

**REPUBBLICA ITALIANA**  
**Regione Siciliana**



**ASSESSORATO DELLA SALUTE**  
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

**ACCORDO REGIONALE DI PEDIATRIA**

**PREMESSE**

La Regione Siciliana, nel rispetto dell'art. 8 del D.lgs 502/92 e s.m.i. ed in armonia con il dettato normativo della LR 5/09, nell'intento di un uso appropriato delle risorse in un'ottica di miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria territoriale, stipula, con le organizzazioni sindacali rappresentative a livello regionale, il presente accordo.

Il presente documento delinea gli scenari attuativi generali dell'ACN Accordo Collettivo Nazionale 2009 e ribadisce il ruolo centrale del Pediatra di Libera Scelta (PLS) quale garante e gestore della salute globale della popolazione in età pediatrica, attraverso compiti e programmi di prevenzione, educazione sanitaria, riduzione del rischio clinico, potenziamento della gestione delle cronicità e delle cure domiciliari, con la collaborazione delle strutture socio-sanitarie territoriali e di altre figure professionali.

Le parti, quindi, condividono l'esigenza:

- di pervenire al miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale attraverso la valorizzazione delle cure primarie, creando nel territorio opportunità tali da soddisfare la maggior parte dei bisogni di salute dei cittadini e ridurre il ricorso improprio all'assistenza sanitaria di secondo livello;
- di migliorare l'utilizzo delle risorse finanziarie regionali disponibili, improntandolo ai principi di appropriatezza, di efficacia, di efficienza e di equità degli interventi socio-assistenziali;
- di razionalizzare la spesa farmaceutica, per quanto di competenza della Pediatria di Libera Scelta;
- di riqualificare e potenziare l'assistenza territoriale, al fine di ridurre il tasso di ospedalizzazione;
- di promuovere il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure al fine di ridurre il rischio di incorrere in danni conseguenti al trattamento, nel rispetto delle reciproche funzioni istituzionali dei diversi attori.

Inoltre concordano sull'opportunità di promuovere:

- la formazione continua del medico;
- il potenziamento delle forme associative, per un migliore accesso ai servizi da parte dell'utenza;
- la costituzione di forme di lavoro innovative come momento organizzativo funzionale (AFT) e strutturale (U.C.C.P.) finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale tra i vari operatori del S.S.R. (Pediatri di Libera Scelta, Medici di assistenza primaria, Medici della continuità assistenziale, Specialisti ambulatoriali del distretto e dei Presidi Ospedalieri, Operatori dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri, Specialisti convenzionati esterni);
- l'integrazione e l'adesione al sistema informativo socio-sanitario, con modalità concordate;
- l'integrazione con il Distretto.

Le parti in trattativa concordano sulla necessità di intraprendere uno sforzo comune che si basi su alcuni capisaldi fondamentali di innovazione del sistema di relazioni tra i Pediatri di Libera Scelta e gli altri attori del SSR.

L'impegno di tutte le componenti del Sistema assistenziale nel periodo di vigenza di questo accordo è quello di eliminare i costi collegati agli aspetti di minore qualità dell'assistenza (prestazioni non appropriate) nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): è quindi diventata prioritaria l'individuazione di azioni da mettere in campo per garantire i livelli assistenziali e la qualità di erogazione

dell'assistenza su standard quanto più possibile elevati, nel rispetto della compatibilità economica e dei ruoli svolti da tutti gli attori del S.S.R..

Il Nuovo ACN 2009 rinforza maggiormente il concetto della *centralità delle Cure Primarie*, dell'*Appropriatezza* e del *Governo Clinico* da intendersi come sviluppo di logiche di *governance* tra le componenti gestionali del sistema, che mirano all'efficienza, con le componenti tecnico-professionali, naturalmente orientate all'efficacia, e ciò per garantire salute e adeguati standard assistenziali al paziente-utente.

Esso sottolinea inoltre, a fronte dell'aumentare della complessità organizzativa e tecnologica, la necessità di sviluppare un sistema di relazioni tra diverse professionalità e diversi livelli di cura ed evidenza nella *continuità dell'assistenza* e nell'*integrazione tra professionisti* l'obiettivo operativo da realizzare a breve scadenza.

Per ridurre il ricorso inappropriato all'assistenza ospedaliera, è necessario che l'utente-paziente trovi una risposta adeguata e tempestiva ai propri bisogni nel territorio. Proprio in ragione di ciò la continuità dell'assistenza e l'adeguato potenziamento dell'associazionismo diventano i capisaldi di una politica di prevenzione dell'ospedalizzazione.

L'integrazione tra professionisti e tra diversi livelli assistenziali deve giocarsi su vari piani :

- culturale, e l'affermarsi delle logiche di *audit* integrati per concordare strategie, azioni e protocolli comportamentali comuni ne rappresentano il caposaldo;
- organizzativo-operativo, e la Gestione Integrata, con Percorsi Assistenziali condivisi costituiscono uno strumento insostituibile in tale direzione;
- comunicativo e informativo, ed in questo campo l'uso di strumenti di comunicazione sulla gestione dei pazienti e lo sviluppo di un idoneo sistema informativo risultano essere una sfida improcrastinabile dell'immediato futuro per la Regione e per tutte le componenti assistenziali.

Potenziare le Cure Primarie è un interesse di tutte le componenti del sistema. Rinnovare il sistema delle Cure Primarie significa accettare una sfida di rinnovamento profondo anche degli aspetti strutturali ed organizzativi, ed in questa direzione il Nuovo ACN 2009 apre prospettive importanti con le nuove forme aggregative: le AFT- Aggregazioni Funzionali Territoriali, e le UCCP - Unità Complesse di Cure Primarie. Con tali formule, che bisognerà tempestivamente attivare anche nel nostro sistema regionale, si vuol fare emergere il concetto del PLS come attore interno, con una precisa responsabilità non solo "verso" ma anche "dentro" il sistema. Lo scenario aperto in tale direzione dal Nuovo ACN è una sfida irrinunciabile, rappresentando un ulteriore strumento ed un'ulteriore opportunità di profonda riqualificazione delle Cure Primarie.

In tale contesto appare essenziale che le risorse recuperate, rispetto alla spesa storica, anche attraverso i piani di razionalizzazione della spesa ospedaliera, siano utilizzate per una offerta di altri servizi territoriali qualificati, più efficaci e più efficienti.

Altresì appare pre-requisito opportuno che tutti gli operatori del S.S.R. debbano potersi "misurare" (sistemi di audit) con adeguati sistemi di reportistica e di valutazione dei risultati ottenuti mediante sistemi informativi ed informatici per poter implementare modelli condivisi di governo clinico almeno per quelle patologie a maggiore impatto e prevalenza. Tutto ciò renderà sempre più possibile la corresponsabilizzazione da parte dei singoli operatori sanitari in ogni fase del percorso assistenziale basandosi su una valutazione del loro operato in base a indicatori e standard prefissati e finalizzati alle performance raggiungibili nel territorio, determinando un circolo virtuoso che possa permettere una maggiore razionalizzazione e qualificazione delle cure offerte dal S.S.R.

Le finalità e gli obiettivi finanziati dalla Regione Siciliana con il presente accordo integrativo sono monitorizzati annualmente dall'Assessorato della Salute attraverso il Comitato Regionale Permanente per la Pediatria di Libera Scelta.

L'Assessorato, avvalendosi anche della consulenza dell'AGENAS, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, predisporrà, per ogni singola ASP, indicatori di struttura, di processo e di risultato per verificare annualmente il raggiungimento degli obiettivi finanziati con il presente accordo.

La Regione Sicilia in accordo con le OO.SS. di categoria firmatarie del presente accordo, fornirà linee di indirizzo e comportamentali uniformi alle Aziende in merito alla corretta applicazione del presente AIR.

