provenienti dalla elaborazione dei questionari inseriti nel 1° anno di valenza del progetto. I questionari dovranno essere consegnati ai genitori dei nuovi nati* in occasione del 1°, 3° e 5° bilancio di salute, con la finalità nel primo di valutare le conoscenze in tema di fattori determinanti di salute e prevenzione di incidenti, negli altri due di registrare eventuali eventi negativi (anche eventi sentinella) nonché il consolidamento delle conoscenze.
L'elaborazione verrà effettuata dalla Commissione Regionale di Valutazione sulla base dei dati elaborati con la collaborazione dei Servizi di Epidemiologia del DIP.

**per nuovi nati si intende la coorte dei soggetti nati dopo l'avvio formale del progetto a seguito della comunicazione della Direzione Aziendale, compresi quelli nati entro i 30 gg precedenti.*

La seconda fase verrà effettuata entro il primo trimestre del 2010 utilizzando:

- I dati derivanti dall'elaborazione di tutti i questionari inseriti.
- I dati provenienti dai Pronto Soccorso relativamente agli incidenti domestici occorsi ai minori nella fascia di età 0-24 mesi, elaborati con la collaborazione dei Servizi di Epidemiologia dei Dipartimenti di Prevenzione.

Spetta alla Commissione Regionale di Valutazione, supportata dagli epidemiologi dei corrispettivi Servizi delle Aziende USL e dell'Osservatorio Regionale, valutare l'opportunità di proseguire nel progetto.
I Pls trasmettono entro il 15 ° giorno di ciascun mese il riepilogo dei bilanci di salute effettuati il mese precedente e la liquidazione dei compensi è effettuata nel mese successivo alla presentazione della notula. Il compenso di ogni bilancio di salute (allegato L, ACN 15.12.05) è di € 12,91, detratta la quota ENPAM a carico dell'azienda.
Sarà privilegiata, rispetto al semplice computo quantitativo, l'analisi degli indicatori di qualità compresi gli indicatori di soddisfazione e partecipazione dell'utenza e dell'aumento della cultura specifica dei genitori nei campi sopra citati.
I bilanci di salute sono elaborati dal pediatra esclusivamente su supporto informatico sulla base del programma già utilizzato allo scopo. I relativi dati, inseriti nel portale regionale, saranno disponibili

per l'Azienda di riferimento per essere utilizzati nell'ambito della programmazione dell'attività distrettuale.
Il Progetto ha durata fino al 31 dicembre 2008 e comunque fino alla data di completamento di un ciclo annuale. Nei quattro mesi successivi dovrà essere portata a termine la valutazione di processo al fine della prosecuzione del Progetto stesso.
Il Progetto è prorogato qualora la Commissione regionale sopra citata avrà dato un giudizio positivo a seguito dell'analisi degli indicatori di qualità.
Trascorso tale termine in caso di mancata comunicazione dell'esito delle verifiche i Pls sono autorizzati a proseguire il Progetto. Durante il periodo di valutazione i Pls proseguono il progetto i cui relativi compensi saranno erogati solo a seguito di verifica positiva.

ALLEGATO B

Art. 17 Incompatibilità

In caso di svolgimento di attività compatibili con l'esercizio della pediatria di famiglia, il massimale di scelta è ridotto in misura proporzionale (20 assistiti/1 ora) e l'impegno orario non può determinare una riduzione del massimale inferiore a 600 scelte. In caso di riduzione del massimale questo, non potrà avvenire tramite la ricusazione, ma gradualmente attraverso la non attribuzione di nuove scelte.

Art. 21 Diritti sindacali

Comma 1
Le modalità di pagamento (corresponsione diretta al medico che partecipa all'attività di cui al presente comma) e l'entità del compenso sono confermate, secondo quanto previsto dalla DGR n. 615/2003 di recepimento dell'accordo regionale precedente.

Art. 23 Comitato aziendale

Comma 4
Il Comitato aziendale ha la titolarità per la definizione di qualsiasi tipo di accordo con la Medicina pediatrica di libera scelta. In analogia con la procedura temporale prevista nel livello regionale / nazionale, il Comitato aziendale è tenuto a definire accordi aziendali entro 180 gg dalla data di sottoscrizione dell'Accordo regionale. Trascorso tale periodo il Comitato Regionale può assegnare ulteriori 60 gg all'Azienda che ne faccia espressa richiesta; trascorso l'ulteriore periodo l'Accordo aziendale viene predisposto entro 90 gg. dal Comitato aziendale con l'intervento della Regione e delle Organizzazioni sindacali regionali.
Il Comitato aziendale ex art. 23 deve obbligatoriamente stipulare:

- un Accordo con la pediatria di famiglia che si sviluppa sugli obiettivi di programmazione regionali/aziendali, individuati anche con gli strumenti della clinical governance della medicina pediatrica e nel quale si preveda altresì un piano di sviluppo delle forme associative, secondo quanto definito nell'accordo regionale. Tale accordo aziendale dovrà prevedere, in aggiunta ad altri e diversi obbiettivi localmente definiti, anche gli "obiettivi di salute" individuati a livello regionale. L 'accordo aziendale dovrà identificare gli specifici obiettivi di appropriatezza in ambito farmaceutico, diagnostico, di ricovero e di ricorso alle prestazioni specialistiche, anche prevedendo obiettivi differenziati per distretto, equipe e altre forme associative, coerentemente a quelli fissati dal presente accordo regionale.
  Ciascun accordo aziendale dovrà contenere almeno 3 obiettivi di salute, 2 dei quali dovranno essere obbligatoriamente individuati tra gli obiettivi prioritari regionali.

A titolo puramente indicativo, ma con intento omogeneizzante, si fornisce un set di riferimento dei contenuti dell'accordo:

- la medicina di iniziativa, intesa quale standard organizzativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi di salute.
  Qualora uno o più obiettivi tra i tre prioritari siano già oggetto di accordo aziendale potranno essere identificate altre priorità, sempre nell'ambito degli obiettivi sopra elencati;
- la misurazione delle performance assistenziali, quale risultato della definizione di indicatori di struttura, di processo e di esito riconducibile al singolo pediatra, ciascuno con l'identificazione di standard minimi, di golden standard e di peso - per gli "obiettivi di salute";
- un atteggiamento proattivo nei confronti degli assistiti affetti da patologie croniche o di quanti costituiscono target dei programmi di prevenzione in particolare per le forme associative;

- l'appropriatezza e il monitoraggio anche tramite report annuali (trimestrali / mensili) delle variabili di produzione delle cure primarie, intesa come appropriatezza di erogazione (art. 27) quali: farmaceutica, specialistica, ricoveri, farmaceutica integrativa;
- la qualità dell'assistenza rispetto:
  - agli aspetti organizzativi: attivazione CUP negli ambulatori, fornitura flussi informativi a fini epidemiologici (art. 58 lett. B, comma 10), disponibilità telefonica (art. 35 comma 9), modalità di effettuazione dell'ambulatorio (ore di apertura, ambulatorio per patologie, su appuntamento)
  - agli aspetti clinico assistenziali: vaccinazioni promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende intese come percentuale di copertura su target definito e non come retribuzione a prestazione. Educazione sanitaria (Art. 44, comma 4);
  - ai percorsi di salute dei bambini con patologia cronica con le modalità di cui all'art. 51.

