

PARTE I

ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE E DEGLI ASSESSORI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 novembre 2006, n. 800.

Atto di recepimento dell'Accordo Regionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta, in attuazione dell'A.C.N. reso esecutivo in data 15 dicembre 2005, mediante intesa della conferenza Stato-Regioni.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

PREMESSO che in data 15/12/2005 è stata resa esecutiva la convenzione con i Medici Pediatri di Libera Scelta;

CONSIDERATO che gli obiettivi principali previsti dalla succitata convenzione individuano fra l'altro:

- Garantire su tutto il territorio nazionale da parte del sistema sanitario l'erogazione ai cittadini dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
- Promuovere la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione ed educazione e informazione sanitaria;
- Favorire un'integrazione fra le politiche sanitarie e le politiche sociali a partire dall'assistenza territoriale in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
- Concorrere a realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 nel concetto più ampio della presa in carico dell'utente, definendo compiti, funzioni e relazioni tra le figure convenzionate impegnate;
- Realizzare un riequilibrio fra ospedale e territorio, con conseguente redistribuzione delle risorse, sulla base dell'indicazione delle sedi e del livello più appropriati di erogazione delle prestazioni in ragione dell'efficienza, dell'efficacia, dell'economicità, degli aspetti etici e deontologici e del benessere dei cittadini;
- Favorire lo sviluppo appropriato delle prestazioni erogabili sul territorio, unitamente ad un'adeguata attività di qualificazione e aggiornamento professionale dei pediatri di famiglia che operano sul territorio;

CONSIDERATO inoltre che, per effetto della modifica del Titolo V è stato riconosciuto un più forte ed autonomo ruolo delle Regioni nel Governo e nell'organizzazione dei propri sistemi sanitari, comportando un mutamento delle regole della contrattazione e prevedendo quindi che, a livello regionale siano definiti i sistemi sanitari locali, allo scopo di dare una risposta più appropriata ai bisogni delle persone delle singole realtà locali;

VISTO l'art. 4 dell'A.C.N. 15/12/05 che disciplina la negoziazione regionale e che individua per le intese regionali la definizione di alcuni specifici aspetti fra i quali in particolare:

- a. L'organizzazione della funzione di tutela della popolazione infantile, concorrendo, con le altre componenti professionali, alla realizzazione degli obiettivi del programma distrettuale di attività al fine di garantire la continuità dell'assistenza 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;

- b. La definizione delle modalità per garantire la continuità assistenziale, anche mediante iniziative di associazionismo medico, in collegamento con lo specifico servizio presente a livello territoriale;
- c. La modalità di partecipazione dei pediatri di libera scelta nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e della responsabilità nell'attuazione dei medesimi;

VISTO altresì l'art. 14 del suddetto A.C.N. che, in armonia con quanto definito dal succitato art. 4 individua i contenuti demandati alla negoziazione regionale;

PRESO ATTO che a tal fine le OO.SS. di categoria e la Regione Lazio in applicazione alle disposizioni del citato A.C.N. 15/12/05 hanno elaborato l'Accordo Regionale (allegato al presente provvedimento) che in armonia agli obiettivi nazionali prevede in particolare che:

- E' necessaria una revisione complessiva della rete organizzativo-assistenziale mediante l'incremento della funzione di "presa in carico e di continuità" del Territorio anche nei giorni feriali, evitando alle famiglie, inutili ed a volte inconcludenti spostamenti verso il Pronto Soccorso e le Divisioni di Pediatria;
- E' evidente la necessità di modificare i modelli assistenziali dell'Ospedale e del Territorio, restituendo a ciascuno il proprio ruolo e prevedendo un adeguato trasferimento di risorse al territorio quale strumento di interazione dei bisogni primari di salute;
- E' opportuno individuare le priorità assistenziali nella popolazione pediatrica 0-14 anni, dando privilegio e precedenza assoluti per i neonati;

CONSIDERATO che per l'attuazione dei suddetti obiettivi strategici sono stati individuati quali strumenti:

1. lo sviluppo di una logica di sistema, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, per mettere insieme le professionalità che operano in ambiti diversi nelle varie fasi del processo;
2. la definizione di nuovi modelli per l'organizzazione dell'attività al fine di essere sempre più rispondenti alle esigenze dell'utenza;

CONSIDERATO inoltre che gli obiettivi individuati nell'Accordo Regionale hanno quale elemento propedeutico un ampio percorso formativo quale strumento necessario per promuovere la crescita professionale nell'ambito delle attività di sviluppo e qualificazione delle prestazioni allo scopo di assicurare reali bisogni dei cittadini nella garanzia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza);

RILEVATO che l'Accordo Regionale prevede quali obiettivi prioritari, per una migliore assistenza, i bilanci di salute nonché il libretto sanitario pediatrico quale strumento di raccolta dei principali dati relativi alla salute del bambino da 0 a 14 anni, nonché quale mezzo di comunicazione irrinunciabile tra famiglia, pediatra di famiglia ed altri operatori sanitari;

RILEVATO altresì che l'Accordo Regionale ha previsto quale obiettivo relativo alla continuità dell'assistenza l'istituzione di UU.CC.PP.PP. (Unità di Cure Primarie Pediatriche) quale iniziativa che garantisce una più ampia e capillare apertura degli studi;

PRESO ATTO che allo scopo di assicurare la continuità suddetta con determina del Direttore Regionale n. D1895 del 28/06/2006 a stralcio dell'accordo regionale, è stato approvato dalle OO.SS. di categoria il progetto relativo alle UU.CC.PP.PP., il cui costo rientra nell'allegato accordo;

VISTO l'art. 58 dell'A.C.N. del 15/12/2005, che individua le modalità per il trattamento economico;

RILEVATO che a seguito dell'applicazione di quanto disposto dal suddetto articolo, le risorse del presente accordo ammontano a € 9.366.963,79 (novemilionitrecentosessantaseimilainovecentosessantatre/79) compreso il finanziamento riferito all'attività delle UU.CC.PP.PP.;

PRESO ATTO altresì, che per quanto riguarda la lett. c) dell'art. 58 per le prestazioni aggiuntive, per l'assistenza programmata e per l'assistenza domiciliare integrata le parti hanno convenuto di confermare l'importo sostenuto nell'anno 2005 e pari a € 1.342.694,00 (umilionitrecentoquarantaduemilaseicentonovantaquattro/00);

CONSIDERATO che in data 04/07/06 il Comitato Regionale per la Pediatria di Libera Scelta – ex art. 24 dell'A.C.N. – ha approvato l'Accordo Regionale;

RILEVATO, come già previsto dal precedente Accordo Regionale, giusta deliberazione n. 775/03 che per la formazione è stata stanziata la percentuale dell'1,5% della spesa corrente dell'anno 2006 per la medicina generale a fronte del finanziamento indistinto e pari a € 1.120.152,00 (unmilioneventimilacentocinquantaquattro/00);

PRESO ATTO che in data 23/10/2006 le OO.SS. e l'Assessore alla Sanità hanno sottoscritto l'Accordo Regionale che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

RITENUTO per quanto sopra detto, di recepire il suddetto Accordo allo scopo di dare piena e totale applicazione al medesimo;

RITENUTO che il presente Accordo comporta una spesa complessiva di € 9.116.417,00 (novemilionicentosedicimilaquattrocentodieciassette/00) che graverà sul cap. H11550 del bilancio regionale anno 2006, che presenta sufficiente disponibilità;

RILEVATO che il presente provvedimento non è soggetto a concertazione con le parti sociali;

all'unanimità

DELIBERA

per i motivi di cui in premessa, che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di recepire l'Accordo Regionale per la disciplina dei rapporti dei Pediatri di Libera Scelta, che allegato alla presente deliberazione ne costituisce parte integrante, sottoscritto secondo le disposizioni contenute nell'A.C.N. del 15/12/2005 in data 23/10/2006 (Allegato 1°);
- di precisare che la somma di € 9.116.417,00 (novemilionicentosedicimilaquattrocentodieciassette/00) per la realizzazione degli obiettivi dell'allegato Accordo Regionale, graverà sul cap. H11550 del bilancio regionale anno 2006;

- di precisare, altresì, che il costo relativo alle UU.CC.PP.PP. rientra nella somma di cui sopra e pertanto non vi è alcun aggravio di spesa per la Regione Lazio;
- di precisare che per quanto riguarda le prestazioni previsti alla lett. c) dell'art. 58 dell'A.C.N. 15/12/2005, si conferma l'importo sostenuto nell'anno 2005 e pari a € 1.342.694,00 (umilionetrecentoquarantaduemilaseicentonovantaquattro/00);
- di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.



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

In data 23/10/2006 alle ore 17,30, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Accordo Collettivo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta ai sensi dell'art. 8 del D. Leg.vo n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

La **REGIONE LAZIO** nella persona dell'Assessore alla Sanità
On. Augusto Battaglia

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMP Palma

CIPE De Novellis

ALLEGATO 1°

*REGIONE LAZIO
ASSESSORATO ALLA SANITA'*

*ACCORDO REGIONALE
IN ATTUAZIONE DELL'ACN RESO ESECUTIVO IN DATA 15
DICEMBRE 2005, MEDIANTE INTESA NELLA CONFERENZA
STATO – REGIONI, PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON
I MEDICI PEDIATRI DI FAMIGLIA - PERIODO 2001/2005.*

PREMESSA

1. Il presente Accordo collettivo regionale è strumento indispensabile per il recupero dei principi stabiliti dalla Legge n. 833/78 istitutiva del S.S.N.. Esso è diretto al perseguimento delle finalità fondamentali già disposte all'articolo 48 della richiamata Legge n. 833/78 e ribaditi dall'articolo 8, comma 1, del D.leg.vo 502/92 come successivamente integrato e modificato, oltretutto a realizzare:

- La valorizzazione delle funzioni del medico pediatra di famiglia da correlare alle esigenze delle singole aziende al fine di migliorare la qualità dei servizi e delle prestazioni;
- La armonizzazione delle regole e delle tutele riguardanti il lavoro ad evidenza pubblica del pediatra di famiglia, in attuazione dei principi generali contenuti nella riforma sanitaria resa esecutiva con Decreto leg.vo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, rivedendo, nelle materie non riservate alla legge, la normativa pregressa di origine contrattuale;

2. le parti, pur dandosi atto che il presente accordo non può avere il compito di introdurre sistemi di gestione, né dettare norme di organizzazione che rientrano nella sfera di autonoma determinazione di soggetti terzi al processo negoziale (in particolare della Regione e delle Aziende USL), convengono che esso è strumento idoneo a favorire, con gli istituti dell'organizzazione del lavoro e della retribuzione flessibile, il processo di rinnovamento in corso creato, per quanto di interesse, dalla modifica del Titolo V della Costituzione e dalle nuove regole sul federalismo sanitario.

4. la piena realizzazione del processo devolutivo in atto e la completa utilizzazione degli istituti contrattuali richiedono comunque una rapida e complessiva attivazione, da parte della Regione e delle Aziende sanitarie, di quegli strumenti gestionali e organizzativi previsti dal SSR.

5. per l'attuazione del presente Accordo le parti annettono grande importanza strategica a quegli interventi attinenti all'organizzazione distrettuale che, pur non potendo formare oggetto di contrattazione, risultano tuttavia propedeutici per la totale realizzazione giuridico-economica dell'accordo. Anche tenuto conto che, Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, approvato con D.P.R. il 23 maggio 2003, nel testo risultante dall'atto di intesa in sede di Conferenza Unificata Stato - Regioni - Città ed autonomie locali il 15 Aprile 2003, dopo 25 anni dall'entrata in vigore della Legge 833, pone il problema di un ripensamento della organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, individuando il territorio quale punto di forza per la organizzazione della risposta sanitaria e della integrazione socio sanitaria e per il governo dei percorsi assistenziali, a garanzia dei livelli essenziali e della appropriatezza delle prestazioni. In questo quadro, sono ritenuti essenziali, per il processo di aziendalizzazione del S.S.N., e di realizzazione della posizione funzionale del pediatra di famiglia, i seguenti adempimenti organizzativi:

Gli obiettivi convenzionali e della metodologia budgetaria, oltre che della programmazione delle attività di pediatria di famiglia, saranno oggetto di valutazione secondo le modalità individuati negli Accordi Nazionali, Regionali e Aziendali.

ALCUNI ELEMENTI DI CONTESTO

Dal 1996 i Piani Sanitari Nazionali (PSN), come il vigente Progetto Obiettivo Materno Infantile 1998-2000, sottolineano con estrema chiarezza la trasformazione delle esigenze di assistenza pediatrica dell'infanzia.

Il vigente PSN 2005-2008 ribadisce alcune anomalie del sistema di cure ed evidenzia anche nel Lazio un eccesso irrazionale di ricoveri pediatrici e accessi al Pronto Soccorso con marcate caratteristiche di inappropriata, seppur in misura minore rispetto alle medie nazionali.

Sempre secondo il PSN vigente, le cause sono da ricercarsi in una marcata ipertrofia delle U.O. di Pediatria e, parallelamente, anche in una significativa discontinuità delle Cure Primarie sul Territorio.

È evidente allora, nonostante i positivi risultati di salute conseguiti, la necessità di modificare i modelli assistenziali dell'Ospedale e del Territorio, restituendo a ciascuno il proprio ruolo e prevedendo un adeguato trasferimento di risorse al territorio quale strumento di intercettazione dei bisogni primari di salute.

RISORSE

Le variazioni del quadro dei bisogni assistenziali impone una più efficace opera di educazione sanitaria quale strumento diretto al corretto utilizzo nonché all'ottimizzazione delle risorse disponibili.

OBIETTIVI STRATEGICI

È necessaria una revisione complessiva della rete organizzativo-assistenziale: ad esempio, è essenziale incrementare la funzione di "presa in carico e di continuità" del Territorio anche nei giorni feriali, evitando alle famiglie inutili e a volte inconcludenti spostamenti verso il Pronto Soccorso e le Divisioni di Pediatria. Simili comportamenti, oltre ad ostacolare l'assistenza alle urgenze vere cui sarebbe preposto l'Ospedale, contribuiscono ad incrementare i tassi di ospedalizzazione impropria.

In quest'ottica la Regione Lazio ritiene che l'incentivazione dell'associazionismo tra i Pediatri di famiglia rappresenta una reale premessa per il miglioramento della qualità delle cure; infatti la Pediatria di gruppo o/e la Pediatria in associazione, se realizzate in stretta integrazione con un assetto del Distretto Socio Sanitario consono al bisogno, rendono possibile sia l'aumento temporale dell'assistenza (continuità), sia l'incremento del self-help ambulatoriale (migliori diagnosi e cure con maggiore appropriatezza). In questo modello di ricerca della stabilizzazione della presa in carico e della continuità può trovare spazio la promozione di servizi stanziali e diurni per la continuità assistenziale festiva e prefestiva.