Per facilitare l'attuazione dell'Accordo saranno attivati tavoli paritetici di approfondimento, concordati con il Comitato Regionale di Pediatria, finalizzati alla definizione dei dettagli tecnici ed operativi dell'AIR e degli strumenti di supporto allo sviluppo dei temi tecnico-professionali. (Linee di indirizzo comportamentali con modalità attuative, procedure e strumenti di verifica).

### **ART. 1 - L'Associazionismo**

1. Le forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi, sono disciplinate dall'art. 52 del ACN 2009, che si intende integralmente riportato, al quale si rimanda.
2. Le forme associative rappresentano un fattore determinante nella realizzazione di una qualificata continuità assistenziale sul territorio, integrandosi con i servizi e le attività territoriali ed ospedaliere, in coerenza con la programmazione locale, e con quanto in corso di attuazione nel campo dell'organizzazione delle Cure Primarie, con particolare riferimento alla realizzazione ed al funzionamento dei PTA - Presidi Territoriali di Assistenza, per quanto sarà concordato tra le parti.
3. Le forme associative contribuiscono a garantire elevati livelli qualitativi e appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di processi assistenziali dedicati al monitoraggio di patologie ad alta prevalenza o ad alto carico assistenziale, con l'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi a livello aziendale per l'uso della diagnostica e dei farmaci, in particolare a maggiore variabilità prescrittiva, anche con momenti di verifica periodica, e attraverso il pieno sviluppo delle forme aggregative indicate dal nuovo ACN 2009, ed in particolare le Aggregazioni Funzionali Territoriali, di cui all'art. 26 bis del suddetto Accordo.
4. I PLS, che operano in forma associata:
  - a. devono operare all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta, entro la stessa ASP; nel caso di ambito territoriale limitrofo occorrerà il parere del comitato aziendale per la pediatria;
  - b. devono impegnarsi a svolgere la propria attività ambulatoriale anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, per le prestazioni non differibili;
  - c. devono informare i propri assistiti sulla modalità di accessibilità a ciascun medico facente parte della propria associazione;
  - d. devono dare comunicazione degli orari di studio relativi all'associazione di tutti i medici della forma associativa all'ASP ed esporli in tutti gli studi dei medici oltre che esplicitarli nell'accordo costitutivo della forma associativa. Ogni variazione andrà tempestivamente comunicata all'ASP ed esposta in tutti gli studi dei medici associati.
5. L'associazionismo permane una scelta volontaria del PLS, che può, pertanto scegliere di non associarsi. Anche per il PLS non associato è comunque prevista la partecipazione obbligatoria all'AFT- Aggregazione Funzionale Territoriale di appartenenza e, come indicato dall'ACN, tale obbligatorietà è connessa al mantenimento della convenzione.
6. La forma associativa è costituita da un numero di PLS non inferiore a 2. I componenti che si inseriscano successivamente in una associazione precedentemente costituita saranno inclusi nella relativa graduatoria secondo la propria data di ingresso nell'associazione stessa: l'indennità di associazionismo sarà loro corrisposta in relazione alle percentuali previste per tale indennità dal presente accordo, solo in presenza di risorse disponibili, all'interno del budget economico stimato.
7. L'associazione resta validamente costituita e ne conserva tutti i diritti e doveri acquisiti nel caso in cui uno o più componenti, fermo restando il numero minimo, non ne faccia più parte.

L'associazione resta validamente costituita e ne conserva tutti i diritti e doveri nel caso in cui aumenti il numero dei propri componenti nel rispetto del dettato dell'art. 52 dell'A.C.N. per ogni singola forma associativa.
8. Devono essere previste riunioni periodiche, nella misura di almeno due volte all'anno e delle quali dovrà essere redatto verbale da trasmettere alle direzioni del distretto di appartenenza, fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale.

## 9. Forme associative

### a) Associazionismo Semplice

Il presente AIR riconosce, anche ai fini della relativa indennità economica, per tale forma associativa l'incremento del tetto dal 55% (percentuale già riconosciuta nei termini e nelle scadenze previsti in sede di pre-accordo regionale siglato il 22/10/2009) al 65% degli assistiti, all'interno del budget economico assegnato per l'associazionismo, a partire dalla pubblicazione del presente accordo. Il tetto può essere superato nei casi previsti dal comma 11. Nella gestione della priorità di accesso all'indennità, sarà considerata la data di costituzione della forma associativa o di inserimento del singolo PLS in una associazione già costituita, risultante dagli estremi del protocollo dell'Ordine.

### b) Associazionismo di Gruppo

Il tetto previsto per tale forma associativa è il 10%, (percentuale già riconosciuta anche economicamente nei termini e nelle scadenze previsti in sede di pre-accordo regionale siglato il 22/10/2009), all'interno del budget assegnato per l'associazionismo. Il tetto può essere superato nei casi previsti dal comma 11.

E' previsto anche l'uso della sede dell'associazionismo di gruppo per attività integrate di tipo UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria) con specialista e infermiere distrettuale per la gestione integrata di pazienti cronici (vedi più avanti), sulla base di accordi e programmi concordati localmente a livello di ASP e di distretto.

10. a) Le associazioni già costituite, che usufruiscono dell'indennità e che non subiscono trasformazioni, restano validamente costituite e conservano tutti i doveri e diritti acquisiti.

b) Le domande per l'accesso all'indennità devono essere quindi presentate alle ASP di appartenenza esclusivamente dai referenti delle associazioni di nuova costituzione e delle associazioni già costituite non beneficiarie dell'indennità o in cui si siano inseriti nuovi componenti.

c) La domanda per usufruire dell'indennità, corredata dall'atto costitutivo munito degli estremi di protocollo dell'Ordine dei Medici, deve essere presentata alle Aziende entro 30gg dalla pubblicazione dell'AIR su gazzetta ufficiale: la graduatoria redatta dall'Azienda sarà utilizzata per l'assegnazione dell'indennità, che sarà corrisposta fino al raggiungimento della percentuale prevista, all'interno del budget economico assegnato alla singola Azienda per tale indennità; oltre questo termine le domande dovranno essere presentate entro il 31 dicembre di ogni anno per l'aggiornamento della graduatoria aziendale, che sarà pubblicata entro 45 giorni dal termine di presentazione delle domande e quindi utilizzata nell'anno successivo per l'assegnazione dell'indennità, fino al raggiungimento della percentuale prevista in base al budget economico disponibile per l'azienda per tale indennità.

d) L'azienda, ricevuto l'atto costitutivo delle nuove associazioni o la comunicazione delle variazioni intervenute in seno alle associazioni già costituite, ne verifica i requisiti di validità e - entro 45 giorni - ne prende atto con provvedimento formale, dal quale deriva l'obbligo di operare in conformità a quanto previsto per la forma prescelta. Gli effetti economici decorrono dal ricevimento di valido atto costitutivo per le associazioni posteutilmente in graduatoria.

11. Fermo restando il tetto stabilito per l'associazionismo (65% per la forma semplice e 10% per quella di gruppo), qualora l'impegno economico per una delle forme associative risultasse inferiore al budget economico assegnato alle singole Aziende, queste ultime potranno utilizzare i fondi residui prioritariamente per incrementare le percentuali dell'altra forma associativa, anche al di sopra del tetto previsto, ovvero per la realizzazione di accordi aziendali su specifici progetti, proposti in seno al comitato aziendale dopo approvazione del Comitato regionale per la pediatria.

## **ART. 2 - Il Governo Clinico e la Gestione Integrata**

La Regione Siciliana, nel più ampio scenario degli obiettivi previsti dal piano di prevenzione nazionale, individua ambiti prioritari di attività finalizzati al governo clinico, cui i PLS devono aderire secondo modalità contrattate.