Art. 25 Programmazione e monitoraggio delle attività

Comma 3

Per le attività territoriali programmate si stabilisce che le Aziende possono utilizzare i fondi di cui all'art. 25 dell'A.C.N. lettere a), b), c) e d).

Art. 30 Collegio Arbitrale

Ai componenti del Collegio Arbitrale è corrisposta una indennità nella misura e alle condizioni già previste nell'Accordo regionale precedente per i componenti del Comitato Regionale.

Art. 31 Diritto di sciopero

Si confermano le disposizioni previste dall'Accordo Regionale precedente in merito alle modalità di adesione da parte dei medici pediatri allo sciopero. Ogni prestazione di cui trattasi è compensata con la somma di € 35 omnicomprensiva.

Comma 2
Per i soggetti istituzionalmente preposti si intendono quelli afferenti all'area della medicina pediatrica.

Art. 32 Rapporto ottimale

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'A.C.N., quali la scelta in deroga territoriale, l'aumento temporaneo del massimale e la variazione dell'ambito territoriale, la stessa procede nel calcolo per eventuali ulteriori inserimenti attenendosi al seguente meccanismo: si somma al numero dei bambini residenti in età 0-5 anni e 364 giorni il 35% dei residenti in età 6-13 anni 364 giorni entrambi calcolati al 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 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.
Ove con l'applicazione dei meccanismi sopra indicati scaturisca l'inserimento di più di un pediatra, l'Azienda procederà alla pubblicazione, per ogni ambito, di una zona per semestre e una volta coperto il 50% delle zone carenti la pubblicazione delle residue è subordinata al parere favorevole del Comitato Regionale.
In attesa dell'eventuale pubblicazione della zona carente risultante dal calcolo sopra descritto l'Azienda, per esigenze assistenziali improcrastinabili, può conferire, sentito il proprio Comitato, incarichi provvisori nei termini previsti dall'art. 37 dell'A.C.N.

Ove il Comitato aziendale, con l'assenso delle Organizzazioni Sindacali in esso presenti, evidenzi la necessità di pubblicare una zona carente straordinaria, in deroga ai parametri sopra individuati, potrà chiedere l'autorizzazione alla Regione. Nella pubblicazione potrà essere specificato il territorio (Comune, frazione o centro di salute) dove il pediatra è tenuto ad aprire lo studio medico principale con l'indicazione del numero dei giorni di apertura nelle frazioni o in alcune zone specifiche dell'ambito.

Art. 33 Copertura degli ambiti territoriali carenti

In caso di parità di posizione in graduatoria i pediatri sono graduati nell'ordine della minore età, voto di laurea e data di conseguimento del diploma di laurea.

Art. 34 Instaurazione del rapporto convenzionale

L'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'utilizzo di un ambulatorio pubblico sono determinate dalla ASL di competenza.

Comma 12 - Residenza del Pls

Il medico nel corso del rapporto convenzionale di assistenza primaria può trasferire la propria residenza in altro comune non appartenente all'ambito territoriale di convenzionamento, purchè, al fine di non creare alcun pregiudizio allo svolgimento della propria attività di medico Pls nei confronti degli assistiti che lo hanno scelto, elegga il proprio domicilio nell'ambito territoriale di attività e comunichi lo stesso entro 30 gg all'Azienda.

Comma 14 - Apertura studi medici

Accertata la facoltà per i medici pediatri convenzionati dell'apertura di più studi con il conseguente frazionamento dell'orario complessivo fra tutti gli studi, in caso di medico aderente ad una medicina di gruppo la parte maggioritaria dell'orario di ambulatorio, con riferimento a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale, deve essere riservata a quest'ultima sede.

Art. 35 Requisiti e apertura studi medici

Lo studio professionale del medico pediatra deve essere aperto per 5 giorni alla settimana, prevedendo almeno due fasce di apertura al mattino e due al pomeriggio.
I pediatri che hanno superato il numero di 840 assistiti in carico e che non partecipano a forme associative che comportano un orario ambulatoriale aggiuntivo a quanto previsto dall'A.C.N. devono adeguare l'orario di apertura dello studio con la seguente distribuzione:

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

Per assistiti in carico si intendono tutti gli assistiti per i quali il Pls percepisce la quota capitaria, comprese tutte le scelte a scadenza e gli ultraquattordicenni in deroga.
Il numero degli assistiti si quantifica al 31 dicembre di ogni anno.
I pediatri sono tenuti entro il mese di febbraio di ogni anno, a comunicare l'orario di ambulatorio in base agli assistiti in carico al mese di dicembre dell'anno precedente.
L'Azienda ha il compito di verificare la congruità della comunicazione effettuata dal pediatra.
L'orario giornaliero d'apertura per i pediatri che hanno in carico oltre 250 assistiti, non può mai essere inferiore alle 2 ore.

Art. 36 Sostituzioni

Comma 1
Visto quanto previsto in merito alle assenze superiori a 3 gg consecutivi rispetto:

1. all'obbligo da parte dei medici sostituiti di comunicare con la dichiarazione di assenza la motivazione dell'assenza e il nominativo del sostituto,
2. all'obbligo di informazione dei propri assistiti sulla durata, sulle modalità della sostituzione e sul sostituto.
3. all'obbligo di dichiarare di non trovarsi in situazioni che configurino una incompatibilità.
4. all'obbligo del sostituto, al momento dell'accettazione di sottoscrivere e rilasciare al titolare una dichiarazione così come previsto nell'allegato (modello 3).