D'altronde anche nella dimensione territoriale, recentemente risulta difficoltoso andare a coprire, in tempi relativamente brevi, le zone carenti ordinarie e straordinarie che si vengono a creare, stante l'aumento di domanda di cure primarie pediatriche; chi ne subisce principalmente le conseguenze di tale situazioni, cioè i nuovi nati, sono proprio i soggetti che più di altri giustificano la inderogabile necessità di una rete territoriale dei Pediatri. E tutto ciò deve potersi tradurre, a livello aziendale, nell'opportunità di individuare priorità assistenziali nella popolazione pediatrica 0-14, dando privilegio e precedenza assoluti per i neonati.

Il presente accordo, in armonia con quanto previsto dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti tra Pediatra di Famiglia e S.S.N., prevede l'introduzione delle Unità di Cure Primarie Pediatriche (UCPP) con le modalità previste dallo specifico allegato tecnico.

Infine l'assistenza pediatrica non può essere ripensata con una visione separata tra il Territorio e l'Ospedale, ma necessita soprattutto della messa a punto di modelli di integrazione funzionale tra il Primo e il Secondo Livello, obiettivo riconosciuto unanimemente come strategico.

DISPOSIZIONI GENERALI

Livelli di contrattazione

Il quadro normativo di riferimento definisce tre livelli di contrattazione:

- Nazionale (accordi collettivi nazionali, art. 3);
- Regionale (accordi regionali, art. 4).
- Aziendale (accordi aziendali, art. 2)

L'applicazione a livello aziendale avviene in base al presente Accordo che individua gli obiettivi e gli strumenti per una ottimale articolazione territoriale della Pediatria di Libera Scelta in conformità agli indirizzi della programmazione socio-sanitaria regionale. Si demanda agli accordi aziendali la definizione delle azioni più appropriate sulla scorta delle realtà locali.

Atti amministrativi di riferimento

Costituiscono parte integrante ed essenziale del presente Accordo regionale i seguenti provvedimenti della Giunta regionale:

(inserire eventuali D.G.R. di riferimento, utili per la continuità degli accordi)

Aggiornamento delle disposizioni dell'Accordo

Considerato che le disposizioni del presente documento si inseriscono nell'attività regionale di programmazione socio-sanitaria in continua evoluzione e che, pertanto, è necessario prevedere le modalità per adeguare l'Accordo regionale ad eventuali cambiamenti del SSR, si assegna tale compito al Comitato regionale per la Pediatria di famiglia, attraverso l'adozione dei relativi pareri sulle materie di propria competenza, previa concertazione con le OO.SS. di categoria.

Decorrenza economica dell'Accordo

Il presente Accordo regionale decorre dalla data di recepimento dello stesso, da parte della Giunta Regionale, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti.

Durata dell'Accordo

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

TESTO DELL'ACCORDO REGIONALE PER LA PEDIATRIA DI FAMIGLIA.

Il presente Accordo Regionale, stipulato ai sensi dell'art. 14 (contenuti demandati alla negoziazione regionale) con le OO.SS. di categoria, regola oltre agli specifici richiami gli articoli indicati nello stesso art. 14.

L'Accordo Regionale, nella stesura, fa riferimento agli articoli e agli allegati dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, sottoscritto dalle parti il 15/12/2005.

Art. 15 – Graduatoria Regionale

- *Comma 5:*

si chiarisce che il pediatra che ha presentato domanda di inserimento in graduatoria, per rimanere nella stessa l'anno successivo deve presentare il certificato o l'autodichiarazione di iscrizione all'Ordine dei Medici.

Art. 17 – Incompatibilità

- *Comma 1:*

Lettera C

- è incompatibile lo svolgimento di attività specialistica ambulatoriale nella branca di pediatria, salvo i rapporti in atto, fino alla naturale scadenza.

Lettera E

- incompatibile svolgere funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta.

Lettera G

- è incompatibile operare a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimento o istituzioni private convenzionate.

Art. 18 – Sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale

- *Comma 3:*

Lettera E

- eventuali deroghe sono demandate al parere del Comitato Regionale di cui all'art. 24.

- *Comma 6:*

Il periodo non superiore a trenta giorni lavorativi nell'arco di un anno che il pediatra può richiedere per il ristoro psico-fisico rientra tra i casi di sospensione dell'attività disciplinate dall'art. 18. rimane ferma la facoltà del pediatra di farsi sostituire per motivi personali per un periodo non superiore a 6

mesi nell'anno con le modalità stabilite all'art. 36.

Art. 20 – Formazione continua

La cifra complessiva destinata alla formazione, deve essere pari all'1,5% dello stanziamento regionale per la pediatria di famiglia, per il periodo 2006-2008 (incrementato del 5% annuo per coprire il recupero inflativo).

L'85% di tale fondo è finalizzato alla stipula di specifica convenzione triennale da perfezionare entro 60 giorni dall'approvazione del presente accordo, su proposta delle OO.SS. di categoria, sentito obbligatoriamente il Comitato Regionale per la Pediatria, tra Regione Lazio ed Enti Pubblici di Ricerca e formazione nazionale, con specifico riferimento alla formazione ECM in pediatria.

Il rimanente 15% è utilizzabile dalle ASL per specifici corsi di formazione di interesse aziendale.

- Comma 14:

Quanto previsto è demandato al Comitato Regionale di cui all'art. 24.

Art. 21 – Diritti sindacali

- *Comma 1:*

Ai componenti di parte medica convenzionati per la pediatria presenti nei comitati e commissioni previsti dall' Accordo Nazionale e degli Accordi Regionali, aziendali e distrettuali nonché all'Osservatorio è corrisposto , per ciascuna seduta, un rimborso forfetario onnicomprensivo di € 120.00 lordi, oltre le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della pubblica amministrazione. Tale onere è a carico dell'Azienda di iscrizione del pediatra partecipante.

In particolare hanno diritto, nella misura sopraindicata i pediatri che partecipano a :

- Comitati regionali di cui all'art. 24
- Comitati aziendali di cui all'art. 23
- Gruppi di lavoro regionali deliberati dalla Regione.
- Uffici di coordinamento dell'attività distrettuale
- Gruppi di lavoro aziendali o distrettuali deliberati dalle Aziende U.S.L.
- Commissione per l'Appropriatezza delle cure dell'uso delle risorse previsti all'art. 27
- Tutte le altre commissioni, gruppi di lavoro o tavoli tecnici deliberati dalla Giunta Regionale o dall'Assessorato alla Sanità e necessari all'attuazione di quanto previsto dal presente accordo e dall'A.C.N.

I rimborsi sono riconosciuti al medico nei tempi e con le modalità previste dall'A.C.N. e saranno corrisposti con voce specifica tra gli emolumenti mensili.

Al fine della corresponsione del rimborso di cui ai precedenti commi, il medico presenta alla Azienda U.S.L. di appartenenza la certificazione attestante la presenza alla seduta.

Art. 23 – Comitato Aziendale

Il Comitato Aziendale per la parte medica deve essere composto da:

- 2 membri del sindacato con maggiori iscritti nella Azienda U.S.L.
- 1 membro del sindacato minoritario

possibilità di nominare un sostituto per ciascun componente con semplice atto di notifica alla Azienda U.S.L. territorialmente competente

Per la parte pubblica nominati dal Direttore Generale:

- un referente ed altri
- il segretario del Comitato

- *Comma 3:*

tra i pareri inserire: individuazione delle zone carenti straordinarie.

- *Comma 4:*

inserire oltre il parere obbligatorio anche collegiale.

- *Comma 5:*

oltre a quanto previsto “il Comitato si deve esprimere su tutte le problematiche che rientrano nelle attività e competenze del pediatra di famiglia. Detti pareri si intendono obbligatori e collegiali”.

Funzionamento:

Il Comitato si riunisce almeno ogni 2 mesi salvo richiesta motivata da parte aziendale o sindacale. Il verbale delle riunioni del Comitato deve essere inviato ai componenti entro i successivi 30 giorni dalla seduta.

Art. 24 – Comitato Regionale

Il Comitato Regionale per la parte medica è composto da:

- 4 rappresentanti della F.I.M.P.
- 2 rappresentanti della C.I.P.E.

possibilità di nominare 1 sostituto per ciascun componente.

I membri del Comitato per la parte pubblica sono nominati dall'Assessore alla Sanità individuando un referente, più altri componenti ed il segretario.

- *Comma 4:*

tra i compiti aggiungere “esprime parere obbligatorio per la pubblicazione di zone carenti ordinarie e straordinarie.

- *Comma 5:*

inserire “inoltre il Comitato si deve esprimere in tutte le problematiche che rientrano nelle attività e competenze del pediatra di famiglia. Detti pareri si intendono obbligatori e collegiali”.

- *Comma 7:*

inserire “con semplice atto di notifica alla Regione”.

Funzionamento:

il comitato si riunisce almeno ogni 2 mesi salvo richiesta motivata da parte pubblica o sindacale. Il verbale delle riunioni del Comitato deve essere inviato ai componenti entro 30 giorni successivi dalla seduta.

Art. 25 – Programmazione e monitoraggio delle attività

Con successivo accordo si provvederà a definire, sentite le OO.SS. di categoria, tempi e modalità di attuazione dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali ed il Programma delle attività Territoriali, compreso le funzioni della pediatria di famiglia.

- Comma 4:

Le parti concordano di stabilire che i rappresentanti dei pediatri di libera scelta anziché essere eletti sono nominati, nella misura di 1 per sigla sindacale, dalle segreterie regionali delle OO.SS. di categoria.

Art. 26 – Equipes territoriali ed UTAP

- Comma 1:

si concorda e si dispone attraverso il presente Accordo Regionale e gli accordi di livello aziendale che le forme di integrazione professionale, dei singoli pediatri, si realizzano anche attraverso lo strumento delle équipes territoriali.

- Comma 2:

in coerenza con il dettato di cui al comma 2 del medesimo articolo 26 dell'ACN, si dispone che, in via sperimentale e con adesione volontaria dei pediatri di famiglia, la costituzione di forme associative ad alta complessività avverrà attraverso la predisposizione di appositi protocolli operativi condivisi.

Art. 27 - Appropriatelyzza delle cure e dell'uso delle risorse

- Comma 5:

la D.G.R. n. 1156/02 ha previsto l'istituzione, in ogni Distretto, delle Commissioni per l'appropriatelyzza, presiedute dal Direttore di Distretto, con la partecipazione dei P.L.S., dei rappresentanti medici delle strutture ospedaliere, degli specialisti ambulatoriali e dei farmacisti aziendali. Si tratta di un organismo multidisciplinare e multiprofessionale, di natura distrettuale, finalizzato a leggere e interpretare le dinamiche dell'utilizzo delle prestazioni sanitarie da parte dei residenti nel territorio di riferimento e a promuovere iniziative di sensibilizzazione, formazione, indirizzo e supporto per il conseguimento di comportamenti appropriati di natura clinica ed organizzativa, con particolare riferimento all'ambito prescrittivo.

Le commissioni:

- effettuano il monitoraggio dell'utilizzo degli strumenti adottati a livello aziendale per il perseguimento dell'appropriatelyzza assistenziale;
- individuano criticità relative a specifiche tematiche o ambiti assistenziali inviando all'Osservatorio le relative segnalazioni;

- analizzano, sulla base delle indicazioni fornite dall'Osservatorio per l'appropriatezza, i dati che la Regione invia periodicamente al Servizio farmaceutico aziendale;
- promuovono iniziative di confronto tra i professionisti sulla base della lettura locale dei dati, dei programmi regionali/aziendali, di specifiche criticità;
- collaborano alle iniziative regionali/aziendali in materia di appropriatezza, costituendo organismo di supporto e riferimento costante per i professionisti a livello distrettuale;
- propongono alle Direzioni Generali delle Aziende competenti l'adozione di provvedimenti nei confronti dei singoli prescrittori, riguardo all'inosservanza di direttive in tema di appropriatezza e verificano i provvedimenti adottati.

Le Commissioni si collegano in maniera formale con i servizi aziendali che si occupano di qualità, formazione, assistenza farmaceutica e quanto ulteriormente identificato a livello regionale e aziendale per la promozione di iniziative volte al miglioramento dell'appropriatezza.

Dette commissioni si riuniscono, di norma, mensilmente per undici mesi l'anno. Eventuali situazioni di inattività di Commissioni Locali, devono essere segnalate all'Osservatorio; il Direttore del Distretto si impegna a rendicontare periodicamente all'Osservatorio le attività svolte dalla Commissione che presiede, sulla base della tempistica e delle modalità suggerite dall'Osservatorio stesso. E' facoltà delle OO.SS. di categoria sostituire i propri rappresentanti in seno alla commissione distrettuale per l'appropriatezza.

Art. 29 – Funzioni del pediatra di famiglia

- *Comma 5:*

inserire "con la partecipazione delle OO.SS. di categoria, negli accordi aziendali, verificando il raggiungimento di risultato ogni anno entro il mese di marzo".

- *Comma 6:*

le specifiche attività di tutela dei soggetti fragili dal punto di vista socio-sanitario, ivi compresi gli extracomunitari in attesa di regolarizzazione, sono demandate alle singole ASL.

Art. 31 – Esercizio del diritto di sciopero, prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione

Durante le azioni di sciopero i medici che garantiscono le prestazioni indispensabili ai sensi della legge n. 146/1990, art. 2, comma 2, ivi comprese le visite domiciliari e l'assistenza programmata ai malati terminali spettano i compensi previsti all'art. 56 (visite occasionali) dell'A.C.N.. Detti compensi dovranno essere erogati dalle Aziende U.S.L. competenti dietro presentazione, da parte del medico, di una distinta delle prestazioni contenente i dati anagrafici dell'assistito, indicazione se trattasi di visita ambulatoriale o domiciliare ed a margine la firma del genitore del minore per prestazione avvenuta.

Tali prestazioni possono essere regolamentate a livello aziendale secondo differenti modalità di esecuzione in base alla organizzazione delle funzioni di pediatria di famiglia adottate nell'Azienda U.S.L. (es.: ambulatori prefestivi, associazioni e gruppi).

Art. 32 – Rapporto ottimale

- *Comma 8:*

il calcolo del rapporto ottimale è stabilito con l'iscrizione negli elenchi di un pediatra per ogni 600 residenti, o frazione superiore a 300, di età compresa tra 0 e 6 anni risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

Zone carenti straordinarie

Le Aziende U.S.L., sentito il parere del Comitato d'Azienda d'intesa con il comitato regionale, può richiedere la pubblicazione di zone carenti straordinarie quando l'ordinario R.O. previsto all'art. 32 dell'Accordo e le modifiche apportate con la norma transitoria n. 1 dell'Accordo Regionale non evidenzia carenze ma di fatto persiste una carenza di assistenza pediatrica.