Per l'anno 2011, il PLS deve contribuire alla creazione di un "Registro" aziendale e regionale di target selezionati di pazienti (Diabete Mellito, obesità, dislessia/discalculia/disgrafia) e deve attivare, per il tramite dell'organizzazione distrettuale, la "gestione integrata" di tali pazienti con le strutture assistenziali distrettuali e ospedaliere secondo percorsi assistenziali concordati.

Il PLS seleziona i propri pazienti dei target suddetti anche tramite lo strumento "Bilanci di salute". Rientra nelle attività legate al Governo Clinico e quindi alla relativa incentivazione economica, l'impegno del PLS all'invio dei dati in formato elettronico rilevati durante le visite "filtro" alla Regione e all'ASP di appartenenza (v. art. 4).

Il PLS "registra" (tramite la compilazione e l'invio alla propria ASP e alla Regione della "Scheda di start up", elaborata e condivisa in seno al Comitato Regionale della Pediatria) i propri pazienti dei target suddetti e li invia allo "Sportello" del PTA /Poliambulatorio che svolgerà le funzioni di registrazione e indirizzamento verso i servizi appropriati: Specialisti ambulatoriali, Centri diabetologici, Neuropsichiatria Infantile ed eventuali altri servizi aziendali (Servizio sociale, Servizio di Psicologia, Educazione alla salute, etc) per la costruzione di un piano di cura integrato.

Il PLS riceve il Piano di Cura indicato dallo Specialista (nell'ambito di percorsi assistenziali concordati a livello regionale e/o aziendale) e garantisce una gestione attiva dell'assistenza, attraverso:

- il rispetto delle visite previste nel Piano di Cura concordato con lo Specialista;
- il richiamo attivo del paziente ai controlli periodici;
- la partecipazione ai Piani di cura dei pazienti eventualmente gestiti in *day service*;
- la partecipazione a programmi di educazione dei pazienti e dei *caregiver* familiari.

Eventuali scostamenti rispetto a quanto previsto dai percorsi vanno motivati.

Per il sistema di verificasi utilizzeranno indicatori di processo e di esito intermedio. Nelle more della realizzazione di un sistema informativo unico PLS-Distretto, si utilizzerà un "Registro informatico" presso il PTA-Distretto e si consegnerà ai pazienti in Gestione Integrata un Libretto-paziente.

Per la partecipazione attiva e monitorata a tali programmi verrà corrisposta al PLS la quota 3.08 euro/assistito/anno della quota ponderata variabile (ex art. 58, lett B, c.14-18)

### **ART 3 - "Progetto Qualità"**

Il progetto qualità racchiude i seguenti contenuti:

- Partecipazione del Pediatra di Libera Scelta agli "Ambulatori di Continuità Assistenziale" (*Transitional Care*) rivolti alle fasce di adolescenti con particolari problemi assistenziali (patologie croniche, disagi relazionali, malattie rare, ...), che richiedono un "accompagnamento" nella fase di passaggio alla gestione da parte del Medico di Medicina Generale. Tali attività si svolgeranno, previa segnalazione dei casi al distretto ed al PTA - Presidio Territoriale di Assistenza, all'interno degli "Ambulatori di Gestione Integrata" previsti nell'Accordo siglato con la Medicina Generale e prevedranno anche la partecipazione del personale del distretto (infermiere, assistente sociale, specialisti, neuropsichiatria infantile, ...) e, ove necessario, del personale dei presidi ospedalieri di ASP e delle aziende ospedaliere;
- Disponibilità telefonica per 6 (sei) ore diurne, dal lunedì al venerdì, distribuite equamente nelle ore antimeridiane e pomeridiane, nelle fasce orarie dalle ore 8 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 20 ecomprendenti le ore di apertura dell'ambulatorio. Gli orari saranno comunicati ai pazienti e alle Aziende. Tale servizio non si prefigge scopi diagnostici ma è principalmente finalizzato a fornire consigli, approfondimenti di quanto già prescritto e/o di organizzazione di successivi controlli, anche al fine di ridurre il ricorso improprio al pronto soccorso. In merito alla contattabilità telefonica, sono fatte salve occasionali condizioni ostative riguardanti la rete mobile e/o fissa indipendenti dalla volontà del PLS.;
- Apertura dello studio di 1 ora in più nei periodi critici, (da ottobre a marzo) salvo diverse soluzioni concordate a livello Aziendale e/o Distrettuale con le OO.SS. sulla scorta delle peculiarità locali, per contribuire a ridurre gli accessi in ospedale;

I pediatri che aderiscono a tale istituto ne danno comunicazione alla propria Azienda di appartenenza, attraverso specifica nota nella quale si precisa il numero telefonico su cui si rende accessibile il contatto.

Le informazioni utili sul servizio fornito (orari di contattabilità telefonica, numero telefonico e varie modalità di accesso al servizio), sono fornite dal pediatra all'Azienda, ai propri assistiti ed affisse presso lo studio.

Tale istituto è su base volontaria e sarà accessibile, senza alcuna limitazione a tutti i PLS che ne faranno richiesta, gli effetti economici decorreranno dal mese successivo alla data di presentazione della richiesta, per un importo pari a €. 4,00 per assistito in carico per anno.

#### **ART. 4 - Progetto salute infanzia - Bilanci di salute**

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

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

Il progetto salute infanzia ha l'obiettivo di strutturare la funzione della prevenzione nell'ambito della quale il pediatra di famiglia svolge:

- visite filtro (definite "bilanci di salute") per l'individuazione precoce dei soggetti affetti da handicap neuro sensoriali e psichici e di fattori di rischio modificabili;
- compilazione scheda sanitaria pediatrica regionale per la raccolta dei principali dati relativi allo stato di salute del bambino;
- interventi di educazione sanitaria nei confronti dei propri assistiti rispetto ai rischi prevalenti per l'età evolutiva;
- esecuzione di screening;
- interventi di profilassi delle malattie infettive nell'ambito di specifici progetti-obiettivo concordati con le OOSS e promozione delle vaccinazioni.

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

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

I Bilanci di Salute vengono effettuati sulla totalità della popolazione infantile residente nella Regione Sicilia. Si stabilisce che il numero dei Bilanci di Salute è 10: il calendario previsto per l'esecuzione delle visite età-filtro è il seguente:

- |  |  |
|--|--|
| 1° visita all'età di 1 mese                      | (± 20 giorni);   |
| 2° visita all'età di 3 mesi                      | (± 30 giorni);   |
| 3° visita all'età di 6 mesi                      | (± 45 giorni);   |
| 4° visita all'età di 12 mesi                     | (± 60 giorni);   |
| 5° visita all'età di 18 mesi                     | (± 90 giorni);   |
| 6° visita all'età di 24 mesi                     | (± 120 giorni);  |
| 7° visita all'età di 36 mesi                     | (± 180 giorni);  |
| 8° visita all'età di 66 mesi                     | (± 180 giorni);  |
| 9° visita nel corso del 10° anno (± 360 giorni)  | (per 10° anno si intende il periodo compreso tra il compimento di 9 anni ed il compimento del 10 anni);  |
| 10° visita nel corso del 12° anno (± 360 giorni) | (per 12° anno si intende il periodo compreso tra il compimento di 11 anni ed il compimento dei 12 anni). |

Il pediatra è tenuto alla compilazione, per ogni visita effettuata, dell'apposita scheda unica regionale (Allegato "B") su supporto informatico. Il tavolo tecnico regionale paritetico di cui in premessa, effettuerà

una revisione degli elementi da valutare nei singoli bilanci anche alla luce dei percorsi assistenziali selezionati.

Il Pediatra si impegna a procedere alla corretta conservazione e salvataggio su supporto informatico, all'invio dei dati rilevati durante la visita "filtro" alla Regione e alla ASP di competenza, secondo modalità tecniche da concordare; ciò al fine di permettere valutazioni di ordine epidemiologico, statistico e clinico sulle condizioni di salute della popolazione pediatrica, nonché sui livelli di copertura vaccinale raggiunti per le malattie prevenibili con vaccinazione. A tal fine verranno definiti, a seguito di specifici incontri, le modalità di raccolta, gestione ed elaborazione dei dati. Sarà garantito ai pediatri di libera scelta il ritorno delle informazioni.