In caso di sostituzione fra pediatri aderenti ad un gruppo non è necessaria la relativa comunicazione informativa all'Azienda, fatti salvi i casi previsti dall'art. 18, commi 1 e 4.
E' consentito agli specializzandi in pediatria effettuare sostituzioni inferiori a 30 giorni.
Il sostituto, qualora non sia titolare di incarico in pediatria, è tenuto a garantire l'attività di assistenza sanitaria agli assistiti in carico al pediatra titolare con le sue stesse modalità organizzative (struttura ambulatoriale, orario ambulatorio ecc.).
Il pediatra è tenuto ad incaricare quale proprio sostituto o un medico specializzato in pediatria o disciplina equipollente o comunque un medico che garantisca un adeguato livello di qualità professionale.
Si propone l'adozione di moduli regionali dai quali si evincano rispettivamente: il motivo e la durata dell'assenza del medico titolare e il nome del sostituto, la dichiarazione rilasciata dal sostituto come previsto dalla normativa nazionale (vedi moduli allegati).
E' fatto obbligo, per i medici titolari informare i propri assistiti sulle modalità della sostituzione, tramite messaggio rilasciato nella segreteria telefonica e affissione dell'informativa presso gli ambulatori convenzionati.

Comma 2
Per le sostituzioni programmate inferiori a 30 gg, fatte salve le sostituzioni effettuate ad un medico Pls da parte:
1) di un medico convenzionato per la pediatria di libera scelta con numero di scelte inferiore a 350;
2) di un medico convenzionato per la continuità assistenziale a 24 h settimanali;
3) un medico convenzionato per la medicina dei servizi a 24 h settimanali,
l'impegno derivante dalla sostituzione attribuita sommato ad eventuale altre attività compatibili svolte in orario diurno, non può superare l'orario complessivo di 40 h settimanali.

Comma 12
Qualora il medico pediatra titolare di scelte venga sostituito da un medico privo di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti i compensi allo stesso sono corrisposti secondo il trattamento economico previsto per i medici di medicina generale.

Comma 15
Il medico che non riesca ad assicurare la propria sostituzione nei termini previsti dal precedente comma 2, deve informare tempestivamente l'Azienda; qualora l'Azienda non sia in grado di individuare il nominativo del sostituto entro 3 gg dalla comunicazione del medico, lo comunica telefonicamente all'interessato. In tal caso il medico stesso può procedere in deroga a quanto previsto dallo stesso comma 2.
Il medico, sostituto di un medico facente parte di una medicina di gruppo, per tutta la durata della sostituzione, assume i medesimi obblighi associativi del titolare.
Le indennità relative all'associazionismo, al collaboratore di studio, al collaboratore infermieristico e alla collaborazione informatica costituiscono compensi dovuti al titolare anche se sostituito.

Art. 37 Incarichi provvisori

Comma 1
L'incarico temporaneo viene conferito ad un pediatra scelto nel rispetto della graduatoria regionale con priorità per i pediatri residenti nell'ambito territoriale carente. Tale incarico può assumere una durata massima di 12 mesi e cessa al momento dell'individuazione del pediatra titolare.

Comma 4
Nel caso in cui sia necessario proseguire la durata di un incarico provvisorio i successivi incarichi vengono attribuiti secondo l'ordine della graduatoria regionale, con i criteri di cui al comma 1.

Art. 38 Massimale di scelte

Fermo restando che i pediatri iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 800 unità più il 10% degli assistiti in deroga a detto massimale in applicazione del comma 8, si stabilisce ai sensi del comma 2 che il tetto invalicabile del massimale di scelte, comprensivo delle deroghe di cui ai commi 9, 10 e 13, non può superare il numero di scelte pari a 1000.
A tal proposito si chiarisce che il limite numerico di scelte, entro il quale il doppio incarico del medico (Pls e continuità assistenziale) è ritenuto compatibile, non è considerabile quale massimale individuale bensì esclusivamente come tetto imposto alla compatibilità dei due rapporti.
Non concorrono alla determinazione del massimale individuale gli assistiti che hanno esercitato il diritto di revoca da un altro pediatra in ambiti laddove tutti i pediatri abbiano raggiunto il massimale.
Sono confermate le autolimitazioni già esistenti, ad esclusione di quelle inferiori a 600.
Il massimale è ridotto proporzionalmente in caso di :

- incarichi preesistenti, alla data di entrata in vigore del nuovo A.C.N., di specialistica ambulatoriale pediatrica;
- attività libero professionale strutturata con impegno settimanale uguale o superiore a 5 ore.

La riduzione del massimale è effettuata tenendo conto del parametro di 1 ora/20 scelte e non può determinare una riduzione del massimale inferiore alle 600 scelte.

Art. 39 Scelta del medico

Comma 2
Sono confermate le informazioni da fornire al cittadino allo sportello della Azienda USL quando effettua la scelta del medico, riproponendo quanto concordato nel precedente accordo regionale. Nello stesso contesto è richiesto al cittadino il consenso informato per il trattamento dei dati da parte del medico che sceglie. Il modulo di consenso, firmato in originale dall'assistito, sarà consegnato al medico interessato in occasione della consegna del tabulato delle variazioni assistiti.
Per i cittadini extracomunitari la scelta è a tempo determinato ed è automaticamente rinnovata alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno. Il pediatra è obbligato all'assistenza del cittadino extra comunitario nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno.

Art. 40 Revoca e ricusazione della scelta

Comma 2 - garanzia continuità assistenza

Su richiesta dell'utente, il medico revocato è tenuto a mettere a disposizione dell'utente stesso le notizie cliniche relative al proprio stato di salute, su supporto informatico, ove possibile, diversamente su supporto cartaceo.

Comma 5
I pediatri autolimitati non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite. In caso di autolimitazione o riduzione del massimale per attività compatibili, il raggiungimento della quota individuale, deve avvenire con la perdita fisiologica degli assistiti ultraquattordicenni.

Art. 41 Revoche d'ufficio

Comma 7
In seguito a cambiamenti di residenza da parte dell'utente nell'ambito della stessa azienda o di aziende limitrofe si possono configurare le seguenti fattispecie:

- nel caso di un cittadino che trasferisca la propria residenza in un ambito territoriale limitrofo della medesima azienda non dovrà essere operata alcuna variazione del medico pediatra, fino a quando il cittadino stesso non procederà ad eventuale nuova scelta;
- nel caso di cittadino che trasferisca la propria residenza in un ambito territoriale limitrofo, ma rientrante nella competenza di altra azienda ovvero non limitrofo, ma appartenente alla stessa Azienda, deve essere avvertito il cittadino al vecchio indirizzo qualora quello nuovo non sia noto, e per conoscenza il medico curante, informando il cittadino stesso della possibilità di mantenere invariato il medico di fiducia (art. 39 comma 9), subordinatamente al parere obbligatorio del Comitato aziendale ex art. 23, qualora si presenti entro 60 gg presso gli sportelli della nuova azienda di residenza. Trascorso detto termine, senza che sia presentata richiesta di mantenimento dello stesso medico, si procederà alla cancellazione con decorrenza dalla data del trasferimento di residenza;
- nel caso di trasferimento in ambito territoriale non limitrofo ed appartenente ad altra Azienda, la cancellazione dall'elenco del medico è immediata senza che siano opportunamente avviati ulteriori adempimenti.