La carenza di assistenza pediatrica è determinata sia dal fatto che tutti i pediatri convenzionati in quel medesimo distretto abbiano scelte pari o superiore al massimale individuale sia da particolari situazioni orografiche, di viabilità e di distanza dall'ambulatorio del pediatra convenzionato che può acquisire scelte. Fermo restando che il cittadino può scegliere un pediatra nell'ambito del distretto di scelta, si può definire carente una zona, il cui pediatra disponibile ha lo studio ad una distanza superiore a 20 km di raggio.

Comunque per garantire la libera scelta dell'assistito si demanda alla Azienda U.S.L., sentito ed in accordo il parere del Comitato Aziendale di cui all'art. 23, la valutazione complessiva per l'inserimento di un nuovo pediatra in convenzione.

Nelle Aziende U.S.L. del Comune di Roma il riferimento è il distretto, distretti limitrofi della stessa Azienda U.S.L. o distretti limitrofi di altra Azienda U.S.L. romana, tenuto conto della viabilità e dei mezzi di collegamento tra l'abitazione del cittadino e l'ambulatorio del pediatra che può acquisire scelte.

L'Azienda U.S.L. , nel segnalare la carenza, deve indicare il comune o la frazione dove il neo inserito obbligatoriamente deve garantire l'assistenza ambulatoriale. Tale pubblicazione potrà avvenire anche in periodi diversi da quelli previsti dall'art. 33 dell'Accordo Nazionale. L'indicazione dell'obbligo costituisce vincolo che si protrae fino alla pubblicazione di zone carenti ordinarie nello stesso distretto, a richiesta del pediatra interessato l'azienda, nel comunicare l'ambito territoriale carente, indica la zona stessa agli effetti dell'apertura dello studio medico a carico del neo-inserito.

Art. 34 – Instaurazione del rapporto convenzionale

- *Comma 11:*

l'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo di ambulatorio pubblico, sono determinate dalla ASL di competenza.

Art. 35 – Requisiti e apertura degli studi

- *Comma 5:*

aggiungere”15 ore settimanali da 501 a 880 assistiti” – “18 ore settimanali superiore a 880 assistiti”.

- *Comma 7:*

oltre agli orari e l'indicazione della convenzione può essere indicata la specializzazione o il tipo di specializzazione in possesso del sanitario.

- *Comma 9:*

la contattabilità del medico al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio è dalle ore 8 alle ore 10.

Art. 36 – Sostituzioni

- *Comma 2-3:*

ad integrazione di quanto previsto si precisa che il P.L.S. può essere sostituito per un periodo inferiore a 30 giorni da:

- Un pediatra non convenzionato che non si trova in situazioni di incompatibilità prevista dall'art. 17 ad eccezione del caso di un medico collocato in quiescenza e specialisti pediatri che svolgono attività per le ASL.
- Da un medico anche non specializzato in pediatria.
- Da un medico iscritto a scuole di specializzazioni universitarie.
- Da un pediatra convenzionato.

E' incompatibile la sostituzione superiore a 30 gg. effettuata da un pediatra convenzionato quando la somma degli assistiti in carico al medico sostituto e di quelli al medico sostituito supera il massimale di scelte attribuito al medico che effettua la sostituzione.

- *Comma 4:*

ai fini della compilazione della ricetta, in relazione alla normativa vigente, che prevede la titolarità del ricettario regionale, da parte del soggetto prescrittore, il sostituto, dovrà apporre la propria firma con proprio timbro, sul ricettario del medico sostituito.

- *Comma 12-13*

per sostituzioni superiori a 30 gg. dal 31° giorno per i medici sprovvisti di specializzazioni in pediatria o discipline equipollenti, i compensi vengono corrisposti direttamente al sostituto che effettua la sostituzione nella misura prevista dal vigente accordo per l'assistenza primaria.

Art. 37 – Incarichi provvisori

- *Comma 5:*

l'incarico provvisorio può essere conferito solo quando l'ambito territoriale è stato dichiarato dal comitato di Azienda U.S.L. carente di assistenza pediatrica o rientra nelle zone carenti straordinarie.

Art. 38 – Massimale di scelte e sue limitazioni

- *Comma 2:*

al fine di incentivare la pediatria di gruppo, a richiesta degli stessi, il massimale dei pediatri di cui al comma 1 operanti in detta forma associativa, può essere derogato a 900 assistiti oltre a quello previsto ai commi 8-9 e 13 dello stesso articolo, fino ad un massimo di 1000, escluso il tetto per i cittadini extracomunitari, individuato nel presente accordo regionale.

- *Comma 3:*

eventuali deroghe al massimale possono essere autorizzate dalla Regione, su proposta dell'Azienda sentito il Comitato Aziendale ed i pediatri interessati per un tempo determinato e comunque fino all'inserimento di un nuovo pediatra in convenzione nell'ambito carente.

si chiarisce che:

- La deroga al massimale individuale, entro il 10% del massimale di 800 unità, è a favore dei nuovi nati che non hanno effettuato la prima scelta entro 90 giorni dalla nascita e dai bambini adottati di qualsiasi età e nazionalità.
- I cittadini extracomunitari con scelta a tempo determinato e gli assistiti ultraquattordicenni e fino al compimento di età del sedicesimo anno affetti da patologie croniche, non concorrono alla determinazione del massimale individuale. Per i cittadini extracomunitari viene fissato il tetto non superiore a 100 unità.
- Gli assistiti in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il medico abbia già in cura altri soggetti in età pediatrica, possono effettuare la scelta a favore dello stesso professionista anche in deroga alle 880 unità.

Le deroghe al massimale previste dal presente articolo non sono applicabili ai pediatri che autolimitano il proprio massimale individuale comprese quelle previste ai commi 8-9-10-13 dell'art. 38.

- *Comma 8:*

si precisa che la ASL deve provvedere al rinnovo automatico dell'iscrizione al S.S.N. dei bambini extracomunitari per un periodo la cui durata sarà stabilita dalla stessa Azienda U.S.L. sulla base dei tempi di espletamento delle pratiche da parte della Questura di riferimento (o altro soggetto pubblico). Una volta conseguito il nuovo permesso di soggiorno l'interessato dovrà ripresentarsi al distretto della Azienda U.S.L. competente per rinnovare l'iscrizione al S.S.N. con una durata corrispondente alla validità del permesso stesso.

In caso di mancata presentazione alla Azienda U.S.L. nei citati tempi stabiliti la stessa provvederà alla cancellazione d'ufficio e con la stessa data cesserà il pagamento dei compensi al medico scelto.

Art. 39 – Scelta del pediatra

- *Comma 7-8:*

regolamentati all'art. 38 comma 8

Art. 40 – Revoca e riconsiliazione della scelta

Il libretto sanitario pediatrico è lo strumento idoneo per la continuità dell'assistenza tra pediatra revocato e pediatra scelto.

Art. 41 – Revoca d'ufficio

- *Comma 1-2:*

si chiarisce che è da intendere per ogni sospensione temporanea.

- Comma 7:

le scelte conseguenti ai cambiamenti di residenza devono avvenire esclusivamente tra i pediatri iscritti nel distretto della nuova residenza del cittadino salvo quanto previsto al comma 6 dell'art. 32 e al comma 9 dell'art. 39.

- Comma 10:

il prolungamento dell'assistenza pediatrica fino al 16° anno di età, può essere autorizzato in presenza di disagio psico-sociale e di patologie croniche indicate all'art. 2 dell'allegato E/bis dell'Accordo Nazionale, salvo diversa indicazione del Comitato Regionale di cui all'art. 24.

La validità dell'assistenza pediatrica (14 anni) deve essere indicato sul libretto di scelta. L'assistito può esercitare la facoltà del prolungamento della scelta fino al 16° anno, nei casi previsti, entro 3 mesi successivi al compimento del 14° anno di età, nel caso di autorizzazione del prolungamento dell'assistenza entro il 16° anno, il corrispettivo compenso economico decorre dal giorno successivo al 14° anno.

Art. 45 – Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza

In applicazione a quanto disposto all'art. 58 dell'Accordo Nazionale, le risorse per la realizzazione di quanto previsto nel presente Accordo, ammontano a € 9.366.963,79 (novemilionitrecentosessantaseimilanovecentosessantatre/79) di cui € 1.342.694,00 (unmilionitrecentoquarantaduemilaseicentonovantaquattro/00) per quanto concerne la quota C).

Lo schema relativo alla distribuzione del fondo di cui all'art. 58 lettera A e lettera B è allegato al presente Accordo Regionale quale parte integrante e sostanziale del medesimo.

Le Aziende dovranno, entro 90 gg. dalla pubblicazione sul B.U.R. Lazio del presente Accordo, provvedere alla creazione del fondo "Ponderazione quota capitaria" previsto all'art. 58 dell'A.C.N. lettera A) comma 4.

Art. 46 – Visite ambulatoriali e domiciliari

- Comma 4:

il contenuto dell'art. 46 deve essere reso noto agli assistiti nel libretto pediatrico.

- Comma 7:

inserire "con possibilità di anticipare l'orario di apertura dello studio dalle ore 8,00 alle ore 10,00. Il pediatra è tenuto ad informare gli assistiti della citata variazione.

Art. 47 – Consulto con lo specialista

Art. 48 – Rapporti tra il pediatra e lo specialista

Art. 50 – Rapporti di indagine specialistiche, proposte di ricovero o di cure termali

PROTOCOLLO

I rapporti tra specialista e P.L.S. devono essere fondati sul reciproco rispetto, nella osservanza piena della deontologia medica e delle leggi in vigore, e sulla salvaguardia del diritto del paziente alla semplificazione delle procedure per la propria assistenza.

Il P.L.S. è responsabile e garante dell'assistenza di base dei propri assistiti e coordina tutti gli interventi specialistici che vengono praticati sul paziente che a lui si è affidato.

La richiesta di visita o indagini specialistiche, nel rispetto della legge sulla tutela privacy, è corredata della diagnosi o del sospetto diagnostico: ove ne riscontri la opportunità, il P.L.S. potrà illustrare il quesito clinico allo specialista tramite colloquio personale o telefonico o lettera di accompagnamento, al fine di condividerne le più appropriate opzioni e modalità assistenziali.

L'accesso alla consulenza specialistica avviene previa richiesta del medico curante, salvo i casi rientranti nell'accesso diretto e previsti nell'ACN, Art. 50 Comma 6.

Nel caso lo specialista ritenga necessaria l'esecuzione di ulteriori accertamenti utilizzerà per la prescrizione degli stessi, il ricettario del S.S.R. in sua disponibilità, al fine di semplificare le necessarie prenotazioni da parte dell'assistito.

Anche nel caso di accessi diretti, lo specialista prescrive direttamente sul ricettario Regionale in sua disponibilità, nei limiti della Legge vigente (art. 50, legge 326/03), e sempre facendo salva la completa informazione del medico curante.

Al termine della consulenza (presa visione, senza altra richiesta del curante, di eventuali indagini o ulteriori consulenze richieste), lo specialista formula la diagnosi, l'indicazione terapeutica e l'eventuale programma di monitoraggio nel rispetto dell'art. 50 della Legge 326/03. L'eventuale modifica della terapia, se precedentemente instaurata dal curante, dovrà essere motivata (possibilmente secondo i criteri del EBM), conforme alla scheda tecnica del farmaco e coerente alle norme in materia di concedibilità da parte del S.S.N., dando corretta informativa in merito al paziente.

La relazione del consulente specialista deve essere leggibile e deve obbligatoriamente riportare: data, dati anagrafici del paziente, intestazione dell'ente e dell'unità operativa, diagnosi o sospetto diagnostico, timbro per l'identificazione dello specialista, firma: non sono previsti moduli bianchi o timbri apposti su ricette del SSR che prevedano la selezione dei singoli esami prestampati mediante biffatura o altra evidenziazione.

In caso di ricovero in ambiente ospedaliero la relazione di dimissione del paziente dalla struttura pubblica, indirizzata al P.L.S. dovrà contenere diagnosi, evidenze laboratoristico – strumentali significative, andamento clinico, terapia praticata e consigliata, monitoraggio programmato; è previsto l'accesso diretto per i pazienti per i quali, ai fini della definizione della diagnosi e per necessità terapeutiche, siano programmati successivi controlli o interventi motivati, secondo i tempi e i modi stabiliti dalla normativa vigente.

In sede di predisposizione di accordo aziendale, l'Azienda prevede la definizione di progetti relativi alla dimissione programmata ed assistita.

Una volta dimesso dalla struttura ospedaliera, il paziente torna in carico al P.L.S. questi segue personalmente il proprio assistito sulla base di quanto consigliato, salvo ricorrere all'ospedale in caso di terapie eseguibili in via esclusiva in tale ambito, programmando eventuali interventi eseguibili in altri contesti assistenziali territoriali: In caso di dimissione da reparti ospedalieri sarà cura del Direttore Sanitario vigilare sulla corretta applicazione di quanto previsto dalla D.G.R. 34/02.

La scelta del ricovero in regime di Day Hospital non è compito del P.L.S., ma deve essere indicata dalla struttura accettante che prende in carico l'assistito.

Deve essere garantita la possibilità che il P.L.S. possa accedere agli ambienti di ricovero nelle fasi di accettazione, degenza e dimissione.

I Direttori Generali delle Aziende U.S.L. e delle Aziende Ospedaliere provvedono a diffondere le disposizioni che regolano i rapporti tra medici di P.L.S. e medici specialisti, relativamente alle procedure di accesso a prestazioni sanitarie a carattere diagnostico – terapeutico – riabilitativo e alle relative modalità di prescrizione, vigilando sulla loro corretta applicazione, anche attraverso la più capillare diffusione degli strumenti già elaborati dall'Osservatorio per l'Appropriatezza.

Eventuali anomalie riscontrate sono comunicate alla Commissione distrettuali per l'appropriatezza competente per territorio, che propone alla Direzione Generale l'adozione delle misure di competenza. Per quanto sopra non previsto fanno testo l'A.C.N. e il Codice Deontologico.

Art. 49 – Assistenza farmaceutica e modulario

Assume particolare importanza la responsabilizzazione di tutti i medici operanti direttamente o per conto del S.S.R. alla puntuale adesione agli obblighi prescritti posti a loro carico, anche ai fini del rispetto dei livelli di spesa programmati.