I dati emersi dai Bilanci di Salute, possono meglio far valutare i bisogni assistenziali della popolazione infantile residente e possono essere utilizzati nell'ambito della programmazione delle attività distrettuali, per programmare adeguati e tempestivi interventi e controllare il percorso assistenziale delle patologie di più rilevante interesse sociale.

Il compenso di ciascun Bilancio di Salute è concordato in € 13,00. La liquidazione dei compensi sarà effettuata a seguito dell'invio dei dati rilevati durante le visite "filtro" e di un riepilogo mensile, da trasmettere all'Azienda entro il giorno 15 di ciascun mese successivo.

Fino alla data in cui sarà formalmente avviata la raccolta di tali dati in formato elettronico, per la liquidazione dei compensi il pediatra deve compilare il riepilogo mensile delle prestazioni (Allegato "C"), da trasmettere all'Azienda entro il giorno 15 di ciascun mese successivo.

Si conviene che il bilancio previsto all'età di 66 mesi (8° visita), sarà gratuito e non sarà inserito nel riepilogo mensile ai fini della liquidazione; i dati rilevati nel corso di tale visita, al pari degli altri, dovranno essere trasmessi alla regione e all'ASP.

La parte pubblica si impegna ad analizzare entro l'anno 2011 l'opportunità di riqualificare i bilanci di salute implementando i livelli più elevati previsti dall'ACN 2009 e incrementandone proporzionalmente il compenso.

**b) La Scheda Sanitaria Pediatrica** regionale è parte integrante del programma di sorveglianza sanitaria del soggetto in età evolutiva fondata sull'anamnesi dello stesso al momento del passaggio assistenziale dal P.L.S. al M.M.G. (allegato D).

La scheda sanitaria pediatrica regionale rappresenta lo strumento di raccolta dei principali dati relativi alla salute del bambino, mezzo irrinunciabile di comunicazione tra famiglia, pediatra e altri operatori sanitari, nonché strumento di razionalizzazione e di verifica degli interventi sul bambino.

La scheda sanitaria pediatrica dovrà contenere per ciascun bambino le seguenti informazioni:

- o dati anagrafici;
- o dati anamnestici familiari e personali relativi alla gravidanza, parto, successive epoche neonatali;
- o dati relativi ad eventuali allergie e/o intolleranze;
- o dati relativi alla copertura vaccinale;
- o valutazione dello sviluppo psicomotorio;
- o dati riassuntivi relativi alle patologie e terapie ricorrenti ed alle patologie e terapie croniche.

La scheda sanitaria sarà consegnata ai legali rappresentanti del bambino al momento del passaggio assistenziale al MMG o al momento di un'eventuale revoca; nel caso in cui tale consegna non dovesse verificarsi, sarà cura del Pediatra consegnare la stessa, compilata in ogni parte, direttamente all'ufficio preposto alla ricezione dei prospetti riepilogativi mensili, dopo averne constatato la revoca. E' compito del distretto comunicare mensilmente ai PLS le revoche a favore dei MMG o di altri PLS.

Nel caso in cui la revoca del soggetto quattordicenne sia operata dall'ufficio anagrafe del distretto con modalità routinarie e automatiche, e l'esercente la patria potestà non abbia ancora effettuato la scelta del MMG, si dispone la liquidazione delle schede sanitarie presentate nel riepilogo mensile senza previa verifica del passaggio assistenziale. In questo caso il Distretto provvederà alla consegna del libretto compilato dal PLS all'esercente la patria potestà.

Per tale attività ai pediatri sarà corrisposto un compenso forfettario lordo di € 30,00 per ogni scheda compilata. Per la liquidazione dei compensi il pediatra dovrà compilare un riepilogo mensile delle Schede Sanitarie, da consegnare all'Azienda entro il giorno 15 di ciascun mese successivo. (allegato E).

La scheda sanitaria, su supporto informatico sarà inviata a cura del Pediatra di libera scelta, per via telematica all'Assessorato Regionale alla Sanità – Dipartimento Osservatorio Epidemiologico – al momento della presentazione dei riepiloghi mensili, dati che confluiranno sul Sistema tessera sanitaria, secondo modalità da concordare tra le parti firmatarie del presente accordo, non appena questa ultima andrà a regime.

Per tale istituto il tetto di budget è pari a € 975.000,00. I Pediatri di libera scelta si impegnano a redigere e consegnare la scheda sanitaria per tutti gli assistiti che passino in carico al MMG o ad altro PLS, anche nel caso che tale budget venga superato.

### **c) il Libretto Sanitario Pediatrico**

Allo scopo di reintrodurre l'uso del libretto sanitario nella nostra Regione, le Aziende ASP devono predisporre la stampa del nuovo libretto sanitario individuale che deve essere quindi distribuito presso tutti i punti nascita pubblici e privati accreditati, ma anche presso gli sportelli di scelta/revoca delle ASP.

I Pediatri di Famiglia della Regione Sicilia sono tenuti alla compilazione periodica del Libretto individuale sanitario pediatrico (custodito dai rappresentanti legali dell'assistito) relativamente alle parti di loro competenza. Esso è parte integrante del programma di sorveglianza sanitaria dell'età evolutiva quale mezzo di comunicazione irrinunciabile tra famiglia, pediatra di famiglia ed altri operatori sanitari.

La struttura del libretto sanitario pediatrico viene definita e aggiornata dal Comitato Regionale di Pediatria e costituisce modello unico regionale da adottarsi da parte delle Aziende ASP.

Ai Pediatri di Famiglia viene corrisposta, per il suddetto compito, una quota annua di 10,00 euro per ogni assistito in carico, per i nati a partire dallo 01/01/2011.

Le ASP predisporranno gli opportuni controlli per la verifica dell'effettivo e corretto utilizzo dello strumento.

## **ART. 5 - Nuove formule aggregative: AFT e UCCP**

Il nuovo ACN sottolinea l'importanza dell'appropriatezza, ponendo questo come tema centrale delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), di cui all'art. 26 bis, alle quali i PLS sono chiamati a partecipare obbligatoriamente con le finalità di *"promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della EBM,..."* e di *"promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peerreview"*.

Le AFT rappresentano, quindi, il luogo di confronto e di co-costruzione di protocolli *evidence-based* e di percorsi assistenziali integrati, che dovranno poi trovare concreta applicazione nelle routine assistenziali quotidiane.

In virtù di quanto detto, il presente Accordo sancisce la prospettiva di utilizzare i sistemi incentivanti per gli obiettivi di appropriatezza più impegnativi, quali la costruzione e l'attuazione della "gestione integrata" ed in particolare di percorsi assistenziali integrati, che impegneranno indubbiamente tempi ed energie di integrazione organizzativo-operativa tra i PLS e fra questi e le altre componenti del sistema.

Per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva relativa ai protocolli specifici, quali quelli inerenti i farmaci ad alto costo e la diagnostica routinaria, che riguardano le performance prescrittive del singolo PLS, i PLS e le loro associazioni si impegnano ad attuare l'applicazione dei protocolli concordati in seno alle AFT senza ulteriori incentivi aggiuntivi.

### **AFT e COORDINATORE**

L'AFT è una metastruttura aggregativa che si innesta, su un diverso livello, sulle classiche forme associative e che è inquadrabile come una "precondizione", considerata l'obbligatorietà della partecipazione, necessaria per migliorare la produzione ed i risultati che da essa derivano.