Art. 46 Visite ambulatoriali e domiciliari

Le Aziende Sanitarie Locali informano le famiglie degli assistiti in età pediatrica sulle modalità della richiesta e della erogazione dell'assistenza ambulatoriale e domiciliare. Nei giorni prefestivi infrasettimanali il pediatra ha l'obbligo di effettuare l'apertura dello studio medico, qualora in quel giorno e in quell'arco orario svolga ordinariamente l'attività al mattino, fino alle ore 10,00, orario dopo il quale si attiva il servizio di continuità assistenziale.
E' a cura del pediatra la modalità organizzativa di ricezione delle richieste di visita domiciliare. Il Pls presta la propria attività medica nello studio e a domicilio. La visita domiciliare è una opportunità che il pediatra mette in atto quando ritiene necessario, in relazione ad alcune condizioni dell'assistito e/o della famiglia, avendo il dovere deontologico di valutare secondo la sua competenza e senza alcun condizionamento estraneo all'ambito della sua responsabilità professionale. Il concetto di non trasferibilità nel caso dei soggetti in età pediatrica (0/14 anni) spesso ha determinato equivoci proprio per la difficoltà di identificare queste situazioni che di solito non sono di tipo strettamente sanitario, e per il timore dei genitori che il trasferimento presso lo studio di pazienti con malattie febbrili delle vie aeree possa avere un'influenza negativa sul decorso della patologia in atto.
Da evidenziare come la visita ambulatoriale possa essere una risposta più completa al bisogno del paziente per la presenza nello studio del pediatra di adeguate attrezzature utili ad eseguire esami diagnostici e tal volta per assicurare una risposta più tempestiva. Ciò premesso, in alcune particolari situazioni è utile che il pediatra effettui la visita domiciliare e alcuni esempi possono aiutare i genitori ad un appropriato utilizzo dell'assistenza pediatrica:

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

- La visita domiciliare è altrettanto utile nei confronti dei bambini con patologia acuta febbrile associata ad altre patologie come ad esempio:

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

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

In tutte le situazioni ove si presentano stati febbrili importanti, sarà il rapporto di fiducia che lega i genitori e il Pls a permettere un' appropriata valutazione caso per caso, anche tenendo in considerazione gli eventuali sintomi o le patologie associate, nonché la conoscenza delle condizioni socio-sanitarie della famiglia.
Tutte le valutazioni sono comunque di stretta competenza del pediatra che ne risponde nell'ambito della sua responsabilità professionale.

Art. 48 Rapporti tra il medico di famiglia e l'Ospedale

Viene ribadito il concetto di presa in carico dell'assistito da parte del pediatra che deve avere conoscenza di tutti i momenti dell'attività sanitaria erogata in favore del proprio assistito e l'obbligo che l'Azienda ha di porre in essere tutte le azioni idonee a garantire al pediatra la continuità della presa in carico del bambino in tutti i momenti dei percorsi assistenziali nei servizi aziendali, territoriali ed ospedalieri.
Le Aziende, comprese quelle ospedaliere, dovranno prevedere e assicurare:

1. la possibilità di accesso del Pls in qualsiasi fase del ricovero ospedaliero;
2. le modalità di comunicazione tra Ospedale e Pls in relazione all'andamento della degenza e alle problematiche emergenti in corso di ricovero, anche mediante la messa a punto di idonei strumenti telematici ed informatici;
3. il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittivi dalle note AIFA, delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al Decreto Ministeriale 329/99 e successive modificazioni e delle modalità di prescrizioni previste dall'art. 50 della legge 326/2003;
4. il rispetto delle norme in materia di prescrizione diretta dei controlli programmati entro 30 gg. dalla dimissione e della esenzione per le indagini da eseguirsi in funzione del ricovero programmato.

Dovrà inoltre essere garantita:

- la ricezione da parte del Pls della relazione clinica delle dimissioni;
- la consegna al paziente al momento delle dimissioni di prescrizioni farmaceutiche per evitare discontinuità terapeutica.

In caso di trasferimento dell'assistito presso il proprio domicilio in regime di dimissione protetta, ferme restando eventuali competenze del reparto ospedaliero in materia di assistenza diretta del paziente, dovrà essere attuato il passaggio del paziente in regime di assistenza domiciliare integrata o programmata e il Direttore del reparto ospedaliero dovrà concordare con il pediatra gli eventuali interventi di supporto alla degenza domiciliare ritenuti necessari.
Al fine di garantire un rapporto di collaborazione trasparente tra i medici del presidio ospedaliero ed

i pediatri, deve essere istituita a livello aziendale, una commissione con le modalità previste dall'art. 48, comma 7.

Art. 58 Trattamento economico (Lett. A, commi 4, 5, 6 e 7)

Si stabilisce che le aziende USL, in ottemperanza a quanto sancito dall'art. 58 sopra richiamato dovranno costituire, nei tempi e nei modi già previsti dal richiamato articolo, il fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie.

NORMA FINALE N. 1

Le autorizzazioni alla esecuzione del Boel Test e Screening per l'Ambliopia, vengono rilasciate al Pls annualmente ed in maniera cumulativa nei confronti dei soggetti aventi diritto nell'anno di riferimento, secondo l'allegato (Modello 3) .

ALLEGATO 1

ACCORDO PER LA COSTITUZIONE DI PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE DI PRIMO LIVELLO

I sottoscritti Pediatri iscritti negli elenchi dei Pls nell'Azienda USL……

1. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le……..……

2. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le……..……...

3. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le……..……

4. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le……..……...

5. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le……..……...

6. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le……..……..….

7. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le……..……..

8. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le……..…….….

9. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le……..……..

10……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le……..……..

Al fine di consentire un più elevato livello di prestazioni e per facilitare il rapporto tra cittadino e Pls,

CONVENGONO

Di costituire tra l'oro un'associazione libera e paritaria, come previsto dall'art. 52 dell'A.C.N..