- l'indirizzo sarà riportato solo nei casi previsti dalla legge;
- nessuna sanzione verrà imposta ai medici prescrittori per imperfezioni formali (centratura caselle) salvo la dovuta segnalazione nel caso di reiterata imprecisione nella compilazione corretta delle ricette;
- ai sensi dell'art. 50 legge 326/2003 la compilazione informatica della ricetta non richiede il timbro che riporta il cognome e nome del medico e la sua funzione (M.G., P.L.S. o specialista);
- Nelle more di quanto previsto dall'A.C.N. che prevede i tempi dell'obbligo per ciascun medico di utilizzare modalità informatiche di compilazione della ricetta, i medici si impegnano, nel caso di compilazione manuale, ad una corretta grafia e ad una chiarezza nella definizione delle procedure o dei farmaci richiesti.
- Le Aziende U.S.L. devono garantire l'erogazione diretta per le specialità previste dalla Regione. La necessità della erogazione di presidi, siringhe, prodotti dietetici e di ogni altro ausilio viene proposta una volta all'anno da parte del medico di P.L.S. all'azienda. L'erogazione ed il relativo eventuale frazionamento sono disposti dall'azienda. Secondo modalità organizzative fissate dalla regione. Per tali presidi, ancorché attribuiti al P.L.S. prescrittore verrà predisposto un elenco analitico che individuerà la quantità dei medesimi e la relativa spesa. Ogni ulteriore procedura tendente alla verifica della patologia diagnosticata dal P.L.S. è a carico dell'Azienda e nessuna richiesta può essere fatta al P.L.S. come previsto dall'art. 50 legge 326/2003.
- Verrà fornita ai cittadini un'informazione chiara da parte delle ASL sulle condizioni che danno diritto alla fornitura dei presidi e delle prestazioni che sono esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria in relazione al tipo di esenzione posseduta.
- La Regione si impegna ad effettuare la fornitura diretta da parte dell'Azienda U.S.L. o attraverso fornitori convenzionati indicati dalla stessa per rendere più facile il percorso al cittadino così come ad organizzare una distribuzione uniforme dei presidi.
- Tutti gli esami di laboratorio, a prescindere dalla metodica di esecuzione, devono essere proposti sulla stessa ricetta nel numero massimo previsto dalle leggi in vigore .

- La richiesta di esami deve rispettare il nomenclatore regionale. E' fatto divieto ai medici prescrittori di utilizzare sigle o diciture particolari sulle ricette: qualsiasi richiesta impropria dovrà essere segnalata dal medico che la riceve alla Commissione distrettuale per l'appropriatezza.
- La Regione si impegna, in tempi brevi, ad attivare e implementare la distribuzione diretta, o per conto tramite le farmacie territoriali, dei farmaci non prescrivibili direttamente dal P.L.S. in assenza di Piano Terapeutico formulato dalle strutture identificate dalla Regione stessa; per tali farmaci, ancorché attribuiti al P.L.S. prescrittore, verrà predisposto un elenco analitico che individuerà la quantità dei medesimi e la relativa spesa.
- La Regione Lazio, al fine di migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni e di favorire processi di audit e di integrazione, si impegna ad inviare ogni tre mesi a ciascun medico prescrittore l'analisi dettagliata dei consumi e della spesa farmaceutica a questi riferibili comprensiva dell'indicazione dei valori medi regionali di riferimento.
- Il medico che vorrà apporre il codice delle Aziende U.S.L. per la compensazione regionale, come previsto dall'articolo 50 della legge 326/2003, e i codici del Nomenclatore Tariffario, anch'esse previsti dal citato articolo 50, avrà diritto all'incentivo informatico che verrà stabilito in Comitato Regionale.
- La distribuzione dei ricettari presso gli studi medici o presso le Aziende U.S.L. deve avvenire con modalità che tengano conto della congruità dell'orario di distribuzione e del numero di ricettari concordato col singolo medico, sulla base del fabbisogno stimato in relazione all'attività professionale e comunque in quantità tale da coprire almeno due mesi di attività prescrittiva.
- Le prescrizioni di specialisti ambulatoriali, ospedalieri e comunque esercenti l'attività professionale nell'ambito del Servizio sanitario regionale, debbono essere emesse secondo le normative vigenti – con particolare riferimento, per la prescrizione dei farmaci, al rispetto delle note AIFA e delle indicazioni terapeutiche legate all'AIC – debbono riportare la data di emissione, i dati del medico prescrittore e quanto altro previsto.
- Non è consentito ricorrere al ricettario regionale per prescrivere ed acquisire medicinali in farmacie aperte al pubblico da utilizzare successivamente in strutture nosocomiali o in Hospice, come previsto dalla DGR n. 315 dell'11.4.2003.

- *Comma 7:*

si deroga a tale principio per i pazienti che partecipano ad una delle forme associative di cui all'art. 52 e per la visite occasionali di cui all'art. 56.

Art. 52 - Forme associative

Si chiarisce e si stabilisce:

- Si può aderire ad una sola delle forme associative.
- Qualsiasi forma associativa è incompatibile con attività libero professionale strutturate.
- Le nuove forme associative possono essere composte da 2 o più pediatri comunque non superiore a 5 sono fatte salvo le associazioni attualmente in essere e autorizzate dalle A.S.L.
- La sede della pediatria di gruppo è unica.
- La pediatria in associazione è consentita per i medici operanti nel A.S.L. del Comune di ROMA nell'ambito del distretto della stessa Azienda U.S.L., distretti limitrofi della stessa A.S.L. o limitrofi di altra A.S.L. del Comune di Roma;

- La pediatria in associazione per le Aziende U.S.L., non citata al punto precedente, è consentita tra pediatri convenzionati nello stesso ambito territoriale di scelte (distretto), o in distretti limitrofi della stessa A.S.L. per una distanza tra i singoli studi medici non superiore a km 20, comunque coerente con l'articolazione territoriale del distretto. Eventuali situazioni particolari dovranno essere valutate dal comitato aziendale per la pediatria di libera scelta.
- Uno o più pediatri possono ampliare una associazione già autorizzata con i medici di assistenza primaria.

Per quanto non previsto si rimanda alle norme contenute all'art. 52 dell'A.C.N. per la pediatria di libera scelta.

Il riconoscimento delle nuove forme associative è vincolato da quanto previsti all'art. 58 lettera B-commi 7-8-9.

Art.54 – Collegamento con i servizi di continuità assistenziale

- *Comma 1:*

devono essere indicati sul libretto pediatrico.

Art. 55 - Continuità Assistenziale

Disponibilità dei pediatri convenzionati ad operare per l'assistenza ai turisti per 1 ora al giorno con compenso direttamente retribuito dall'assistito con le tariffe delle "Visite occasionali". Modalità demandate alle Aziende U.S.L. competenti.

Art. 58 – Trattamento economico

Lettera B- quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi ed organizzativi

- *Comma 7-8-9:*

verranno accolte le domande presentate dai pediatri entro i termini previsti alla lettera-circolare prot. 45006/D4-4V/14 dell'11/4/2006, per partecipare alle forme associative e per il collaboratore di studio, previa verifica dei requisiti da parte delle AA.UU.SS.LL. di competenza.

- *Comma 11:*

esentati dall'obbligo di apparecchiature e programmi informativi per i pediatri che hanno maturato 30 anni o più anzianità di specializzazione.

- *Comma 13:*

si chiarisce che:

Nelle forme associative i contratti di lavoro per il collaboratore di studio devono essere stipulati per ogni singolo medico.

Lettera D - Accordi regionali ed aziendali

- *Comma 1:*

si stabilisce che:

Le Aziende U.S.L., sentito il parere del comitato aziendale, individuano le zone disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa sulla base dei criteri sottoelencati.

Sono da considerare disagiatissime o disagiate a popolazione sparse le zone dove i pediatri svolgono l'attività in condizioni disagiate determinate dalla viabilità, dall'orografia del territorio e delle distanze, in particolare l'operare in uno o più comuni con bassa densità demografica tale da non consentire il raggiungimento del massimale di scelte.

Sono, inoltre, da considerare disagiate, oltre le isole, le zone dove il pediatra per garantire l'assistenza ambulatoriale opera in più studi ubicati in diversi comuni sprovvisti di ambulatori di altri medici convenzionati.

Le zone dichiarate disagiate con il precedente A.C.N. 272/2000 continuano ad essere riconosciute .

Il compenso accessorio mensile è previsto nella misura di € 600,00.

Ai pediatri operanti in zone riconosciute disagiate non è applicabile l'incompatibilità prevista nell'operare come specialista in pediatria, ma comporta la limitazione del massimale.

Allegato B

Lettera A – Prestazioni terapeutiche:

Le prestazioni di cui ai punti 19 e 20 sono eseguibili senza autorizzazione sanitaria; si chiarisce che il BOEL-TEST può essere eseguito tra 6 e 12 mesi e lo SCREENING per l'ambliopia tra 1 e 6 anni di età.

Lettera B – Vaccinazioni:

Nell'ambito di campagne vaccinali concordate con le Aziende U.S.L. o la regione per le vaccinazioni spetta un compenso di Euro 12,91 per le singole e Euro 18,08 per le multiple, ad esclusione delle vaccinazioni antinfluenzali per le quali si rinvia a specifico protocollo che di anno in anno verrà sottoscritto con la Regione Lazio.

Per quanto concerne il protocollo, per la copertura vaccinale si rinvia ad un successivo tavolo tecnico a cui parteciperanno la Regione Lazio, l'A.S.P. e le OO.SS. di categoria firmatarie del presente Accordo, per l'individuazione e la formulazione di criteri uniformi applicabili su tutto il territorio regionale al fine di ottenere dati oggettivi, confrontabili e valutabili.

Lettera C- Prestazioni di tipo diagnostico:

Al fine di chiarire quesiti diagnostici, monitorare patologie acute o croniche, evitando il ricorso alle strutture di II livello le prestazioni diagnostiche di seguito elencate possono essere svolte sia dai singoli pediatri, sia nell'ambito di una forma associativa da uno o più componenti di quest'ultima, nei confronti di tutti gli assistiti in carico ai pediatri appartenenti alla stessa forma associativa. L'acquisizione di specifiche competenze nell'ambito di alcune prestazioni di diagnostica strumentale o di laboratorio può di fatto costituire un valido e accreditato riferimento, in alternativa al II livello, con risposte immediate, risparmio di spesa e maggior soddisfazione dell'utenza.

Tali prestazioni non sono soggette ad autorizzazione in quanto svolte dal pediatra esclusivamente nei confronti dei propri pazienti, a scopo di accertamento diagnostico complementare all'attività clinica.

Le parti concordano che le prestazioni di tipo diagnostico dei cui al presente articolo, sono quelle previste nell'elenco di seguito riportato; per quanto riguarda le relative tariffe si rinvia ad un successivo provvedimento entro 60 giorni dall'approvazione del presente accordo, sentito obbligatoriamente il Comitato Regionale per la Pediatria di Libera Scelta.

In attesa della definizione di quanto sopra detto, continuano ad applicarsi le prestazioni e le tariffe previste dal precedente Accordo Regionale per la pediatria, approvato con deliberazione di Giunta Regionale n. 775/03.

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	
1) Test rapido per la rilevazione dello streptococcus pyogenes in faringe (ricerca SBEGA)	
2) Test rapido per la determinazione della Proteina C reattiva	
3) Esecuzione e valutazione stick urine per la determinazione di 10 parametri	
4) Esecuzione e valutazione nei bambini con sospetta patologia allergica di Prick test per la determinazione degli allergeni alimentari e/o Inalanti	
5) Spirometria	
6) Esecuzione e valutazione di Impedenziometria	
8) Esecuzione e valutazione di Podoscopia	
9) Esecuzione e valutazione di Scoliomertria	
10) Ig E	
11) Esecuzione e valutazione di Micro VES	

12) Esecuzione e valutazione della glicemia	
13) Test rapido per l'influenza	
14) Test rapido per il rotavirus	
15) Test per la celiachia	
16) Test rapido per le crioagglutinine a freddo	
17) Pulsiossimetria	
18) Test rapido per la mononucleosi	
19) Test alla luce di Wood	
20) Test rapido per adenovirus	
21) Terapia aerosolica a seduta (ciclo di 12 sedute)	
22) Screening per autismo (CHAT)	
23) Otoscopia pneumatica	
24) Atto vaccinale singolo	
25) Atto vaccinale multiplo	

Per favorire l'implementazione delle vaccinazioni e delle P.P.I.P. le Aziende U.S.L. possono collaborare mediante l'offerta ai medici di PLS di procedure facilitate per lo smaltimento di rifiuti speciali. In ogni caso, fatto l'obbligo di stipulare contratti con società autorizzate allo smaltimento dei rifiuti speciali, soprattutto in considerazione delle campagne vaccinali e della possibilità di effettuare prestazioni di particolare impegno professionale, si concorda che il contratto possa essere stipulato per ogni studio e non per ogni medico presente nello stesso, purché lo smaltimento rispetti i tempi e le modalità di legge.

**Allegato E – E bis – Assistenza domiciliare ai bambini con patologia cronica
Assistenza ambulatoriale ai bambini con patologia cronica**

La Regione Lazio si impegna a predisporre un apposito programma con il coinvolgimento di tutte le parti interessate a promuovere e qualificare l'assistenza ambulatoriale e domiciliare ai bambini con patologia cronica. Nelle more dell'attivazione di tale programma per quanto riguarda l'assistenza domiciliare e ambulatoriale, si rinvia a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale art. 51, ed in particolare agli allegati E ed E/bis.

Allegato G – Incentivazione per insediamento in zone disagiate

- *Comma 1:*

sono considerate disagiate le zone pubblicate come carenti che non sono assegnate perché rifiutate dai pediatri e assegnate dopo la successiva pubblicazione.

Allegato H – Certificazioni sportive

Si chiarisce che sono gratuite le seguenti certificazioni:

1. la certificazione di idoneità ad attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministero Sanità del 28/2/1983 art. 1 lettera a) e c) a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente come da normativa vigente.
2. le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori.

Tutte le certificazioni scolastiche e sportive sono da ritenersi a pagamento in regime libero-professionale. Le parti concordano sulla necessità di informare congiuntamente le autorità scolastiche competenti su quanto previsto al fine di evitare spiacevoli incomprensioni con gli assistiti e con al dirigenza scolastica periferica.

Si dà mandato al Comitato Regionale di informare le autorità competenti.

Allegato L – Progetto Salute Infanzia

Tra i compiti di prevenzione demandati al pediatra convenzionato, assume notevole importanza il controllo programmato dello stato di salute (benessere fisico e psichico associato a riduzione del rischio di morbilità) della popolazione.

Un programma di sorveglianza sanitaria in età pediatrica risponde ad una serie di esigenze che riguardano sia la salute del singolo che quella della comunità e si inquadra nell'obiettivo generale delle prevenzioni della malattia e dello handicap e del miglioramento della qualità della vita del soggetto in età evolutiva.

Obiettivo specifico è la prevenzione primaria, poiché le visite di controllo sono l'occasione in cui il pediatra esegue interventi di educazione sanitaria sul singolo, con riferimento all'alimentazione, alle vaccinazioni, alla prevenzione degli incidenti e sulle famiglie.

Gli strumenti individuati per meglio effettuare questo programma di sorveglianza sanitaria del soggetto in età pediatrica sono le visite programmate in età filtro (BILANCI DI SALUTE) ed IL LIBRETTO SANITARIO PEDIATRICO, presenti tra le Prestazioni ed Attività Aggiuntive rispettivamente al comma 1 lettera C dell'art. 58.