Gli oggetti fondamentali di questa condivisione, tra gli stessi PLS e tra questi e gli altri professionisti in rapporto convenzionale, sono così inquadrabili:



- produzione dei dati necessari ai processi di programmazione ed alle verifiche di processo e di risultato;
- auditmonoprofessionali e/o integrati per l'approfondimento di temi specifiche per la condivisione di protocolli *evidence-based* e di percorsi assistenziali;
- formazione congiunta mirata all'implementazione ed al rafforzamento dei programmi di governo clinico.

La partecipazione obbligatoria del PLS è, quindi, inquadrabile nei seguenti elementi:

- partecipazione alla "vita" dell'AFT, e cioè agli incontri ed alla condivisione dei programmi;
- produzione dei dati necessari al funzionamento dell'aggregazione ed all'espletamento dei suoi compiti (la produzione dei dati del singolo PLS è sottolineata anche dal nuovo ACN 2009);
- contributo alla produzione dei protocolli diagnostico-terapeutici *evidence-based* sulle aree ritenute critiche e loro corretta applicazione.

Poiché la Regione Siciliana identifica nelle AFT il nucleo potenziale del futuro sviluppo delle UCCPe in considerazione dell'importanza di garantire l'efficace funzionamento di tale modello aggregativo, si concorda di identificare un "Coordinatore" per "aggregazioni di AFT" di PLS, per un numero complessivo regionale di 62 coordinatori per il periodo di vigenza del presente accordo.

Il Coordinatore dei nuclei di AFT viene eletto dai componenti delle AFT di competenza e assumerà la responsabilità di svolgimento delle seguenti funzioni per tutta la durata del presente accordo:

- il coordinamento organizzativo-operativo delle AFT, cioè il loro effettivo funzionamento e l'organizzazione degli incontri periodici;
- il raccordo con il "Referente unico" MMG dell'UCCP;
- la raccolta dei dati delle AFT a lui assegnate e l'invio della reportistica periodica al Distretto di riferimento;
- la cura dell'interfaccia tra AFT e ASP;
- la partecipazione ai momenti di verifica e di valutazione;
- la proposta all'Azienda e alla Regione di tematiche critiche, da approfondire e su cui costruire specifici percorsi e protocolli, che si affiancheranno a quelle individuate dalla Regione.

Per l'espletamento di tale funzione, ogni Coordinatore riceverà il compenso forfetario di € 2.400 (duemilaquattrocento) per anno, suddiviso in dodici mensilità, previa verifica dell'efficace espletamento delle funzioni assegnategli. Il Coordinatore nel suo lavoro farà riferimento al Referente unico MMG dell'UCCP e al Dirigente Medico Responsabile del PTA o del Poliambulatorio distrettuale di riferimento, che si avvarrà di personale amministrativo e di segreteria interno.

Il Coordinatore dell'AFT è tenuto al rispetto degli impegni assunti dal presente Accordo e in seno alla programmazione locale di ASP. Il mancato rispetto degli impegni sanciti dal presente Accordo e degli impegni assunti in seno alle AFT, è causa della decadenza dalla funzione e dal sistema incentivante previsto.

Costituiscono cause di decadenza del Coordinatore:

- il mancato assolvimento degli impegni assunti;
- la mancata partecipazione ai momenti comuni (audit, formazione, incontri);
- la sfiducia manifestata dalla maggioranza degli altri PLS afferenti all'AFT.

L'incarico di Coordinatore ha durata corrispondente alla durata del presente AIR (fatte salve dimissioni motivate e comunicate almeno 30 gg prima) ed è rinnovabile.

I PLS componenti delle AFT, sotto la supervisione e la responsabilità del Coordinatore - o, nel caso di mancata elezione di questi, sotto la responsabilità del dirigente di distretto designato a svolgere le funzioni di coordinatore - sono tenuti al rispetto degli impegni assunti, tra i quali la produzione dei dati ed il loro aggiornamento con le modalità, i tempi ed i contenuti concordati, la partecipazione alle attività ed agli incontri promossi dalle AFT, l'applicazione dei protocolli e dei percorsi assistenziali concordati.

Il PLS è obbligato a rispettare gli impegni assunti in seno alle AFT, come indicato dall'art. 13 bis del ACN 2009.

Le AFT, che l'ACN 2009 ha previsto per tutte le tipologie professionali con rapporto convenzionale (MMG, PLS, MCA, Specialisti), sulla base delle necessità e dei programmi aziendali potranno operare sia su base monoprofessionale, sia su basemultiprofessionale integrata (ad es., nel caso di audit integrati per la condivisione di protocolli *evidence-based* o di percorsi di gestione integrata).

Considerata la sperimentabilità di tale progetto, si effettuerà una verifica in itinere e finale dei risultati effettivi della sperimentazione AFT con possibilità di conferma o meno delle figure di coordinamento previste dal presente Accordo.

#### **ART. 6 - Debito Informativo del PLS**

Per la partecipazione ai programmi e per l'accesso agli incentivi previsti dall'AIR il PLS singolo o in associazione, assolverà al flusso informativo richiesto dall'ASP e dalla Regione.

I dati sono necessari per sostenere i processi di pianificazione strategica regionale, aziendale e distrettuale e per permettere il corretto funzionamento dei sistemi di verifica.

La produzione dei dati ("informazioni elementari") da parte del PLS, prevista dall'ACN al comma 5 dell'art.13 bis e dal comma 3 e 4 dell'art.58 bis ACN 2009, è uno strumento naturale del rapporto e non prevede specifica retribuzione. Le modalità e gli strumenti per il trasferimento dei dati di cui ai citati articoli saranno definiti tra le parti e concordati in relazione allo sviluppo dei sistemi informativi regionali .

Per la trasmissione di dati relativi ai Bilanci di salute e delle schede di start up, il PLS si atterrà a quanto stabilito all'art. 2 e 4 e del presente accordo. Ai fini della realizzazione del disegno assistenziale e per l'accesso alla incentivazione prevista per il "governo clinico", la trasmissione dei dati dovrà essere garantita, nelle modalità indicate nell'art. 4 lett. a.

#### **ART. 7 - Prescrizioni di prestazioni specialistiche**

Il PLS nel caso in cui prescriva prestazioni specialistiche, deve rispettare quanto previsto nel D.A. 12/08/2010, e ciò al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e l'accessibilità ai servizi secondo un grado di priorità, di migliorare i tempi di attesa e di dare evidenza alle "prestazioni indotte".

L'ASPeffettuerà delle verifiche periodiche e di queste invierà un report trimestrale al Comitato Regionale per la Pediatria.

#### **Art. 8 - Diritti sindacali - Sostituzioni**

1 - Partecipazione agli organismi previsti dall'A.C.N. 29/07/2009

Ai componenti di parte medica presenti nel Comitato Regionale e nelle Commissioni previste dall'A.C.N. 29/07/2009 e da normative nazionali e regionali, è corrisposto, per ciascuna seduta, un rimborso forfetario di € 100,00 lorde, oltre le spese di viaggio previste dalle vigenti norme.

Ai componenti di parte medica presenti nei Comitati Aziendali e nelle Commissioni Aziendali, autorizzate dal Comitato Regionale, è corrisposto, per ciascuna seduta, un rimborso forfetario di € 80,00 lorde.

Al fine della corresponsione del compenso, il medico presenta all'Azienda di appartenenza la certificazione attestante la presenza alle sedute.

2 - Ore sindacali

La Segreteria Regionale del sindacato comunica ogni anno alle aziende interessate i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità della quota parte di orario spettante, con l'indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

Il numero delle ore utilizzate per lo svolgimento dei compiti sindacali, ai sensi dell'art. 21 comma 6 dell'A.C.N. 2009, può essere comunicato mensilmente, trimestralmente o semestralmente all'Azienda Sanitaria Provinciale di appartenenza, che provvederà, entro il mese successivo, al relativo pagamento

nella misura di quanto riconosciuto ai medici di continuità assistenziale, aumentato del 50% se il sostituto sia specialista in pediatria o disciplina equipollente. Nei suddetti riepiloghi deve essere esplicitato il numero delle ore effettivamente usufruite nel mese di riferimento ed il nominativo del sostituto. Detto compenso va liquidato al pediatra individuato dalle OO.SS. o, su espressa volontà di questo, direttamente al medico sostituto.