CONCORDANO

a) l'orario di apertura dei propri Studi, come riportato nell' Allegato 4 in modo da coprire almeno 5 ore giornaliere, distribuite tra mattino e pomeriggio, con almeno uno Studio aperto fino alle ore 19,00;
b) di svolgere la propria attività, qualora se ne ravvisi la necessità, anche nei confronti degli assistiti dei colleghi associati;
c) di condividere e implementare linee guida su alcune patologie a più alta prevalenza:

1. …….

2. ……

d) di essere disponibili a coordinarsi per l'erogazione di prestazioni previste dall'A.C.N. o da Accordi locali;
e) di prevedere periodicamente (almeno 3 volte all'anno) una riunione per la verifica dell'andamento dell'attività, la revisione dell'appropriatezza prescrittiva e la promozione di comportamenti prescrittivi;
f) di eleggere come delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con il Distretto il Dr…….

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

Data……. Firme:…….

ALLEGATO 2

ACCORDO PER LA COSTITUZIONE DI PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE DI SECONDO LIVELLO

I sottoscritti Pediatri iscritti negli elenchi dei Pls nell'Azienda USL……..……..

1. ……..Cod. Regionale…….Ambito Terr.le…….…….

2. ……..Cod. Regionale…….Ambito Terr.le…….…….

3. ……..Cod. Regionale…….Ambito Terr.le…….…….

4. ……..Cod. Regionale…….Ambito Terr.le…….

5. ……..Cod. Regionale…….Ambito Terr.le…….…….

6. ……..Cod. Regionale…….Ambito Terr.le…….…….

7. ……..Cod. Regionale…….Ambito Terr.le…….…….

8. ……..Cod. Regionale…….Ambito Terr.le…….

9. ……..Cod. Regionale…….Ambito Terr.le…….…….

10. ……..Cod. Regionale…….Ambito Terr.le…….…….

Al fine di consentire un più elevato livello di prestazioni e per facilitare il rapporto tra cittadino e Pls,

CONVENGONO

Di costituire tra loro un'associazione libera e paritaria, come previsto dall'art. 52 dell'A.C.N..

CONCORDANO

a) di svolgere la propria attività, qualora se ne ravvisi la necessità, anche nei confronti degli assistiti dei colleghi associati;
b) di effettuare tale attività in una sede comune posta in…….
Tel ……
c) che l'orario delle presenze nella sede comune dovrà assicurare una assistenza ambulatoriale di almeno ……..ore distribuite al mattino e al pomeriggio e chiusura alle ore 19,00;
d) di condividere e implementare linee guida su alcune patologie a più alta prevalenza:

1……

2.……

e) di essere disponibili a coordinarsi per l'erogazione di prestazioni previste dall'A.C.N. o da Accordi locali;
f) di prevedere periodicamente (almeno 3 volte all'anno) una riunione per la verifica dell'andamento dell'attività, la revisione dell'appropriatezza prescrittivi e la promozione di comportamenti

prescrittivi;

g) di eleggere come delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con il Distretto il Dr…….

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

Data……. Firme:…….

ALLEGATO 3

ACCORDO PER LA COSTITUZIONE DI PEDIATRIA DI GRUPPO

I sottoscritti Pls nell'Azienda USL……..……ambito di scelta…….

1. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le…….…….
2. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le…….…….
3. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le…….…….
4. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le…….…….
5. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le…….…….
6. ……..Cod. Regionale……Ambito Terr.le…….…….

CONVENGONO

Di costituire tra loro un'associazione libera e paritaria, allo scopo di esercitare la pediatria di Gruppo, per svolgere l'attività di Pls sia nei confronti dei propri assistiti che di quelli dei colleghi associati.

CONCORDANO

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

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

Data……. Firme:…….

ALLEGATO 4

SEDI E ORARI AMBULATORIALI DEI PEDIATRI IN ASSOCIAZIONE DI 1° LIVELLO

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

ALLEGATO 5

ORARIO DI APERTURA DELLA SEDE COMUNE DELL'ASSOCIAZIONE DI 2° LIVELLO

Ubicazione della sede comune
…….

Tel: ……..

	Mattina	Pomeriggio
	dalle ore……. alle ore……...	dalle ore…. alle ore……...
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

ALLEGATO 6

ORARIO DI APERTURA DELLO STUDIO DI PEDIATRIA DI GRUPPO

Sede del Gruppo …….

Tel: ……..

	Mattina	Pomeriggio
	dalle ore……. alle ore……...	dalle ore……. alle ore……...
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

ALLEGATO 7

ADEGUAMENTO DELLE FORME ASSOCIATIVE
PREVISTE DALL'ACCORDO REGIONALE 2007

All'Azienda U.S.L. ……..

I sottoscritti dott.

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

Iscritti negli elenchi dei medici convenzionati dei Pls dell'Azienda …… facenti parte di
□ Associazione

Secondo le caratteristiche previste dall'art 53 del D.P.R. n. 272/2000 e dall'Accordo regionale 2003,

□ Già riconosciuta □ In attesa di accoglimento

Dichiarano di possedere i requisiti previsti dall'Accordo regionale 2007 per:

□ la Pediatria in associazione di 1° livello
□ la Pediatria in associazione di 2° livello

Si allega:

□ Allegato 1) Associazione 1° livello

□ Allegato 2) Associazione 2° livello

Data …… Luogo …….

Firme

ALLEGATO 8

RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DI PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE

All'Azienda USL ……

Il sottoscritto …….…..., nato
a……..…….
il …….., residente a ……...……. in Via
…….……
Tel ……., Pediatra di Famiglia nell'ambito territoriale
…….……. Cod. Regionale …..….……..…….con Studio principale in via
……..……
Tel …….e ulteriori Studi aggiuntivi in (indicare indirizzo e telefono):
……..
……..
dopo aver consultato i colleghi operanti nello Studio Associato, preso atto e accettata la normativa che regola tale associazione e constatato che nulla osta alla sua partecipazione,
chiede di entrare a far parte quale componente dell'associazione costituita e con sede in
…… in via …….. , con il seguente orario settimanale:

	Studio principale	Studi secondari
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Data ……. Firma ……

Presa visione e accettazione dei medici componenti l'associazione

……

……

……

……

ALLEGATO 9

RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DI PEDIATRIA DI GRUPPO

All'Azienda USL……..