L'integrazione di tali strumenti operativi, viene già effettuata con l'elaborazione dei Bilanci di Salute.

Il "Progetto Salute Infanzia" è costituito da un piano base che prevede l'esecuzione di 7 bilanci di salute, per la fascia di età da 0 a 6 anni, e di due bilanci da effettuarsi all'età di 8-10 anni e 12-14 anni.

CALENDARIO DELLE VISITE

Il calendario previsto per l'esecuzione delle visite età – filtro è il seguente:

1° visita all'età di 3 mesi (+ / - 30 gg)

2° visita all'età di 6 mesi (+ / - 30 gg)

3° visita all'età di 9 mesi (+ / - 30 gg)

4° visita all'età di 12 mesi (+ 60 / - 30 gg)

5° visita all'età di 24 mesi (+ / - 60 gg)

6° visita all'età di 36 mesi (+ / - 90 gg)

7° visita all'età di 5 aa. e 9 mesi (+ / - 90 gg)

8° visita all'età di 8-10 aa.

9° visita all'età di 12-14 aa.

NOTIFICA DELLE VISITE

Il pediatra è tenuto all'esecuzione delle visite età – filtro ed alla compilazione, per ogni visita effettuata, dell'apposita scheda (bilancio di salute) inserita nel libretto in triplice copia (autocopiante). Una copia rimarrà nel libretto a disposizione del paziente, un'altra copia sarà consegnata all'Azienda dal pediatra ed una terza rimarrà al pediatra, in un riepilogo mensile, entro il 10 del mese successivo, per la liquidazione del compenso.

Per i pazienti nati prima del 1 ottobre 2003 e per i quali, al momento, non verrà attivato il libretto pediatrico regionale si procederà alla compilazione degli stessi bilanci di salute utilizzando l'apposita modulistica che verrà predisposta. In attesa del nuovo libretto sanitario pediatrico apposita modulistica verrà predisposta per il bilancio di salute eseguito al 1° mese.

In caso di dimenticanza da parte del genitore del libretto sanitario si potranno utilizzare copie delle schede da compilare e consegnare con il medesimo iter di cui sopra.

LIQUIDAZIONE DEI COMPENSI

Al pediatra, per ciascuno dei Bilanci di Salute, spetta un compenso lordo di € 12,91 detratta la quota EMPAM a carico dell'Azienda.

Tali compensi sono liquidati dalle ASL insieme con il cedolino relativo al mese successivo quello di rendicontazione delle visite.

LIBRETTO SANITARIO PEDIATRICO

Premessa

Il “**Libretto pediatrico regionale**” già istituito con delibera di Giunta Regionale 01/08/2003 n. 775 è un documento personale del bambino.

Il libretto rappresenta lo strumento di raccolta dei principali dati relativo alla salute del bambino da 0 a 14 anni, nonché mezzo di comunicazione irrinunciabile tra famiglia, pediatra di famiglia ed altri operatori.

Per la famiglia è uno strumento di informazione e di guida.

Serve per collegare l'intervento dei diversi sanitari nelle vaccinazioni, nelle visite periodiche di controllo, nelle visite specialistiche, nelle iniziative di medicina preventiva e nella cura delle malattie.

Non dimenticate di presentarlo a ciascuna visita.

All'interno di questo libretto sono presenti delle tasche dove poter inserire la tessera d'iscrizione al S.S.N., la documentazione rilasciata dalla Maternità dove il bambino è nato e quella relativa alle vaccinazioni effettuate.

Il libretto pediatrico è parte integrante del programma di sorveglianza sanitaria dell'età evolutiva fondato sulle visite ad età filtro di cui al presente Accordo.

Il libretto pediatrico rappresenta lo strumento di raccolta dei principali dati relativi alla salute del bambino, nonché mezzo di comunicazione tra famiglia, pediatra di famiglia ed altri operatori sanitari con particolare riferimento ai medici di continuità assistenziale.

In particolare per la famiglia è uno strumento di informazione e di guida per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e domiciliari.

Elaborando i dati contenuti nel libretto sanitario si può trasformare l'informazione sul singolo in dato informativo collettivo e in una mappa epidemiologica regionale la cui efficacia ed il cui gradimento saranno verificati a due anni dall'entrata in vigore del Libretto Pediatrico Regionale, secondo criteri che verranno stabiliti in sede di Comitato Regionale.

E' utilizzabile per dare omogeneità nei tempi e nei modi alla effettuazione dei Bilanci di Salute e, indirettamente, per una verifica delle qualità dell'intervento preventivo.

A tal proposito si vuole ricordare che l'obiettivo degli incontri con la famiglia, in occasione dei Bilanci di Salute, va al di là della diagnosi precoce: devono infatti essere eliminate le potenziali cause di malattia ed i fattori di rischio (genetico, ambientale, sociale, ecc.) con una vera e propria prevenzione primaria; devono essere cercate le condizioni ottimali per la crescita e lo sviluppo del bambino con particolare attenzione al contesto familiare, all'inserimento sociale, ai problemi psicologici o relazionali e alla educazione alla salute.

Le Aziende U.S.L. sono invitate a collaborare con la diffusione di una adeguata informazione sui servizi svolti dal pediatra.

Il libretto composto dalle seguenti sezioni è conforme al fac-simile allegato:

- dati anagrafici
- carta dei servizi
- neonato
- problemi rilevanti
- bilanci di salute
- vaccinazioni

Il libretto cartaceo è conservato a cura dei legali rappresentanti del bambino, ai quali viene affidato dalla ASL all'atto dell'iscrizione nel S.S.N..

Il pediatra di famiglia è tenuto a compilare ed aggiornare il libretto a seguito delle visite programmate o intercorrenti che effettua in favore del bambino.

Per la compilazione del Libretto Sanitario Pediatrico, ai medici specialisti pediatri di libera scelta operanti sul territorio regionale, sarà corrisposta una maggiorazione del compenso forfetario lordo annuo di € 15,00. Tale compenso sarà liquidato in 12 mensilità.

**LIBRETTO
SANITARIO PEDIATRICO
REGIONALE**

Presentazione

Il “**Libretto Sanitario Pediatrico Regionale**” è un documento personale del bambino.

Il libretto rappresenta lo strumento di raccolta dei principali dati relativi alla salute del bambino da 0 a 14 anni, nonché mezzo di comunicazione irrinunciabile tra famiglia, pediatra di famiglia ed altri operatori sanitari.

Per la famiglia è uno strumento di informazione e di guida.

Serve per collegare l'intervento dei diversi sanitari nelle vaccinazioni, nelle visite periodiche di controllo, nelle visite specialistiche, nelle iniziative di medicina preventiva e nella cura delle malattie.

Non dimenticate di presentarlo a ciascuna visita.

All'interno di questo Libretto sono presenti delle tasche dove poter inserire la tessera d'iscrizione al Servizio Sanitario, documentazione rilasciata dalla Maternità dove il bambino è nato e quella relativa alle vaccinazioni effettuate.

Realizzato a cura della Regione Lazio.

In collaborazione con:

Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP)

Confederazione Italiana Medici Pediatri (CIPE)

All'atto dell'iscrizione al Servizio Sanitario verrà rilasciata al bambino la **TESSERA SANITARIA REGIONALE**. Conservatela in questa tasca.

La tessera consente di accedere ai servizi del Sistema Sanitario.

NUMERI TELEFONICI UTILI

Ambulanza 118

Centro antiveneni:

- Policlinico Umberto I 06/490663
- Policlinico Gemelli 06/3054343

Guardia Medica

Nome e indirizzo	Telefono	Fax
------------------	----------	-----

Dati anagrafici

Nome _____

Cognome _____

Sesso M F

Nato/a il _____ a _____

Codice fiscale _____

Codice Regionale _____

Indirizzo _____

—

Telefono _____

Gruppo Sanguigno – Fattore RH _____

Variazione _____ di _____ Indirizzo

Variazioni del n. di telefono

LEGENDA

CARTA DEI SERVIZI

NEONATO

PROBLEMI RILEVANTI

BILANCI DI SALUTE

**AZIENDA U.S.L.
CARTA DEI SERVIZI**

Ogni ASL può inserire, se vuole, la propria carta dei servizi sanitari dedicati all'infanzia

CARTA dei SERVIZI del PEDIATRA

Dr _____

IL TELEFONO _____

Come e Quando telefonare

L'AMBULATORIO

Orari

Lunedì _____

Martedì _____

Mercoledì _____

Giovedì _____

Venerdì _____

CARTA DEI SERVIZI DEL PEDIATRA

Pediatria in Associazione o in Gruppo

Pediatri Associati o in Gruppo

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Orari

Lunedì

Martedì

Mercoledì

Giovedì

Venerdì

Unità di Cure Primarie Pediatriche (UCPP)

Pediatri partecipanti

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Orari

Lunedì

Martedì

Mercoledì

Giovedì

Venerdì

Visite ambulatoriali e domiciliari

1. L'attività medica viene prestata nello studio del pediatra. Qualora le condizioni cliniche non consentano la trasferibilità dell'ammalato, l'attività medica viene prestata a domicilio del paziente.
2. Le visite domiciliari e ambulatoriali, in presenza di unità di cure primarie o di forme associative complesse (equipe territoriale, pediatria di gruppo), fermo restando i compiti individuali e la individualità del rapporto di fiducia, sono organizzate dai gruppi stessi tenendo conto, nel rapporto con l'utenza, di una offerta di servizi coerente con il principio della continuità della assistenza e di presa in carico globale della persona.
3. La visita domiciliare (qualora ritenuta necessaria da parte del pediatra) deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta pervenga dopo le ore dieci, la visita dovrà essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo. E' a cura del pediatra di libera scelta la modalità organizzativa di ricezione delle richieste di visita domiciliare.
4. La richiesta di prestazione urgente recepita deve essere soddisfatta entro il più breve tempo possibile. A tal fine i pediatri di libera scelta che operano in forma associata possono organizzare la risposta clinica secondo modalità organizzative proprie, anche sulla base di quanto previsto al comma 2.
5. Nelle giornate di sabato il pediatra non è tenuto a svolgere attività ambulatoriale, ma è obbligato ad eseguire le visite domiciliari richieste entro le ore dieci dello stesso giorno, nonché quelle, eventualmente non ancora effettuate, richieste dopo le ore dieci del giorno precedente.
6. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo però di effettuare attività ambulatoriale per i pediatri che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino con possibilità di anticipare l'orario di apertura dello studio dalle ore 8.00 alle ore 9.00 portandolo a conoscenza degli assistiti..

VISITE DI CONTROLLO

Modalità di effettuazione

NEONATO

NANNA SICURA

Consigli su sonno sicuro

1. I bambini devono essere messi a dormire a pancia in su.
2. Si raccomanda l'uso di materassi conformi agli standard di sicurezza, di evitare sofà, o superfici soffici. e materiali soffici come cuscini o giocattoli gonfiabili.
3. Coperte e lenzuola devono essere aggiustate in modo da evitare che il viso del bambino possa essere ricoperto.
4. Dormire insieme al bambino può essere pericoloso in alcune condizioni (schiacciamento).

5. Il bambino dovrebbe andare a dormire vestito leggero e la temperatura della stanza da letto dovrebbe risultare confortevole per un adulto vestito in maniera molto leggera.
6. Il bambino non dovrebbe risultare caldo al tatto, durante il sonno.
7. Per prevenire l'occipite piatto da posizione, è utile far passare un po' di tempo al bambino in posizione prona **quando è sveglio** e sotto il controllo di un adulto.
8. Anche se sono stati realizzati vari strumenti per mantenere la posizione a pancia all'aria nel sonno o per ridurre il rischio di soffocamento, questi strumenti non sono raccomandabili, perché non ne è stata valutata la sufficienza, la sicurezza e l'efficacia.
9. E' assolutamente vietato fumare in una casa dove c'è un bambino e soprattutto nella stanza dove dorme il bambino.

PROBLEMI RILEVANTI

È utile che i problemi che condizionano in modo permanente o ricorrente lo stato di salute vengano messi in evidenza per una migliore assistenza.

Età di insorgenza	Definizione del problema	Note

REAZIONI AVVERSE A FARMACI

In famiglia?

.....

Il bambino ha presentato reazioni indesiderate al

Tipo di reazione _____

Data

Il farmaco contiene

.....

contenuto anche in

.....

Tipo di reazione _____

Data

Il farmaco contiene

.....

contenuto anche in

.....

MALATTIE INFETTIVE

Morbillo	data	vaccinato	si	no
Parotite	data	vaccinato	si	no
Rosolia	data	vaccinato	si	no
Pertosse	data	vaccinato	si	no
Varicella	data	vaccinato	si	no
Scarlattina	data			
VI malattia	data			
.....	data		
.....	data		
.....	data		
.....	data		

BILANCI DI SALUTE

COSA SONO I BILANCI DI SALUTE

I Bilanci di Salute sono controlli periodici programmati secondo un calendario che permetta al pediatra, insieme a Voi genitori, di fare il punto sullo sviluppo e sullo stato di salute del bambino.

Offrono una serena opportunità di dialogo tra famiglia e pediatra, al di fuori della condizione di malattia acuta.

I Bilanci di Salute indispensabili durante la crescita di un bambino si effettuano a:

3 mesi
6 mesi
9 mesi
12 mesi
24 mesi
3 anni
6 anni
8-10 anni
12-14 anni

Con il vostro pediatra potrete concordare altre scadenze per altre visite di controllo periodiche che potranno aggiungersi a quelle dei Bilanci di Salute.

Per ogni Bilancio di Salute il vostro pediatra compilerà una pagina di questo libretto in triplice copia: una copia resterà nel libretto, una copia sarà trasmessa alla vostra ASL e una copia resterà nell'archivio del vostro pediatra.

Un bilancio di salute è la sintesi di:

- elementi della storia familiare
- raccordo con il bilancio precedente
- valutazione della crescita e dello sviluppo
- visita medica con i genitori
- anticipazioni e consigli di prevenzione

NOTIZIE RELATIVE ALLA FAMIGLIA

NONNI PATERNI

NONNI MATERNI

Origine

Origine

Origine

Origine

malattie

malattie

malattie

malattie

PAPA'

MAMMA

Nato il

Nata il

A

A

Professione

Professione

Titolo di studio

Titolo di studio

Malattie:

Malattie:

Fratelli e sorelle:

Il vostro pediatra deve essere informato della presenza eventuale di malattie in famiglia, perché possa meglio comprendere le vostre preoccupazioni, gli eventuali sintomi del bambino e attuare iniziative di prevenzione e di diagnosi precoce quando è necessario.