### 3 – Sostituzione per malattia

Fermo restando quanto previsto dall'art. 36 comma 1 dell'ACN Pediatria 2005, e nel rispetto dei commi 11 e 12 del suddetto articolo 36, si dispone che i compensi per le sostituzioni, anche per quelle di durata superiore ai 30 giorni consecutivi, vanno sempre corrisposti al medico titolare del rapporto convenzionale e nel rispetto di quanto previsto dall'allegato F dell'A.C.N. Pediatria 15/12/2005.

## **Art. 9 - Instaurazione del rapporto convenzionale**

1. In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del pediatra, l'Azienda indica il Comune o la zona in cui deve essere assicurata l'assistenza ambulatoriale.
2. Fatte salve le realtà preesistenti regolarmente comunicate e verificate dalle Aziende, al pediatra al quale sia stato definitivamente conferito l'incarico, è consentita, per il valore di diffusione capillare dell'assistenza sanitaria e per il miglioramento della qualità di tale assistenza, l'apertura di un secondo studio per l'esercizio dell'attività convenzionata di pediatra di famiglia nel comune di assegnazione o ambito di assegnazione previo parere favorevole del Comitato Aziendale, comunque tenendo come ambulatorio principale quello della sede di assegnazione iniziale e comunque solo in presenza di obiettive ed effettive esigenze assistenziali. Fermo restando che il pediatra di famiglia deve assicurare nello studio di prima assegnazione da parte della ASP l'apertura almeno per tre giorni alla settimana, nel caso di esercizio dell'attività convenzionata in due studi, l'orario di studio complessivo, come determinato sulla base di quanto disposto dall'articolo 35 dell'ACN 2009, può essere frazionato fra gli studi, previoparere del comitato aziendale.
3. Ai sensi dell'Art 34 comma 11, al fine di favorire l'inserimento di pediatri negli ambiti territoriali carenti con particolare riguardo a quelli disagiati, l'Azienda può consentire, su richiesta del Pediatra, l'utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente disponibile nel territorio; il PLS dovrà partecipare alle spese di gestione della struttura in misura concordata con l'Azienda, per una somma comunque non inferiore a euro 100,00.

## **Art. 10 - Monitoraggio cessazione del rapporto convenzionale**

Fermo restando quanto previsto dall'art.19 ACN 2009, al fine di evitare possibili interruzioni nell'assistenza pediatrica e predisporre tempestivamente le procedure previste dagli art. 33 e art. 37 dello stesso ACN, le AA.SS.PP. sono tenute, trimestralmente, a verificare il numero di pediatri che nel trimestre successivo decadranno dall'incarico in convenzione e di farne tempestiva comunicazione agli assistiti al fine di evitare una interruzione della continuità assistenziale.

## **Art. 11 - Scelta del pediatra**

Fermo restando quanto previsto dall'art. 39 dell'A.C.N.2009,

- 1) la scelta del pediatra per il nuovo nato deve essere effettuata entro 90 giorni dalla data di nascita, oltre tale termine qualsiasi prescrizione di farmaci e/o di indagini diagnostiche effettuate dal Pediatra di famiglia verrà ritenuta inappropriata e pertanto la spesa conseguente graverà sul medico prescrittore.
- 2) Le ASP, ai sensi dell'art.39, comma 3, hanno l'obbligo di aggiornare e affiggere presso gli uffici anagrafe territoriali gli elenchi di PLS con le scelte in carico, l'adesione a forme associative, al "pacchetto qualità", disponibilità del personale di studio, caratteristiche strutturali e strumentali degli studi, ecc.
- 3) Le AA.SS.PP. hanno l'obbligo, con cadenza bimestrale, di trasmettere all'Assessorato Regionale alla Sanità elenco nominativo degli specialisti pediatri operanti presso il territorio di propria competenza che hanno superato le 800 scelte con l'indicazione delle motivazioni che hanno consentito il superamento di tale limite.

## **Art. 12 - Mantenimento dell'ultraquattordicenne e Revoche d'ufficio**

### 1. Mantenimento dell'ultraquattordicenne

L'Azienda deve comunicare alla famiglia dell'assistito, almeno sei mesi prima del compimento del 14° anno di età, la revoca della scelta da operarsi d'ufficio, ai sensi di quanto previsto dall'art. 41 c. 10 A.C.N.

Il mantenimento della scelta può essere effettuato in presenza delle seguenti condizioni idonee al prolungamento dell'assistenza pediatrica previste dall'ACN 2009:

- patologia cronica;
- handicap;
- documentate condizioni di disagio psico-sociale.

La richiesta di mantenimento del pediatra, sottoscritta dal genitore o da chi ne fa le veci e dal pediatra per accettazione, salvo diverse determinazioni aziendali, deve essere presentata al Servizio di Medicina di Base del Distretto di appartenenza (allegato "A") entro 90 giorni dal compimento del 14° anno, può essere verificata entro 60 giorni dalla presentazione della stessa, trascorsi i quali, tale richiesta sarà ritenuta accettata; l'ufficio anagrafe è tenuto alla riattribuzione della scelta d'ufficio. Gli effetti economici della scelta decorrono dal compimento del 14° anno di età.

### 2. Revoche d'ufficio

In caso di trasferimento di residenza da parte di un assistito, all'interno della stessa Azienda, si stabilisce quanto segue:

qualora il suddetto trasferimento si attui in un comune o ambito territoriale limitrofo, il genitore dell'assistito, per mantenere il pediatra in carico, previa accettazione dello stesso, deve darne comunicazione all'anagrafe assistiti del nuovo distretto di appartenenza ed a quello di origine entro 120 gg. successivi alla data del trasferimento. In caso contrario si procederà alla revoca d'ufficio;

qualora il suddetto trasferimento si attui in comune o ambito territoriale non limitrofo, per mantenere il pediatra in carico, il genitore dell'assistito, previa accettazione dello stesso, deve fare richiesta al Comitato Aziendale entro 120 gg successivi alla data del trasferimento. In caso contrario si procederà alla revoca d'ufficio.

## **Art. 13 - Collaboratore di studio e infermiere**

1) Il presente AIR prevede, **anche ai fini della relativa indennità economica**, per questo istituto l'incremento del tetto dal 25% (percentuale già riconosciuta nei termini e nelle scadenze previsti in sede di pre-accordo regionale siglato il 22/10/2009) al 40% degli assistiti.

2. I PLS che si avvalgono di un collaboratore di studio secondo le modalità di cui all'art. 58 lett. B c. 5, non inseriti nella specifica graduatoria redatta ai sensi dell'AIR 2004 e/o che non percepiscano la relativa indennità, possono presentare apposita domanda alle Aziende entro 30 gg dalla pubblicazione dell'AIR su gazzetta ufficiale, secondo lo schema allegato (Allegato F). Ciascuna Azienda formulerà la graduatoria degli aventi titolo all'indennità secondo il criterio dell'anzianità complessiva di assunzione del dipendente (o dei dipendenti) e in subordine, in caso di pari anzianità di assunzione del/i dipendente/i, secondo il criterio di anzianità di convenzionamento del PLS. La graduatoria redatta dall'Azienda, che sarà pubblicata entro 45 giorni dal termine di presentazione delle domande, sarà utilizzata per l'assegnazione dell'indennità, **che sarà corrisposta nella misura di euro 10 assistito/anno**, previa verifica della sussistenza dei requisiti previsti dall'art. 58 lett B c. 5 ed esame del contratto di assunzione e della relativa documentazione attestante il periodo di anzianità complessiva di assunzione del/i dipendente/i, a decorrere dalla pubblicazione del presente AIR, fino al raggiungimento della percentuale del 40% degli assistiti, all'interno del budget economico assegnato alla singola Azienda per tale indennità.