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

Data ……. Firma ……

Presa visione e accettazione dei medici componenti il gruppo

……

……

……

……

ALLEGATO 10

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE FORME ASSOCIATIVE

Azienda USL n.	N. residenti 0 – 6 anni	N. assistiti in carico ai Pediatri	N. Pls
……	……..	……	……

Forme associative	Attive			In lista d'attesa		
	N.	N. Pediatri	N. assistiti in carico	N.	N. Pediatri	N. assistiti in carico
Pediatria in associazione di 1° livello						
Pediatria in associazione di 2° livello						
Pediatria di gruppo						
Collaboratore di Studio						
TOTALE						

ALLEGATO 11

DOMANDA PER L'INDENNITA' DI COLLABORAZIONE DI STUDIO O INFERMIERISTICA

All'Azienda USL……

Io sottoscritt… dr …… nat.. a ……..……il ……

Codice Fiscale …….……abitante in……...……

Via/pza …….…… e.mail ..……..……

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

Codice Regionale ……

chiedo che mi venga corrisposta la indennità prevista per l'utilizzo di un

☐ Collaboratore di studio ☐ Infermiere professionale

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

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

D I C H I A R O

1) a decorrere dal…….……presso il mio Studio di ……
   mi avvalgo della collaborazione di:

   ☐ un collaboratore di studio con compiti di segreteria
   ☐ un infermiere professionale iscritto/a all'Albo Professionale al n. …….

2) il collaboratore di Studio/infermiere ☐ è stato assunto direttamente
   ☐ è fornito da terzi

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

   ☐ a tempo determinato, con scadenza ……..
   ☐ a tempo indeterminato

4) mi impegno a fornire tempestivamente qualsiasi variazione intervenga
5) a richiesta dell'Azienda mi impegno altresì a fornire copia del contratto di lavoro stipulato con il collaboratore
6) di essere consapevole che in caso di dichiarazione non veritiera, o di omessa comunicazione delle modifiche eventualmente intervenute nel rapporto di lavoro oggetto della presente, verrà sospesa la corresponsione della indennità con recupero retroattivo delle somme corrisposte a tale titolo

data …….. Firma ……

ALLEGATO 12

PERSONALE (COLLABORATORE DI STUDIO/INFERMIERE) FORNITO DA UN MEDICO

Dichiarazione del datore di lavoro

..l.. sottoscritt.. …….

con studio in …… Codice Fiscale ……

Dichiara che ……. (nome e cognome del dipendente)

assunt.. a tempo indeterminato/ determinato con scadenza il …….…….con contratto

……..…….

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

con mansione di ……

per un numero totale di ore settimanali di ……

Dichiara inoltre che il suddetto personale è utilizzato da:

Dott …… Per un numero di ore settimanali di ……..

Dott …… Per un numero di ore settimanali di ……..

Dott …… Per un numero di ore settimanali di ……..

Dott …… Per un numero di ore settimanali di ……..

presso lo Studio di Via /Piazza

…….

A disposizione per fornire adeguata documentazione

Data …… Firma

ALLEGATO 13

PERSONALE (COLLABORATORE DI STUDIO/INFERMIERE) FORNITO DA SOCIETÀ/SOCIETÀ DI SERVIZI/COOPERATIVE

Dichiarazione del datore di lavoro

..l.. sottoscritt.. …….

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

con sede in …… Codice Fiscale ……..……

Dichiara che

(nome e cognome del dipendente) ……

assunt... con contratto
……..…….

……

con mansione di ……..

è utilizzat.. dal Dott. …….

presso lo Studio di via /piazza ……

per …….. ore settimanali ☐ a tempo determinato, con scadenza ……..
☐ a tempo indeterminato

A disposizione per fornire adeguata documentazione

Data …… Firma

Timbro della Società

ALLEGATO 14

INDICAZIONI CONTENUTISTICHE PER LA COSTRUZIONE DI UNA "CARTA DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI DI BASE DA FORNIRE AL CITTADINO"

AZIENDA SANITARIA LOCALE N......

Il cittadino residente o domiciliato e

- Il suo Pls
- Il servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) .
- Il servizio di emergenza (118)

Informazioni utili ad un corretto utilizzo dei servizi territoriali messi a disposizione dal Sistema sanitario umbro

Depliant da spedire a casa di ogni residente o assistito avente domicilio sanitario a cura di ogni Azienda con le precisazioni in merito:

- Al Pls che risulta essere stato scelto, con la precisazione delle modalità organizzative di erogazione dell'assistenza sanitaria, adottate.
- Ai riferimenti telefonici e indirizzi dei punti di guardia e del 118 di riferimento dell'utente

Pls

Per garantire il rispetto di reciproca fiducia tra medico e assistito, che si fonda sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti, ogni assistito deve essere messo a conoscenza delle seguenti informazioni:

- il mancato esercizio del diritto di scelta comporta che il cittadino non ha diritto alla prescrizione farmaceutica e specialistica sul ricettario del Servizio Sanitario Regionale;
- la scelta relativa ad assistiti in età pediatrica, appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica,può essere effettuata in favore dello stesso pediatra anche in deroga al massimale, non è consentita questa deroga se il medico ha già in carico un numero di assistiti pari a 1000;
- orario di apertura degli ambulatori convenzionati e indirizzi delle rispettive sedi;
- informativa in merito agli orari di ambulatorio con prenotazione e senza prenotazione;
- numero di telefono a cui il medico recepisce le chiamate al mattino dalle 8 alle 10 e il numero dal quale recepisce durante l'orario di attività ambulatoriale;
- le modalità di effettuazione delle visite domiciliari;
- istruzioni da seguire in caso di urgenze emerse al di fuori degli orari di studio;
- conoscere le modalità organizzative dell'associazione a cui appartiene il proprio medico al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
- conoscere i nominativi dei colleghi facenti parte della medesima forma associativa e orari dei rispettivi ambulatori convenzionati ai quali l'assistito in caso di bisogno può accedere; a tale proposito si precisa che, con valenza per tutti i medici aderenti a qualsiasi forma di associazione prevista dall'accordo collettivo nazionale;
- i numeri di telefono di ognuno e gli orari di contattabilità, oltre che eventuali numeri di telefoni mobili;
- istruzioni da seguire in caso di urgenze emerse al di fuori degli orari di studio;
- ciascun medico della forma associativa è impegnato a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici appartenenti alla stessa forma associativa;
- l'ambulatorio convenzionato deve essere aperto per 5 giorni alla settimana e garantire un arco di ore giornaliere di apertura secondo quanto previsto all'art. 35 del presente accordo;
- i medici della pediatria di gruppo realizzano il coordinamento della propria attività di

assistenza domiciliare in modo da garantire la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia nei periodi di assenza del proprio medico;

- deve essere gestita su supporto informatico la scheda sanitaria di ciascun assistito;
- deve essere assicurato il collegamento reciproco degli studi dei medici per consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;
- può essere garantito l'utilizzo da parte di ogni singolo medico di sistemi di comunicazione informativa per il collegamento con i centri di prenotazione dell'Azienda sanitaria, qualora l'Azienda stessa attivi il servizio in accordo con il medico Pls inoltre, i medici che aderiscono alla pediatria di gruppo usufruiscono di una sede unica: "la sede del gruppo", articolata in più studi e che deve garantire l'apertura di almeno 6 ore giornaliere distribuite nel mattino e nel pomeriggio.