Esempi di malattie da segnalare:

Anemia mediterranea
Tratto talassemico
Favismo
Emofilia
Fibrosi cistica
Malattie genetiche
Malattie metaboliche
Allergie
Asma
Lussazione congenita dell'anca
Scoliosi
Epilessia
Deficit visivi e uditivi importanti
Ritardo mentale
Diabete
Dislipidemia
Ipertensione arteriosa
Infarto o ictus in età precoce
Epatiti
Malformazioni
Morti neonatali inspiegate

BILANCIO di SALUTE 3 mesi (+/- 30gg)

Data C.R. Sesso M F

PESO Kg. ___ CC cm ___ ALT cm ___

ALIMENTAZIONE

RACCORDO ANAMNESTICO No Si (specificare)

.....
.....

Sviluppo psicomotorio ☺ Mobilità spontanea fluida Si solleva sui gomiti È consolabile Difficoltà di relazione, sonno, alimentazione ☹	Buon controllo del capo Sorride
---	------------------------------------

Apparato visivo ☺ Riflesso rosso	Occhi normali all'ispezione Segue con lo sguardo
--	---

Udito ☺ Reagisce ai rumori	Reagisce alla voce
-----------------------------------	--------------------

Controllo dell'anca familiarità..... fattori rischio.....	obiettività.....
---	------------------

ALTRI SEGNI OBIETTIVI RILEVANTI
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Segnali di allarme: non sorride ☹	non fissa lo sguardo ☹
--	-------------------------------

BdS 3 mesi

Accrescimento		
normale		patologico

Allattamento materno		
esclusivo	misto	assente

Sviluppo psicomotorio		
normale	rivedere	II livello

Apparato visivo		
normale	rivedere	II livello

Ecografia anche	→	non effettuata
↓		
normale	ripetere	patologica

Controindicazioni a vaccinazioni
Se SI, quali:

VACCINAZIONI EFFETTUATE
1° dose

**TRASPORTO SICURO in auto
seggolini omologati (gruppo 0
fino a 9 Kg) collocati sul sedile
anteriore**
☺

1° copia per ASL 2° copia per il medico

Timbro e Firma

BILANCIO di SALUTE 6 mesi (+/- 30gg)

Data C.R. Sesso M F

PESO Kg. ___ CC cm ___ ALT cm ___

ALIMENTAZIONE

RACCORDO ANAMNESTICO No Si (specificare)

.....
.....

Sviluppo psicomotorio ☺ Punta i piedi Ride e vocalizza Difficoltà di relazione, sonno, alimentazione ☹	Afferra e porta alla bocca
---	----------------------------

Apparato visivo ☺	Occhi normali all'ispezione Normali movimenti oculari
--------------------------	--

Udito e linguaggio ☺	Reagisce alla voce	Vocalizza
-----------------------------	--------------------	-----------

Controllo dell'anca obiettività.....
--

ALTRI SEGNI OBIETTIVI RILEVANTI
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Segnali di allarme: non controlla bene il capo ☹ non vocalizza ☹

BdS 6 mesi (+/- 30 gg)

Accrescimento		
normale		patologico

Allattamento materno		
esclusivo	misto	assente

Sviluppo psicomotorio		
normale	rivedere	II livello

Apparato visivo		
normale	rivedere	II livello

--	--	--

Ecografia anche		
↓	→	non effettuata
normale	ripetere	patologica

VACCINAZIONI EFFETTUATE

1° dose

2° dose

**MAI SOLO SUL
FASCIATOIO**

1° copia per ASL 2° copia per il medico

Timbro e Firma

BILANCIO DI SALUTE
DEI 9 MESI

Data C.R. Sesso M F

PESO Kg. ____ CC cm ____ ALT cm ____

ALIMENTAZIONE

RACCORDO ANAMNESTICO No Si (specificare)

.....
.....

Sviluppo psicomotorio ☺
Sta seduto
Manipola gli oggetti
Reagisce agli estranei
Difficoltà di relazione, sonno, alimentazione ☹

Apparato visivo ☺ Occhi normali all'ispezione
Normali movimenti oculari Riflessi corneali simmetrici

Udito e linguaggio ☺ Volge bilateralmente il capo ai suoni.
Lallazione

ALTRI SEGNI OBIETTIVI RILEVANTI

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

Segnali di allarme: non sta seduto ☹
Non volge il capo ai suoni ☹

BdS 9 mesi (+/- 60 gg)

Accrescimento

normale

patologico

Sviluppo psicomotorio

normale

rivedere

II livello

Apparato visivo

normale

rivedere

II livello

Udito e linguaggio

normale

rivedere

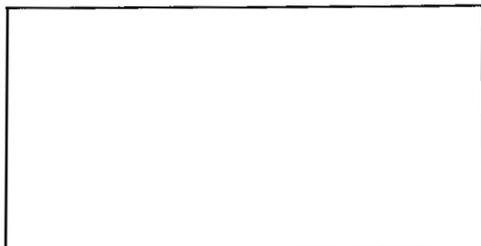
II livello

Allattamento al seno

SI

NO

PATOLOGIE CRONICHE



**“Porta tutto alla bocca”
FUORI PORTATA BOTTONI
MONETE SPILLI**



1° copia per la ASL

2° copia per il medico

Timbro e Firma

BILANCIO di SALUTE 12 m. (+/- 60gg)

Data C.R. Sesso M F

PESO Kg. ____ CC cm ____ ALT cm ____

ALIMENTAZIONE

RACCORDO ANAMNESTICO No Si (specificare)

.....
.....

Sviluppo psicomotorio ☺

Passaggio da posizione supina a seduta Gattona
Imita i genitori Batte le mani
Afferra piccoli oggetti con le dita

Difficoltà di relazione, sonno, alimentazione ☹

Apparato visivo ☺

Occhi normali all'ispezione
Normali movimenti oculari Riflessi corneali simmetrici

Udito e linguaggio ☺

Sente bene
Bivocali con o senza significato

ALTRI SEGNI OBIETTIVI RILEVANTI

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

**Segnali di allarme: non mantiene la stazione eretta ☹
 assenza di lallazione ☹**

BdS 12 mesi (+/- 60 gg)

Accrescimento		
normale		patologico

Sviluppo psicomotorio		
normale	rivedere	II livello

Apparato visivo		
normale	rivedere	II livello

Udito e linguaggio		
normale	rivedere	II livello

FREQUENTA ASILO NIDO	
SI	NO

PATOLOGIE CRONICHE	
---------------------------	--

VACCINAZIONI EFFETTUATE

1° dose

2° dose

3° dose

**CUCINA E BAGNO SICURI:
DETERSIVI FUORI PORTATA**



1° copia per la ASL

2° copia per il medico

Timbro e Firma

BILANCIO di SALUTE 24 m. (+/- 60gg)

Data C.R. Sesso M F

PESO Kg. ____ CC cm ____ ALT cm ____

RACCORDO ANAMNESTICO

.....
.....

Sviluppo psicomotorio ☺

Sale e scende le scale Calcia e tira la palla
Usa la tazza ed il cucchiaio Controllo diurno degli sfinteri
Collabora a vestirsi e svestirsi

Difficoltà di relazione, sonno, alimentazione ☹

Apparato visivo ☺

Occhi normali all'ispezione

Normali movimenti oculari Riflessi corneali simmetrici

Linguaggio ☹

Articola frasi elementari
Pronuncia numerose parole

ALTRI SEGNI OBIETTIVI RILEVANTI

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

**Segnali di allarme: non articola frasi di due parole ☹
non usa il linguaggio per comunicare ☹**

BdS 24 mesi (+/- 60 gg)

Accrescimento		
normale		patologico

È stato vaccinato contro il morbillo?	
SI	NO

Sviluppo psicomotorio		
normale	rivedere	II livello

Apparato visivo		
normale	rivedere	II livello

Udito e linguaggio		
normale	rivedere	II livello

FREQUENTA ASILO NIDO	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

PATOLOGIE CRONICHE

DETERSIVI E MEDICINALI IN ARMADIETTI CON CHIUSURA ERMETICA
☺

1° copia per ASL

2° copia per il medico

Timbro e Firma

BILANCIO di SALUTE 3 anni (+/- 90gg)

Data C.R. Sesso M F

PESO Kg. ____ CC cm ____ ALT cm ____

RACCORDO ANAMNESTICO

Sviluppo cognitivo ☺

Copia linea e cerchio

Abbozza la figura umana

Si veste e si lava i denti da solo

Controllo degli sfinteri

Difficoltà di relazione ☹

Visite specialistiche

Linguaggio ☺

Compone frasi con verbi e pronomi

Parla bene (con uso corretto dei fonemi "R" e "S")

Apparato dentale ☺

Assenza di carie

Buona igiene dentale

Carie Morso crociato

Protrusione della mandibola

ALTRI SEGNI OBIETTIVI RILEVANTI

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

Segnali di allarme:

linguaggio incomprensibile a 3 anni ☹

BdS 3 anni (+/- 90 gg)

Accrescimento		
normale		patologico

Sviluppo cognitivo		
normale	rivedere	II livello

Apparato visivo		
normale	rivedere	II livello

Linguaggio		
normale	rivedere	II livello

Apparato dentale		
normale	rivedere	II livello

Frequenta la scuola materna?	
SI	NO

PATOLOGIE CRONICHE	
---------------------------	--

VACCINAZIONI EFFETTUATE

1° dose

2° dose

3° dose

Richiamo

Morbillo – Rosolia – Parotite

**TRASPORTO SICURO in auto
seggolini omologati (gruppo III
tra 15-25 Kg) collocati sul sedile
posteriore**



1° copia per ASL 2° copia per il medico

Timbro e Firma

BILANCIO di SALUTE 6 anni (+/- 90gg)

Data C.R. Sesso M F

PESO Kg. ____ CC cm ____ ALT cm ____

RACCORDO ANAMNESTICO

.....
.....

Sviluppo cognitivo ☺ Linguaggio ricco e ben articolato Disegna la figura umana Controllo degli sfinteri acquisito Difficoltà di relazione, socializzazione, comportamento ☺

Vista	esame della vista
--------------	--------------------------

Apparato dentale ☺ Assenza di carie ☹ Carie VI dente	☺ Buona igiene dentale ☹ Malocclusioni
---	---

Apparato scheletrico ☺	Esame degli arti inferiori Ispezione del rachide
-------------------------------	---

ALTRI SEGNI OBIETTIVI RILEVANTI

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

BdS 6 anni (+/- 90 gg)

Accrescimento		
normale		patologico

Sviluppo cognitivo		
normale	rivedere	II livello

Apparato visivo		
normale	rivedere	II livello

Apparato dentale		
normale	rivedere	II livello

Apparato scheletrico		
normale	rivedere	II livello

PATOLOGIE CRONICHE	VACCINAZIONI EFFETTUATE 1° dose <input type="checkbox"/> 2° dose <input type="checkbox"/> 3° dose <input type="checkbox"/> 1° richiamo <input type="checkbox"/> 2° richiamo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---------------------------	---

	<p>TRASPORTO SICURO in auto seggolini omologati (gruppo III tra 22- 36 Kg) collocati sul sedile posteriore. Bambini di peso superiore a 36 Kg e altezza superiore a 150 cm devono viaggiare sul sedile posteriore utilizzando la cintura di sicurezza.</p> <p>☺</p>
--	--

1° copia per ASL 2° copia per il medico

Timbro e Firma

BILANCIO di SALUTE 8-10 anni

DataC.R. Sesso M F

PESO Kg. ____

ALT cm ____

RACCORDO ANAMNESTICO

.....
.....

Sviluppo cognitivo ☺

Rendimento scolastico buono

Difficoltà di relazione, socializzazione, comunicazione ☺

Vista

esame della vista

Apparato dentale

☺ Assenza di carie

☹ Carie

☹ Malocclusioni

Apparato scheletrico

ispezione del rachide
paramorfismi della colonna

Genitali esterni

☺ ispezione

☹ varicocele

Sviluppo puberale ☺

ALTRI SEGNI OBIETTIVI RILEVANTI

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

BdS 8-10 anni

Sviluppo cognitivo		
normale	rivedere	II livello

Apparato visivo		
normale	rivedere	II livello

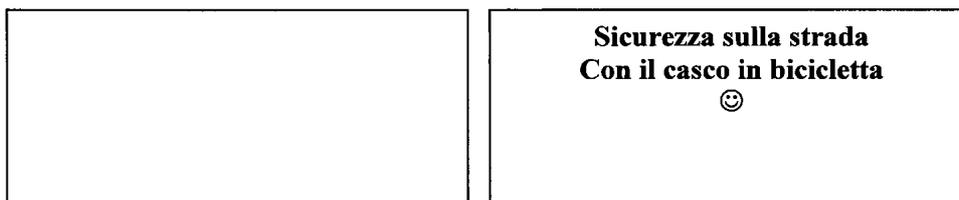
Apparato dentale		
normale	rivedere	II livello

Apparato scheletrico		
normale	rivedere	II livello

Genitali esterni		
normale	rivedere	II livello

Sviluppo puberale		
normale	rivedere	II livello

Misurazione P.A.		
Sist.	<input type="text"/>	Diast. <input type="text"/>



1° copia per ASL 2° copia per il medico

Timbro e Firma

BILANCIO di SALUTE 12-14 anni

Data C.R. Sesso M F

PESO Kg. ____

ALT cm ____

RACCORDO ANAMNESTICO

.....
.....

sviluppo cognitivo ☺ Rendimento scolastico buono Difficoltà di relazione, socializzazione, comunicazione ☹
--

Vista	esame della vista
--------------	--------------------------

Apparato dentale	☺ Assenza di carie ☹ Carie
-------------------------	-------------------------------

Apparato scheletrico	☺ ispezione del rachide paramorfismi della colonna
-----------------------------	---

Genitali esterni	☺ ispezione ☹ varicocele
-------------------------	-----------------------------

Sviluppo puberale ☺

ALTRI SEGNI OBIETTIVI RILEVANTI

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

RICHIAMO VACCINAZIONI			
DT	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
MPR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

BdS 12-14 anni

Sviluppo cognitivo

normale

rivedere

II livello

Apparato visivo

normale

rivedere

II livello

Apparato dentale

normale

rivedere

II livello

Apparato scheletrico

normale

rivedere

II livello

Genitali esterni

normale

rivedere

II livello

Sviluppo puberale

normale

rivedere

II livello

Misurazione P.A.

Sist.

Diast.

**Sicurezza sulla strada.
In motorino con il casco.
No al fumo e alle droghe.**



1° copia per ASL 2° copia per il medico

Timbro e Firma

VACCINAZIONI

Le vaccinazioni rappresentano una grossa conquista della medicina nell'ambito della prevenzione: sono una misura efficace nella lotta contro alcune malattie importanti, sia per il singolo bambino che per la collettività.

Le malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni hanno una diffusione differente nei vari Paesi del mondo ed i calendari vaccinali sono diversi. In Italia il Piano Nazionale per le vaccinazioni prevede le vaccinazioni contro il tetano, la difterite, la poliomielite, l'epatite virale B, la pertosse, il morbillo, la parotite, la rosolia e l'*Haemophilus influenzae b* (Hib).