Oltre questo termine le domande dovranno essere presentate il 31 dicembre di ogni anno, per l'aggiornamento della graduatoria aziendale, che sarà pubblicata entro 45 giorni dal termine di presentazione delle domande e quindi utilizzata nell'anno successivo per l'assegnazione dell'indennità, fino al raggiungimento della percentuale prevista in base al budget disponibile per l'azienda per tale indennità.

3. I PLS che si avvalgono di un infermiere professionale secondo le modalità di cui all'art. 58 lett. B c.6, che non percepiscano la relativa indennità, possono presentare apposita domanda alle Aziende entro 30

gg dalla pubblicazione dell'AIR su gazzetta ufficiale, secondo lo schema allegato (Allegato G). Ciascuna Azienda formulerà la graduatoria degli aventi titolo all'indennità secondo il criterio dell'anzianità di assunzione del/i dipendente/i e in subordine, in caso di pari anzianità di assunzione del dipendente, secondo il criterio di convenzionamento del PLS. La graduatoria così costituita, redatta dall'Azienda, sarà pubblicata entro 45 giorni dal termine di presentazione delle domande, e sarà utilizzata per l'assegnazione dell'indennità, che sarà corrisposta nella misura di euro 7,5 assistito/anno, previa verifica della sussistenza dei requisiti previsti dall'art.58 lett B c. 6 ed esame del contratto di assunzione e della relativa documentazione attestante il periodo di anzianità complessiva di assunzione del/i dipendente/i, a decorrere dalla pubblicazione del presente AIR, fino al raggiungimento della percentuale del 3% degli assistiti, compatibilmente con il budget economico assegnato alla singola Azienda.

Oltre questo termine le domande dovranno essere presentate entro il 31 dicembre di ogni anno, per l'aggiornamento della graduatoria aziendale, che sarà pubblicata entro 45 giorni dal termine di presentazione delle domande e quindi utilizzata nell'anno successivo per l'assegnazione dell'indennità, fino al raggiungimento della percentuale prevista in base al budget disponibile per l'azienda per tale indennità.

#### **Art. 14 - Zone Disagiate**

Resta confermato che ai pediatri che operano in zone disagiate già individuate dal D.A. n. 95979 del 14/11/1991 e dal DA 9 luglio 2004, GURS n. 34 del 13/08/2004, l'indennità continua ad essere corrisposta nella stessa entità e con la stessa cadenza.

#### **Art. 15 - Prestazioni Aggiuntive**

**a)** Si stabilisce che alle prestazioni previste dall'allegato B dell'Accordo Nazionale dei Pediatri di Libera scelta del 2009, alla lettera A) "Prestazioni terapeutiche", siano aggiunte le prestazioni sotto indicate, previste dalla lett. C) "Prestazioni di tipo diagnostico eseguibili nell'ambito di accordi regionali" dello stesso allegato, secondo il nomenclatore regionale:

	<b>PRESTAZIONE DIAGNOSTICA</b>
a)	Esame delle urine, mediante stick
b)	Ricerca SBEGA
c)	PCR
d)	Micro VES
e)	Audiometria tonale
f)	Impedenzometria
g)	Otoscopia pneumatica
h)	Spirometria
i)	Pulsiossimetria
j)	Prick test fino a 7 allergeni
k)	Prick test fino a 12 allergeni
l)	Scoliometria
m)	Podoscopia
n)	Test alla luce di Wood:
o)	Cover test
p)	Riflesso rosso:eseguibile una sola volta entro i 7 mesi di vita

Le prestazioni suddette saranno retribuite secondo il valore economico indicato dal Nomenclatore Tariffario. In seno al Comitato Regionale saranno definite le tariffe per le prestazioni che non fossero previste nel nomenclatore, entro la pubblicazione del presente AIR.

#### **Boel test e Screening per l'ambliopia.**

Dalla data di pubblicazione del presente Accordo Regionale, fino a nuove indicazioni che dovessero essere elaborate dal tavolo tecnico regionale, di cui in premessa, si stabilisce che il BoelTest eseguito nel corso del primo anno di vita dal pediatra di famiglia, purché questi abbia documentato il possesso dell'apparecchiatura necessaria, non necessita di autorizzazione sanitaria. Sono fatti salvi Accordi Aziendali stipulati in merito e già operanti nelle Aziende Sanitarie.

L'esito di questo esame sarà inserito nel bilancio dei mesi 12 (4° visita).

Allo stesso modo si stabilisce che lo screening per l'ambliopia, eseguito dal pediatra, entro il 5° anno di vita, non necessita di autorizzazione sanitaria, fatti salvi accordi aziendali. L'esito di questo esame sarà inserito nel bilancio dei mesi 66 (8° visita).

I due test saranno pagati il mese successivo della presentazione del riepilogo delle prestazioni extra, secondo la tariffa di € 21,43 ciascuno.

Qualora il pediatra dovesse ripetere l'esame, questo dovrà sempre essere sottoposto ad autorizzazione sanitaria.

Per le prestazioni aggiuntive è destinata la somma complessiva di euro 500.000 per anno, suddivisa tra le singole Aziende in base alla popolazione assistita.

#### **b) Vaccinazioni.**

La Regione siciliana ha già raggiunto in materia di profilassi delle malattie infettive prevenibili con vaccinazioni, elevati livelli di copertura vaccinali.

L'adozione del nuovo calendario di vaccinazioni dell'infanzia, rappresenta oggi lo strumento di prevenzione contro le malattie infettive più avanzate nella Regione europea.

Gli incentivi da corrispondere saranno stabiliti successivamente con accordi concordati con le OO.SS finalizzati al raggiungimento degli obiettivi vaccinali stabiliti nel calendario. Per tale istituto è disponibile la somma pari a € 100.000,00.

### **Art. 16 - Carta dei servizi e Informativa**

a) La Carta dei Servizi è definita e concordata nei Comitati Aziendali di pediatria, con le OO.SS. firmatarie del presente accordo.

La Carta dei Servizi sarà edita da parte delle ASP e distribuita presso gli uffici Anagrafe Assistiti.

La Carta dei Servizi rappresenta uno strumento di comunicazione e di qualità. La Carta porta a conoscenza del cittadino gli standard dei servizi erogati dalSSN. Essa è oggetto di continui momenti di verifica, miglioramento ed integrazioni essendo uno strumento dinamico che può trovare sviluppi di personalizzazione presso le singole realtà erogatrici. In particolare nella Carta saranno esplicitate attività proprie della Pediatria di famiglia, il numero di giorni e l'orario minimo di apertura degli studi; le funzioni dell'associazionismo; le modalità e tempi di esecuzione delle visite domiciliari di cui all'art. 12; le informazioni relative alle prestazioni gratuite ed a pagamento erogabili; l'elenco dei trattamenti sanitari per cui è necessario il consenso/dissenso informato del paziente; le informazioni necessarie alla tutela della privacy; i tempi medi delle visite programmate dei bilanci di salute; le indicazioni sui servizi sostitutivi negli orari di inattività del Pediatra di Famiglia.

b) Anche nello studio del Pediatra di Libera Scelta deve essere disponibile un documento informativo (Informativa), elaborato dal professionista, da affiggere nello studio e da consegnare al paziente, che espliciti tutte le informazioni utili al paziente, quali gli orari di apertura dello studio singolo o associato, le modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali, l'adesione ad eventuali forme associative, la disponibilità telefonica ed i relativi orari ai sensi dell'art 3, etc.

### **Art. 17 - Comitato Regionale di pediatria (art. 24 dell'ACN)**

Il Comitato Regionale per la Pediatria di Famiglia è istituito con Decreto Assessoriale.

Sono legittimati a far parte della composizione del C.R. solamente i rappresentanti delle organizzazioni sindacali domiciliati nell'ambito della Regione Sicilia, in virtù del comma 1, art 24 dell' ACN.