Quando il medico pediatra è assente per motivi di salute, riposo, studio o altro:
Il medico deve fornire attraverso avviso lasciato nella segreteria telefonica e apposita informativa affissa negli studi convenzionati, il nome e i recapiti telefonici del sostituto.

La guida informativa deve essere predisposta da ogni pediatra e consegnata all'Azienda Sanitaria Locale per la verifica e l'approvazione. Successivamente sarà consegnata dai pediatri a tutti gli assistiti ed esposta negli studi medici.

Ciò che spetta all'assistito iscritto:
All'assistito iscritto negli elenchi di un medico Pls spetta, senza alcun corrispettivo da pagare al proprio medico di fiducia o al suo sostituto:

le visite mediche:

- la visita domiciliare è effettuata nel corso della giornata, se richiesta entro le ore 10,00 del mattino, il giorno successivo, entro le 12, se richiesta dopo le 10,00; la visita deve essere effettuata nel più breve tempo possibile qualora si tratti di una chiamata urgente, sempre che il medico pediatra la recepisca di persona nella consapevolezza che il proprio medico di fiducia non svolge il ruolo dell'emergenza medica e che particolari situazioni (vedi sotto a 118) necessitano di un intervento con mezzi adeguati, non erogabili dal medico stesso;
- la visita ambulatoriale nel rispetto degli orari di apertura dell'ambulatorio convenzionato, nel limiti di numero di visite erogabili dal medico nell'arco temporale previsto per quella durata di ambulatorio, fermo restando la disponibilità del medico ad effettuare in soprannumero una prestazione ambulatoriale urgente richiesta;
- le visite programmate al domicilio dell'assistito erogate anche in forma integrata con l'assistenza specialistica e riabilitativa, con l'assistenza sociale e con l'assistenza infermieristica, dopo che è stato concordato con il medico di distretto il programma di assistenza, compreso il numero degli accessi domiciliari mensili previsto;
- le visite programmate e occasionali in caso di patologia acuta nelle residenze sanitarie nel caso in cui l'assistito sia ricoverato temporaneamente o permanentemente in una di queste strutture;

le certificazioni:

- le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;
- la certificazione per incapacità temporanea al lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;
- la certificazione per l'idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al Decreto Ministero Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1, lettera a) e c) ed allegato H;

le necessarie prestazioni sanitarie:

- tutte le prestazioni aggiuntive per la cui esecuzione il medico ha adeguata dotazione ambulatoriale e per le quali ha dato la propria disponibilità all'esecuzione, di cui all'Allegato B all'ACN.

le prescrizioni sul ricettario regionale:

- tutte le prescrizioni farmaceutiche e richieste per indagini specialistiche ritenute necessarie dal medico pediatra, rispettando la facoltà del medico, proprio perché garante della salute dell'assistito che lo ha scelto, di non essere il mero "trascrittore" di indicazioni o ricette diagnostiche o terapeutiche dello specialista non condivise; di questa mancata condivisione deve darne ovviamente motivata spiegazione al proprio paziente;
- la richiesta di consulto con il medico specialista qualora il medico pediatra lo ritenga necessario a conseguire la risposta ad un quesito diagnostico;

- la richiesta di trasporto sanitario;
- la richiesta di prestazioni termali;
- la richiesta di presidi sanitari

le prescrizioni sul ricettario personale del medico:

- per i farmaci in classe C, cioè non prescrivibili attraverso il servizio sanitario regionale;
- per le prestazioni non comprese nei livelli di assistenza sanitaria, non erogabili attraverso il servizio sanitario regionale.

la cartella clinica

- con una esplicita richiesta personale, l'assistito può esigere dal medico revocato la disponibilità di tutte le notizie cliniche relative al proprio stato di salute, rilasciate su supporto informatico, ove possibile, diversamente, su supporto cartaceo.

  Il cittadino è invece tenuto a pagare**,** in regime libero professionale, tutte le certificazioni non previste dall'elenco sopra indicato.

Il cambiamento del medico di fiducia può avvenire per:
Variazioni di residenza dell'assistito:
In seguito a cambiamenti di residenza da parte dell'assistito nell'ambito della stessa azienda o di aziende limitrofe si possono configurare le seguenti fatti specie:

- nel caso che il cittadino trasferisca la propria residenza in un ambito territoriale limitrofo della medesima azienda manterrà il medico di fiducia, fino a quando non procederà ad eventuale nuova scelta;
- nel caso che il cittadino trasferisca la propria residenza in un ambito territoriale limitrofo, ma rientrante nella competenza di altra azienda, deve essere avvertito, al vecchio indirizzo qualora quello nuovo non sia noto, informandolo della facoltà di mantenere lo stesso medico di fiducia qualora si presenti entro 60 gg presso gli sportelli della nuova azienda di residenza. Trascorso detto termine, senza che sia presentata richiesta di mantenimento dello stesso medico, si procederà alla cancellazione;
- nel caso che il cittadino si trasferisca in ambito territoriale non limitrofo, appartenente alla stessa Azienda, il medico a suo tempo scelto viene revocato d'ufficio. L'utente ha la possibilità di mantenere invariato il domicilio sanitario, per motivi di salute, studio o lavoro), mantenendo l'iscrizione in capo al medico già scelto. In tal caso l'utente si presenterà agli uffici dell'Azienda per consentire l'accertamento della sussistenza delle condizioni previste, atte a garantire il diritto al domicilio sanitario;
- nel caso di trasferimento in comune non limitrofo ed appartenente ad altra Azienda, la cancellazione dall'elenco del medico è immediata senza che siano opportunamente avviati gli ulteriori adempimenti.