Le vaccinazioni antidifterica, antitetanica, antipolio, antiepatite B sono obbligatorie per legge nel nostro Paese.

Saranno il vostro pediatra e gli operatori del servizio vaccinale ad informarvi sui vantaggi, le modalità di somministrazione dei vaccini e sulla organizzazione del servizio vaccinale.

Non sono motivi validi per rinviare la vaccinazione: tosse e raffreddore con febbre di modesta entità (<38°C), terapia antibiotica in corso o appena terminata, prematurità.

In caso di malattie rilevanti saranno il pediatra di fiducia e gli operatori del servizio vaccinale a valutare accuratamente la situazione e a prendere con voi la decisione più vantaggiosa per il vostro bambino.

Inserite nella tasca trasparente il libretto vaccinale o il certificato di vaccinazione.

PROGETTO VACCINAZIONI

La Regione Lazio ha una delle percentuali più basse di bambini vaccinati con vaccinazioni non obbligatorie. Poiché in futuro si prevede la possibilità che diventino facoltative anche le vaccinazioni attualmente obbligatorie, il Pediatra di famiglia diventa figura centrale nella prevenzione delle malattie per le quali esiste un vaccino.

Il rapporto di fiducia, che intercorre tra il Pediatra e la famiglia del bambino, è importante nell'assistenza globale del bambino, e consente al Pediatra di essere fondamentale nell'educazione sanitaria, nell'informazione all'utenza, nel far rispettare i tempi di esecuzione delle vaccinazioni e nella valutazione di eventuali effetti collaterali nel rispetto di quanto previsto nel documento del gruppo di studio sulle vaccinazioni (Ministero della Sanità, Ist. Sup. della Sanità).

Si propone l'adozione di un calendario unico vaccinale su tutto il territorio regionale e l'intervento del Pediatra di famiglia soprattutto per quanto riguarda le vaccinazioni facoltative, ma raccomandate.

Nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive le Aziende USL, compatibilmente con le loro disponibilità finanziarie, devono prevedere la concessione gratuita dei vaccini contro la rosolia, morbillo, parotite, antiemofilo-influenza tipo B, pneumococco, meningococco C, varicella.

Tale norma è valida anche a favore di bambini extra comunitari non residenti su territorio nazionale.

INSERIRE IN QUESTA TASCA EVENTUALI LETTERE DI DIMISSIONI DALL'OSPEDALE
E/O REFERTI SPECIALISTICI

PROGETTO "UNITA' DI CURE PRIMARIE E PEDIATRICHE"

Fra gli obiettivi rilevanti dell'Accordo Regionale si evidenzia prioritariamente la volontà di assicurare la continuità dell'assistenza, allo scopo di garantire per tutto il territorio regionale, un migliore accesso al servizio sanitario, nel rispetto della centralità del cittadino.

Lo strumento individuato per realizzare il suddetto obiettivo è la valorizzazione delle unità di cure primarie pediatriche (UCPP) di cui all'allegato del presente Accordo che ne diviene parte integrante.

ACCORDO REGIONALE PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA UNITA' DI CURE PRIMARIE PEDIATRICHE

La necessità di rendere operativo quanto previsto nell'Accordo Regionale comporta un assestamento della rete di assistenza territoriale, costituita dalle **Unità di Cure Primarie Pediatriche (UCPP)**, che dovrà avvenire necessariamente con degli step progressivi nel corso dei 4 anni di durata dello stesso, in funzione delle risorse investite.

I punti fondamentali del progetto sono i seguenti:

A. Accesso alle Prestazioni (liste d'attesa)

Il suddetto punto si estrinseca, attraverso gli strumenti sotto riportati:

- ReCup prioritario pediatrico da concordare entro 60 gg dalla stipula del presente accordo, all'interno del Comitato Regionale per la Pediatria di Libera Scelta;
- Linee guida, predisposte anche di concerto con le altre figure professionali operanti nel territorio;
- Ritorno di referti al medico curante.

B. Accesso all'Ospedale (Accettazione Assistita), mediante l'individuazione dei seguenti percorsi:

- Protocolli di invio su codici di triage;
- Valutazione della priorità sociale (codici A e B);
- Ritorno dell'esito della visita al medico curante.

C. Dimissione assistita attraverso la predisposizione di:

- Protocolli di dimissione su criticità di sistema;
- Valutazione multidimensionale e colloquio con il medico curante all'atto della dimissione;
- Procedure di accettazione assistita e presa in carico alla dimissione.

D. Continuità dell'Assistenza:

- L'apertura degli studi è prevista dalle ore 10 alle ore 19 dal lunedì al venerdì, potenziando le forme associative

Per la piena realizzazione, a regime, di quanto sopra esposto sarà necessario, impegnando le direzioni delle Aziende U.S.L. e dei Distretti per la loro quota parte, istituire:

1. Numero verde **803333**;
2. Elenco delle UCPP con agende dei turni di apertura, sia attraverso il numero verde che nei Pronto Soccorso Ospedalieri e negli Uffici Distrettuali delle Aziende U.S.L.;
3. Carta dei servizi sanitari (diritti e doveri dei cittadini e degli operatori dei vari servizi) da concordare in sede di Comitato Regionale
4. Riorganizzazione delle UCPP con definizione delle modalità di apertura degli studi.

I Pediatri di famiglia, riuniti in forme associative e con l'apporto di singoli medici, che parteciperanno a questo modello assistenziale dovranno assicurare la disponibilità ad aderire ai progetti di sviluppo della Rete Telematica previste dalla Regione, le cui modalità verranno definite su appositi tavoli.

- Possono aderire alle UCPP (Unità di Cure Primarie Pediatriche) i pediatri che operano in forme associative già riconosciute o che hanno presentato regolare domanda a seguito della riapertura dei termini previsti nella circolare prot. 45006/D4-4V-14 del 11/04/2006 e da singoli medici collegati ai pediatri operanti in forme associative.
- Le UCPP operanti possono essere formate esclusivamente da pediatri di libera scelta. Eventuali inserimenti in UCP con Medici di Medicina Generale saranno valutati dal Comitato Aziendale di pediatria di libera scelta della Azienda U.S.L. di appartenenza.
- In analogia a quanto previsto per le forme associative le UCPP possono essere composte da 2 o più pediatri comunque non superiori a 5.
- Le UCPP sono consentite tra pediatri operanti nelle Azienda U.S.L. del comune di Roma nell'ambito della stessa Azienda U.S.L., distretti limitrofi della stessa Azienda U.S.L. o limitrofi di altra Azienda U.S.L. del Comune di Roma.
- Le UCPP nelle Aziende U.S.L., escluse quelle ubicate nel Comune di Roma sono consentite tra pediatri convenzionati nello stesso ambito territoriale di scelte, o in distretti limitrofi della stessa ASL per una distanza tra i singoli studi medici non superiore a km. 20 comunque coerente con l'articolazione territoriale del distretto. Eventuali situazioni particolari dovranno essere valutate dal Comitato Aziendale di pediatria di libera scelta.
- Ogni UCPP dovrà indicare un referente che avrà il compito di coordinare l'attività della stessa e che si occuperà della regolarità dell'apertura degli studi oltre a partecipare alle riunioni semestrali indette dal distretto e ad inviare i vari reports sull'attività svolta una volta evidenziati, a livello regionale, i vari indicatori di riferimento. Il referente potrà essere scelto autonomamente all'interno della UCPP secondo i seguenti criteri:
 1. Pediatra convenzionato da almeno 10 anni
 2. Numero di scelte non inferiore a 700
 3. Membro di Comitato Regionale, Aziendale o Distrettuale.
- L'apertura degli studi aderenti alle UCPP deve essere continuativa dalle ore 10 alle ore 19, tale da permettere all'utenza, per 5 giorni a settimana, l'accesso per 9 ore da valere anche per gli studi di pediatria di gruppo.
- La disponibilità per l'apertura degli studi per 8 ore tra 4 ore al mattino e 4 ore il pomeriggio è consentita esclusivamente alle forme associative composte da 2 o 3 unità
- Al referente dell'UCPP viene riconosciuta un'indennità mensile di € 200,00.
- La retribuzione per l'apertura continuativa 10-19 è pari a € 0,94 (assistito/mese).
- La retribuzione per la disponibilità per 8 ore giornaliera è pari a € 0,57 (assistito/mese).

- La retribuzione per l'apertura degli studi è incrementata di € 0,38 (assistito/mese) nel periodo influenzale (gennaio-marzo).
- La retribuzione per coloro che svolgono attività in Pediatria di Gruppo è incrementata di € 0,28.

Obblighi derivanti dalla partecipazione alle UCPP

- Adesione obbligatoria al ReCup delle prestazioni prioritarie pediatriche che verranno entro 30 (trenta) giorni dalla loro costituzione secondo quanto previsto dal presente accordo aggiornate ed adeguate alle esigenze della Regione Lazio in relazione alla problematica delle liste d'attesa;
- Riunioni trimestrali di self-audit sulla spesa farmaceutica sulla scorta dei dati forniti dai distretti di appartenenza;
- Riunione semestrale con il Direttore di Distretto alle quali parteciperanno i referenti di UCPP;
- Adesione a protocolli di invio prioritari;
- Rendicontazione degli accessi nel periodo influenzale;
- Adesione a protocolli Regionali, Aziendali e Distrettuali relativamente a percorsi assistenziali condivisi di gestione delle patologie croniche (linee guida) e dei soggetti deboli (il finanziamento di tali percorsi dovrà essere individuato dalla Azienda di riferimento);
- Adesione a Progetti Formativi Aziendali e Regionali.
- Disponibilita' alla presa in carico del paziente, per patologia.
- All'interno delle UCPP non possono effettuarsi variazioni di scelta senza l'autorizzazione del pediatra scelto, salvaguardando in ogni caso la possibilità di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale. La Società Laziomatica si impegna a rendere possibile il controllo di tali operazioni.

Modalità di adesione alle UCPP e termine di presentazione delle domande

- I medici che aderiscono alle UCPP presenteranno domanda secondo le modalità dell'allegato A specificando:
 1. tipo di orario effettuato;
 2. orario singoli medici (si rammenta che i medici con scelte superiori ai 500 assistiti sono tenuti a svolgere un orario giornaliero non inferiore alle tre ore come da ACN art. 35);
- Le domande dovranno essere presentate secondo le modalità dell'allegato A1;
- Tutte le UCPP sia quelle già esistenti che quelle di nuova formazione dovranno presentare domanda;
- I Direttori di Distretto saranno responsabili della comunicazione della ricezione delle domande;
- Le domande dovranno essere inviate al Distretto di appartenenza, a mezzo raccomandata A/R o a mano con registrazione del numero di protocollo;
- Per le domande, inviate a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, si fa riferimento alla data di spedizione, purché nei termini previsti; a tal fine fa fede la data dell'ufficio postale accettante;
- Il Distretto verificherà la corretta applicazione del presente regolamento;
- In caso di inadempienza verranno attivate le procedure previste, a tale titolo, dall'A.C.N. per la pediatria di libera scelta.

Raccomandata A.R.

ALLEGATO A1

Al Direttore Generale della ASL

Al Direttore del Distretto della ASL.....

Oggetto: Accordo integrativo regionale per la continuità dell'assistenza per la pediatria di libera scelta.

I sottoscritti Medici Pediatri:

	<i>Nome</i>	<i>Cognome</i>	<i>Ubicazione studio</i>	<i>Telefono</i>	<i>Distretto</i>	<i>Cod. Regionale</i>
1						
2						
3						
4						
5						

Aderendo liberamente e volontariamente al progetto di continuità dell'assistenza per la pediatria di libera scelta, riconoscendo all'Ordine dei Medici il rispetto interno del progetto stesso ed alla Azienda U.S.L. ed alle Organizzazioni Sindacali di categoria il rispetto dell'accordo nell'ambito territoriale;

comunicano la loro adesione al progetto

e si impegnano ad assicurare tutti i compiti previsti dal protocollo operativo.

E che l'insieme degli studi garantirà (cancellare la voce che non interessa):

- Orario continuativo di nove ore giornaliere dalla 10 alle 19 dal lunedì al venerdì;
- Orario di otto ore giornaliere dal lunedì al venerdì (solo se l'U.C.P.P. è composta di 2 o 3 pediatri).

Comunicano che i seguenti medici già operano in forma associativa:

- Pediatria in associazione;
- Pediatria di gruppo.

	<i>Nome</i>	<i>Cognome</i>	<i>Tipo di forma associativa</i>
1			
2			
3			
4			
5			

Comunicano di aver stabilito che il loro referente organizzativo presso l'Azienda U.S.L. sarà il

Dott..... Telefono..... E-Mail.....

Comunicano che l'apertura dei loro studi professionali sarà la seguente:

	<i>Nome</i>	<i>Cognome</i>	<i>Lunedì matt.pom.</i>	<i>Martedì matt.pom.</i>	<i>Mercoledì matt.pom.</i>	<i>Giovedì matt.pom.</i>	<i>Venerdì matt.pom.</i>	<i>Sabato</i>
1								
2								
3								
4								
5								

In fede:

1.
2.
3.
4.
5.

Data _____

NORMA FINALE N.1

Le somme recuperate ai pediatri di famiglia relative ai compensi 2000-2003 vengono reinvestite su progetti inerenti la pediatria di base.

NORMA FINALE N. 2

La Regione e le OO.SS. firmatarie dell'Accordo Regionale si impegnano a verificare, ogni 6 mesi, l'andamento degli oneri conseguenti alle prestazioni di cui all'allegato B (Prestazioni aggiuntive) dell'Accordo, fermo restando che la spesa non può superare quella erogata nell'anno 2005.

NORMA FINALE N. 3

Per quanto non previsto dal presente Accordo Regionale si rimanda alle norme contenute nell'ACN per la pediatria di libera scelta sottoscritto il 15/12/2006.

NORMA TRANSITORIA N. 1

Fermo restando quanto stabilito all'art. 32, premesso che, sul territorio esiste una disomogenea collocazione dei pediatri di libera scelta (a tal proposito si fa riferimento ai dati di cui all'allegato 1 del presente Accordo) che determina una disuguaglianza nell'erogazione dell'assistenza pediatrica e la libera scelta del cittadino. Per riequilibrare detta situazione si procede con una sola determinazione, nel mese di novembre 2006, in deroga delle zone carenti straordinarie, secondo il seguente criterio: per ogni distretto di scelta in cui la media degli assistiti in carico ai pediatri ivi operanti sia superiore a 800 si inserisce, in convenzione, 1 pediatra. Qualora ancora insiste lo squilibrio si provvede a convenzionare 1 pediatra ogni 800 scelte o frazione superiore a 400.

Nel calcolo deve tenersi conto anche delle eventuali limitazioni o autolimitazioni di massima, proporzionando le scelte al massimo individuale. Si chiarisce che ai sensi del comma 6 dell'art. 32 dell'A.C.N. il Comune di Roma è considerato unico distretto di scelte.

L'Azienda U.S.L., sentito il parere del Comitato d'Azienda, nel segnalare eventuali carenze, deve indicare il comune o la frazione dove il neo-inserito obbligatoriamente deve garantire l'assistenza ambulatoriale. L'indicazione dell'obbligo costituisce vincolo che si protrae fino alla pubblicazione di zone carenti ordinarie nello stesso distretto, a richiesta del pediatra interessato l'Azienda, nel comunicare l'ambito territoriale carente, indica la zona stessa agli effetti dell'apertura dello studio medico a carico del neo-inserito.

NORMA TRANSITORIA N. 2

Fermo restando l'applicazione delle limitazioni di massima di cui all'art. 38 dell'A.C.N., il pediatra con incarico orario nella medicina generale o specialistica pediatrica (ex S.U.M.A.I.) con scelte superiori al proprio massimo individuale deve rientrare nello stesso entro il 31/12/2007.

NORMA TRANSITORIA N. 3

La quota riservata all'Azienda U.S.L. per la formazione di cui all'art. 20 dell'A.C.N. se non impegnata nel corso dell'anno, nell'anno successivo viene reinvestita come fondi destinati ai corsi organizzati dagli Enti prescelti.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA

Le OO.SS. firmatarie del presente Accordo concordano che l'applicabilità degli obiettivi contenuti nello stesso, pur condivisi nella loro totalità, è vincolata ad una precisa disponibilità economico-progettuale che porti ad una reale riqualificazione dell'assistenza territoriale e di tutte le figure professionali coinvolte.

Tenuto conto della difficile congiuntura economica e della nuova cornice normativa nazionale, il raggiungimento degli obiettivi potrà ottenersi solo con una necessaria gradualità legata alla disponibilità delle risorse impegnate.

Le parti si impegnano, in accordo con gli obiettivi programmatici della attuale amministrazione regionale, a formalizzare progetti utili a strutturare il sistema dell'assistenza pediatrica anche tramite l'utilizzo di finanziamenti sia provenienti dal Ministero della Salute che dalla Comunità Europea nell'ambito delle cure primarie.

ALLEGATO 1

RAPPORTO OTTIMALE AL 31/12/2005

Pediatri convenzionati nel Lazio n. 762

Assistiti < a 6 anni 295.727

Assistiti > a 6 anni 291.256

R.O. nella Regione

a 1/600 = 493 pertanto + 269 medici

a 1/500 = 591 pertanto + 171 medici

a 1/450 = 657 pertanto + 105 medici

R.O. per Azienda U.S.L.

	<i>Pediatri</i>	<i>Ass. 0-6</i>	<i>R.O. 1/600</i>	<i>Dif.</i>	<i>RO. 1/500</i>	<i>Dif.</i>	<i>R.O. 1/450</i>	<i>Dif.</i>
Frosinone	57	23616	39	+18	47	+10	52	+5
Latina	69	31191	52	+17	62	+7	69	0
Rieti	19	6812	11	+8	14	+5	15	+4
Viterbo	33	13290	22	+11	27	+6	30	+3
Roma A-B-C D+Fiumicino	403	147944	247	+156	297	+106	329	+74
Roma F	40	16643	28	+12	33	+7	37	+3
Roma G	65	26070	43	+22	52	+13	59	+6
Roma H	76	30161	50	+26	60	+16	67	+9
Totali	762	295.727	492	+270	592	+170	658	+104

Assistiti

Totale = 586.983

di cui < a 6 anni 295.727 e > a 6 anni 291.256

media regionale per medico 770 di cui < a 6 anni 388 e > a 6 anni 382

Nel particolare per Azienda U.S.L.:

	<i>Assist. < a 6 anni</i>	<i>Media</i>	<i>Assist. > a 6 anni</i>	<i>Media</i>	<i>Totale assist.</i>	<i>Media</i>
Frosinone	23616	414	20539	360	44155	775
Latina	31191	452	26879	390	58070	842
Rieti	6812	359	6594	347	13406	706

Viterbo	13290	403	12344	374	25634	777
Roma A-B-C D+Fiumicino	147944	367	157959	392	305903	759
Roma F	16643	416	14601	365	31244	781
Roma G	26070	401	22182	341	48252	742
Roma H	30161	397	30156	397	60317	794
Totali	295.727	388	291.254	382	586.983	770

Assistiti dei pediatri di libera scelta

Anno 2001	assistiti 537234			
Anno 2002	“ 543783	incremento annuo	6549	
Anno 2003	“ 558861	“	“	15078
Anno 2004	“ 574702	“	“	15841
Anno 2005	“ 586983	“	“	12281

ALLEGATO 2°

ISTITUTO CONVENZIONALE PEDIATRIA DI FAMIGLIA

Assistiti 586.782
Pediatri 762

TAB. A

	Tariffa	Percentuale	Al 31/12/2006	Costo annuo	Costo annuo 2006
Medicina in associazione	8,00	40%	234.696,00	1.877.568,00	1.034.613,00
Medicina di gruppo	9,00	10%	58.678,00	528.102,00	500.000,00
Medicina collaboratore di studio	10,00	11%	685.41,00	685.541,00	685.541,00
Indennità informatica	77,47 (mensile)	50%	29.516,07 (mensile)	354.192,84	306.781,00
TOTALE				3.445.403,84	2.526.935,00

TAB. B

	Costo annuo	Costo annuo 2006
P.I.P.	1.342.654,00	1.342.654,00

TAB. C

	Costo annuo	Costo annuo 2006
Bilanci di salute anno 2005 2.129.894 + 2	2.738.435,01	2.129.894,00
Libretti pediatrici anno 2005 1.267.546 + 10.000 nuovi X 1 € = 100.000,00 Euro	1.367.546,00	1.367.546,00
TOTALE	4.105.981,01	3.497.440,00

TAB. D

	Costo annuo	Costo annuo 2006
U.C.P.P. percentuale 70% assistiti n. 410.747 X 1 mese X 12 mesi	4.928.964,00	1.642.988,00
U.C.P.P. referente 533 X 4% = 133 X 2400	319.200,00	106.400,00
TOTALE	5.248.164,00	1.749.388,00

TOTALE COSTO ANNUO 2006 A)2.526.935,00 + B)1.342.654,00 + C)3.497.440,00 +
D)1.749.388,00 = € **9.116.417,00**

ALLEGATO 3°

CONSISTENZA DEL FONDO ANNO 2006

TAB. A

	Assistiti	Importo unitario	Tetto compensato
Quota base	586.782	2,09	1.226.374,38
Importi di cui all'art. 58 punto B comma 3	586.782	2,07	1.214.638,74
Importi di cui all'art. 58 punto B comma 14	586.782	3,08	1.807.288,56
TOTALE			4.248.301,68

TAB. B

Stanziamiento delibera della Giunta Regionale n. 775 01/08/2003	2.250.250,00
Stanziamiento per la formazione	825.718,11
Quota derivante dai libretti pediatrici 2005-2006	700.000,00
TOTALE	3.775.968,11

TAB. C

Art. 58 quota C	1.342.694,00
-----------------	--------------

Totale consistenza fondo 9.366.963,79
(A+B+C)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 18 dicembre 2006, n. 885.

Funzioni delegate dallo Stato alle Regioni in materia di incentivi alle imprese. Approvazione del piano di riparto del Fondo Unico per l'anno 2006 (art. 86 legge regionale n. 14/99).

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Piccola e Media Impresa, Commercio e Artigianato

VISTO il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 e successive modificazioni, concernente il conferimento di funzioni e compiti amministrativi dallo Stato alle Regioni ed agli Enti locali, in attuazione del Capo I della Legge 15 marzo 1997 n. 59;

VISTA la legge regionale 6 agosto 1999, n.14, che disciplina l'organizzazione a livello regionale delle funzioni e dei compiti amministrativi trasferiti e delegati dallo Stato a norma degli artt. 117 e 118 della Costituzione;

VISTO in particolare l'art.86 della legge sopraccitata, come modificato dall'art. 25 comma 7 della Legge Regionale n. 2 del 12 gennaio 2001, con il quale è stato istituito il "Fondo Unico Regionale per lo sviluppo economico e per le attività produttive" nel quale, ai sensi dell'articolo 47, comma 4 del D.Lgs. 112/98, confluiscono i fondi statali relativi alle funzioni in materia di agevolazioni alle imprese a qualunque titolo conferite alle Regioni, nonché tutte le ulteriori risorse comunque destinate ad interventi di sostegno di qualunque genere per l'industria, artigianato e commercio;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 dicembre 2003 "Criteri di ripartizione e ripartizione tra le regioni, per gli anni 2004 e seguenti, delle risorse finanziarie individuate per l'esercizio delle funzioni conferite dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 in materia di agevolazioni alle imprese", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 68 del 22.03.2004;

CONSIDERATO che con decreti dell'Ispettore Generale Capo del Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, n. 0143092 e n. 0143101 del 30.10.2006 è stato definito il trasferimento alle Regioni a statuto ordinario della somma complessiva di Euro 636.148.045,00, secondo la percentuale di riparto prevista dal richiamato D.P.C.M. 23 dicembre 2003, e che alla Regione Lazio compete la somma di Euro 31.213.506,00 secondo i seguenti riferimenti:

- Parte capitale Euro 31.200.082,00
- Parte corrente Euro 13.424,00

VALUTATO altresì che, ad integrazione delle disponibilità sopra indicate occorre tenere conto di ulteriori risorse, per un ammontare complessivo di Euro 3.446.923,93 derivanti:

- quanto ad Euro 1.784.000,00 da risorse stanziato sul capitolo B22106 "Cofinanziamento regionale del Fondo Unico per le attività produttive"
- quanto ad Euro 1.662.923,93, da economie di spesa verificatesi in ordine alle disponibilità destinate, nei precedenti esercizi finanziari, al finanziamento di leggi delegate che sono state parzialmente utilizzate per minore entità di richieste;

CONSIDERATO per quanto sopra che la disponibilità totale del Fondo Unico per le attività produttive, risulta per l'anno in corso pari ad Euro 34.660.429,93 di cui:

- Euro 34.647.005,93 parte capitale
- Euro 13.424,00 parte corrente;

CONSIDERATO che le entrate in parte corrente possono essere utilizzate solo per coprire le spese di gestione dei vari provvedimenti;

RITENUTO di dover prevedere con il presente riparto il cofinanziamento degli articoli 11 (Tutela ambientale e sicurezza nei luoghi di lavoro) e 12 (Interventi a sostegno dell'attività produttiva) della legge regionale 19 febbraio 1998 n.7;

ATTESA la necessità di definire il programma di intervento per l'anno in corso attraverso il riparto del Fondo Unico onde poter consentire la rapida attivazione dei vari strumenti di sostegno alle imprese, alcuni dei quali necessitano di apposito avviso pubblico;

ESPERITA la procedura di Concertazione;

All'unanimità

DELIBERA

- di dare atto che le risorse che ai sensi dei decreti I.GE.P.A n. 0143092 e n. 0143101 del 30.10.2006 sono confluite nel fondo unico regionale per lo sviluppo economico e per le attività produttive, istituito dall'art. 86 della legge regionale 6 agosto 1999 n.14, come modificato dall'art. 25 comma 7 della Legge Regionale n. 2 del 12 gennaio 2001, risultano per l'anno in corso pari ad Euro 31.213.506,00 di cui Euro 13.424,00 quale parte corrente da destinare alle spese di gestione e che la disponibilità complessiva da ripartire, per quanto indicato in premessa, risulta pari ad Euro 34.647.005,93;
- di procedere al riparto delle risorse del Fondo Unico, nei limiti dell'importo disponibile, destinandole al finanziamento degli incentivi elencati nell'allegato "A" che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, nell'entità indicata per ciascuna tipologia di intervento e per un ammontare complessivo di Euro 34.647.005,93;
- di autorizzare le strutture competenti a porre in essere tutte le iniziative necessarie a dare attuazione alla presente deliberazione, delegando ad esse la predisposizione degli atti conseguenti, ivi compresa l'approvazione dei bandi e la fissazione della data di inizio e di chiusura dei procedimenti di accesso agli incentivi.-
- di autorizzare la pubblicazione della presente deliberazione e del relativo allegato sul BUR Lazio

ALLEGATO "A"

Funzioni in materia di incentivi alle imprese conferiti alle Regioni - Programma 2006

N°	Legge	Descrizione	Riparto 2006
1	Legge n. 949 del 25/07/1952 -	Contributi agli interessi sulle operazioni di credito agevolato alle imprese artigiane	1.000.000,00
2	Legge n. 1329 del 28/11/1965 Legge Sabatini	Agevolazioni per l'acquisto di nuove macchine utensili - Agricoltura, Industria, Artigianato, commercio, Turismo, Altri - (c/interesse, c/canoni)	1.000.000,00
		Cap. 22106 cofinanziamento regionale del fondo unico per le attività produttive	1.784.000,00
3	Legge n. 598 del 27/10/1994	Investimenti per innovazione tecnologica, tutela ambientale, innovazione organizzativa, Innovazione commerciale sicurezza sui luoghi di lavoro Piccole Medie Imprese - (C/capitale)	8.500.000,00
4	Legge n. 598 del 27/10/1994	Investimenti per ricerca industriale e sviluppo precompetitivo (Imprese Piccole, Medie e Artigiane)	6.000.000,00
5	Legge n. 140 del 28/05/1997	Incentivi automatici per la ricerca e l'innovazione - Piccole Medie e Grandi Imprese (Credito di Imposta/Bonus fiscale)	4.000.000,00
6	Legge n. 449 del 27/12/1997	Incentivi automatici al commercio e al turismo (Promuovere la riqualificazione della rete distributiva attraverso la concessione di un credito d'imposta alle piccole e medie imprese commerciali)	5.000.000,00
7	Legge n. 83 del 21/02/1989	Sostegno all'esportazione per consorzi tra piccole e medie imprese industriali, commerciali e artigiane	302.000,00
8	Legge n. 394 del 29/07/1981	Contributi finanziari ai consorzi agroalimentari e turistico-alberghiero	180.000,00
9	Legge n. 887 del 29/11/1982	Consorzi garanzia fidi nel commercio e turismo (contributi a favore di cooperative e consorzi di garanzia fidi)	600.000,00
10	Legge n. 41 del 28/02/1986 Art. 11	Interventi a favore di mercati e centri commerciali all'ingrosso	4.000.000,00
11	Legge Regionale n. 20 del 21/03/2003	Disciplina per la promozione e il sostegno della cooperazione	1.500.000,00
12	L.R. 19 Febbraio 1998, n. 7	Art. 11 (Tutela ambientale e sicurezza nei luoghi di lavoro)	100.000,00
13	L.R. 19 Febbraio 1998, n. 7	Art. 12 (Interventi a sostegno dell'attività produttiva)	681.005,93
		Totale	34.647.005,93