variazioni temporanee di domicilio:

- Nel caso di trasferimento temporaneo del domicilio, per un periodo non inferiore a tre mesi, in un comune diverso da quello in cui deve essere scelto il medico, chi esercita la patria potestà dell'assistito deve presentarsi allo sportello della ASL con la documentazione attestante il possesso dei requisiti previsti per l'acquisizione del domicilio sanitario (contratto di lavoro, certificazione di frequenza per corsi di studi, certificato per comprovati motivi di salute rilasciato

dallo specialista ASL).

perdita del rapporto di fiducia:

- Nel caso sia venuto meno il rapporto di fiducia nei confronti del proprio medico pediatra è possibile effettuare, negli appositi uffici della azienda sanitaria, la revoca del medico stesso, scegliendo contestualmente un altro medico pediatra di fiducia.
- Nel caso di variazione di scelta a favore di un altro medico facente parte della medesima forma associativa del medico ricusato la scelta non può essere fatta senza che i competenti uffici acquisiscano la accettazione scritta della variazione da parte del medico scelto.

ALLEGATO 15

INDICAZIONI PER LA CARTA DEI SERVIZI DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA

Il rispetto di reciproca fiducia tra pediatra e genitori dell'assistito in età pediatrica, si fonda sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti, e, al fine di garantire ciò, il cittadino deve essere messo a conoscenza delle informazioni in merito alla modalità organizzativa del proprio pediatra.
Ciascun Pediatra dovrà approntare una carta dei servizi specifica della propria modalità organizzativa e distribuirla ai propri assistiti di norma in occasione della prima visita e comunque a disposizione presso lo Studio, relativamente ai seguenti punti:

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

MODELLO 1

PROTOTIPO MODELLO DA ADOTTARE IN CASO DI SOSTITUZIONI MEDICI CONVENZIONATI

SEGNALAZIONE DI ASSENZA VOLONTARIA
(da presentare entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, obbligatoria per assenze superiori a tre giorni)

All'AZIENDA SANITARIA USL____DI _____

Struttura _____

Via/p.zza _____

Cap. _____ Comune _____

Io sottoscritt_ dott. _____ codice regionale _____

Degli specialisti pediatri di libera scelta

iscritt_ nell'elenco nell'ambito territoriale di _____

comunico

che mi assenterò dalla mia attività di medico convenzionato per il periodo presunto dal _____ _____

per motivi[1]: _____, e che in tale attività verrò così

[1] Indicare se l'assenza è dovuta a:
- recupero psicofisico;
- malattia;
- affiancamento sindacale.

sostituito:

dott. _____ codice regionale _____ dal _____ al _____

dott. _____ codice regionale _____ dal _____ al _____

dott. _____ codice regionale _____ dal _____ al _____

Dichiaro che durante la mia assenza verranno rispettate le disposizioni di cui al vigente Accordo Collettivo Nazionale, con particolare riferimento alle norme riguardanti modalità organizzative dell'attività assistenziale.

data timbro e firma del titolare

I dati personali dei sostituti verranno forniti dagli interessati all'atto del rilascio delle rispettive dichiarazioni previste dal vigente Accordo Collettivo Nazionale

MODELLO 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(legge 28 dicembre 2000 n. 445)

Io sottoscritt_ _____ codice fiscale _____

Codice enpam _____ nat_ a _____ il _____

Dovendo assumere un incarico di sostituzione di un medico _____ convenzionato con l'Asl _____ per la pediatria di famiglia consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del vigente codice penale e delle Leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità dichiaro quanto segue:

di essere iscritt__ all'Ordine Provinciale dei Medici di _____

di essere in possesso della cittadinanza: _____

di essere domiciliat__ nel comune di: _____

all'indirizzo di via/p.zza _____ tel. _____

di essere inserit__ nella vigente graduatoria regionale o, comunque, di essere in possesso dei requisiti previsti per l'inserimento

ovvero

di non essere inserit__ nella vigente graduatoria regionale e di non essere in possesso dei requisiti previsti per tale

di avere attualmente in corso un rapporto di lavoro dipendente con scadenza presso:

di intrattenere un rapporto di lavoro quale medico convenzionato per l'attività:

di _____ con l'Azienda _____ con un impegno settimanale: _____ scadenza _____

di _____ con l'Azienda _____ con un impegno settimanale: _____ scadenza _____

di _____ con l'Azienda _____ con un impegno settimanale: _____ scadenza _____

di svolgere attività libero professionale quale _____

di non trovarmi in posizione di incompatibilità con l'attività di assistenza primaria di

_____

Contrassegnare la voce che interessa

dichiaro inoltre:

- di essere consapevole, ed accettare, che assumendo l'incarico di sostituzione di un medico convenzionato per la pediatria di libera scelta assumo direttamente e formalmente le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dai vigenti Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati;

- di impegnarmi ad un legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti nel rispetto della vigente normativa sulla privacy;

- di garantire l'attività assistenziale nei confronti degli iscritti nell'elenco del medico sostituito secondo le modalità organizzati ve, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio del medico sostituito;

- di impegnarmi ad utilizzare il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico sostituito;

- di richiedere che i compensi eventualmente dovuti da parte dell'Azienda Sanitaria, mi vengano corrisposti mediante:

  a) bonifico su Istituto di credito

  Abi Cab Cin c/c numero

  b) _____

_____
(Firma del__ dichiarante)

Note: 1 ora d'impegno settimanale corrisponde a 20 pazienti in carico ad uno specialista Pls e 37,5 pazienti in carico ad un medico di medicina generale

MODELLO 3

AUTORIZZAZIONE ALLA ESECUZIONE BOEL TEST, SCREENING AMBLIOPIA

Il Direttore del Distretto……della Azienda U.S.L……..

- Visto l'A.C.N. della Pediatria di Famiglia del 15/12/2005, art. 58, lett. C, comma 1 e relativo all. B;
- Visto l'accordo Integrativo Regionale per la pediatria di Famiglia della Regione Umbria;
- Vista la istanza del Dr……..

AUTORIZZA

Il Dr…….Pls convenzionato con codesta Azienda USL ad eseguire il Boel Test e lo Screening per l'Ambliopia a tutti i pazienti in carico, nei tempi seguenti: BOEL test entro il 12° mese; 1° screening ambliopia entro il 12° mese; 2° screening ambliopia tra il 24° e il 38° mese.

La presente autorizzazione ha validità annuale a decorrere dalla data del rilascio.

Luogo:…… li……

Il Direttore del Distretto