In caso di protratta impossibilità ad assicurare la propria presenza, e comunque ad insindacabile giudizio della segreteria regionale di ciascun sindacato firmatario, quest'ultima potrà procedere alla sostituzione e designazione di uno o più nuovi membri di parte sindacale. Parimenti, sarà possibile la sostituzione di Membri di Parte Pubblica.

Oltre ai compiti previsti dall'art 24 dell' ACN, il Comitato designa uno o più membri di parte sindacale e/o di parte pubblica negli organismi preposti allo sviluppo, all'avvio ed alla verifica di Progetti a carattere nazionale o regionale o in organismi regionali che comunque prevedano il coinvolgimento anche della figura del Pediatra di Famiglia.

La convocazione del Comitato deve avvenire, in via ordinaria, con cadenza mediamente bimestrale, o in via straordinaria su richiesta motivata di una delle parti.

Le parti concordano quanto segue:

a) Pareri

Il Comitato regionale di pediatria può rendere pareri, solo ed esclusivamente quando la richiesta venga avanzata dai Comitati aziendali della regione Siciliana o, limitatamente a problematiche di interesse generale, dalle segreterie regionali delle OO.SS. di categoria.

Eventuali richieste di parere presentate direttamente al Comitato regionale da parte delle Aziende sanitarie, delle OO.SS. provinciali, di altri organismi o di singoli, vengono inoltrate, a cura del medesimo Comitato Regionale, al Comitato aziendale, territorialmente competente.

I pareri resi dal Comitato regionale di pediatria, autonomamente o a seguito di esplicita richiesta da parte di uno o più Comitati aziendali della Regione Siciliana, al fine di evitare difformità di applicazione delle norme contrattuali, vengono trasmessi a tutti i comitati zonal siciliani e divengono per essi vincolanti.

Ciascun Comitato zonale, entro 15 giorni dal ricevimento del parere, può richiedere al Comitato Regionale il riesame dello stesso, motivando in modo puntuale e circostanziato le ragioni che supportano la predetta richiesta di riesame.

Il Comitato Regionale, entro 30 giorni dal ricevimento della citata richiesta di riesame, deve pronunciarsi sulla stessa. Il parere definitivo viene quindi trasmesso a tutti i Comitati zonal della Regione Siciliana e per essi diventa vincolante ed obbligatorio.

b) Linee di indirizzo

Le linee di indirizzo formulate dal Comitato regionale di pediatria in merito alla corretta ed uniforme interpretazione ed applicazione delle norme contrattuali dell'ACN dell'Area della specialistica ambulatoriale diventano vincolanti per tutte le Aziende Sanitarie, purché le medesime siano emanate formalmente dall'Amministrazione Regionale.

La corretta ed uniforme interpretazione delle norme contrattuali compete in maniera esclusiva al Comitato regionale di pediatria ed è vincolante e perentoria per le aziende, al fine di evitare in sede di applicazione ogni difformità in ambito regionale.

Il Comitato regionale di pediatria, quando debba trattare aspetti riguardanti una singola Azienda sanitaria, a richiesta di una delle sue parti, può essere integrato da un dipendente della medesima Azienda delegato dal Direttore Generale e da uno specialista o professionista titolare di incarico nella citata Azienda designato dai membri del Comitato aziendale istituito presso la medesima Azienda.

Il Comitato è validamente riunito qualunque sia il numero dei componenti presenti e delibera a maggioranza. In caso di parità, prevale il voto del Presidente.

Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario o dirigente indicato dall'Assessorato Regionale della Salute.

La sede del Comitato regionale di pediatria è istituita presso l'Assessorato Regionale della Salute.

### **Art. 18 - Comitato Aziendale di Pediatria (art. 23 dell'ACN)**

Ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale istituisce il Comitato aziendale per la Pediatria di Famiglia, secondo quanto previsto dal presente Accordo.

Sono legittimati a far parte della composizione dei Comitati Aziendali solo rappresentanti sindacali che abbiano il domicilio nel territorio dell'Azienda interessata.

La composizione del Comitato Aziendale deve prevedere, oltre alla presenza di un rappresentante per ogni sigla sindacale firmataria dell'ACN, una quota aggiuntiva di rappresentanti delle stesse OO.SS

firmatarie direttamente proporzionale alla rispettiva consistenza associativa, fino ad un massimo di 5 rappresentanti.

La composizione del C.A. deve prevedere un numero di\_rappresentanti sindacali titolari e pari numero di supplenti, indicati dalle OO.SS maggiormente rappresentative. In caso di protratta impossibilità ad assicurare la propria presenza e comunque ad insindacabile giudizio della segreteria provinciale di ciascun sindacato firmatario, quest'ultima potrà procedere alla sostituzione e designazione di uno o più nuovi membri di parte sindacale.

La convocazione del C.A. deve avvenire, in via ordinaria, con cadenza mediamente bimestrale o in via straordinaria su richiesta motivata di una delle parti.

I compiti e le funzioni del C.A. sono quelli previsti al comma 3, 5 dell'art 23 del ACN, oltre a quelli individuati specificatamente nel presente Accordo.

### **Art.19 - Diritto di sciopero e prestazioni indispensabili**

Fermo restando quanto stabilito dall'art. 31 dell'A.C.N. ai pediatri che garantiscono le prestazioni indispensabili di cui al suddetto articolo viene riconosciuto un compenso pari al 40% dei compensi globalmente spettanti al pediatra.

### **Art. 20 - Assistenza domiciliare programmata (ADP), integrata (ADI) ed Ambulatoriale programmata (AAP) al bambino con patologia cronica.**

1. Per l'Assistenza domiciliare integrata e programmata, nonché l'Assistenza ambulatoriale programmata la regione fa proprie le modalità dei protocolli definiti negli allegati E ed E bis dell'ACN vigente.
2. la regione Sicilia individua nell'assistenza pediatrica sul territorio ai bambini con patologia cronica un momento altamente qualificante dell'attività del pediatra di famiglia intendendo in questa maniera soddisfare gli obiettivi primari del SSN riguardanti i LEA;
3. le patologie croniche sono quelle elencate negli allegati E ed E bis dell'ACN 15/12/2005e s.m.i. implementate dall'Insufficienza renale cronica e dall'autismo;
4. il compenso per ciascun accesso di ADP - ADI - AAP sarà di € 25,00 fermo restando il limite annuale regionale, da ripartire tra le ASP in base alla popolazione assistita, individuato in € 300.000.

Per l'attivazione di tali istituti si seguiranno le procedure previste dall'Allegato E e E bis dell'AC.N.in coerenza con assetti e norme definiti a livello regionale.

Eventuali programmi specifici saranno concordati con i competenti Servizi della Regione.

### **ART. 21 - Ambiti in sofferenza assistenziale**

**FERMO RESTANDO** quanto stabilito dell'art. 32, 38 e 39 del ACN , tenuto conto che l'elevata qualità dell'assistenza pediatrica ha determinato il fatto che in quasi tutti gli ambiti assistenziali la maggior parte dei cittadini ha optato per l'assistenza da parte del PLS per gli assistibili nella fascia 7-14 anni; che per particolari e straordinarie esigenze riconducibili anche alla realtà orografica di alcune zone della Sicilia parte dei cittadini ha effettuato la scelta a favore di pediatri iscritti al di fuori del proprio ambito; che per tali condizioni il solo utilizzo della popolazione residente da 0 a 6 anni non consente la pubblicazione di una zona carente in presenza di sofferenza assistenziale.

Le parti concordano che si definisce ambito in sofferenza assistenziale, quella porzione di territorio, in cui,in una situazione particolare e straordinaria, attraverso i meccanismi previsti dall'ACN vigente non può essere garantita al genitore l'assistenza pediatrica per il nuovo nato o per il bambino in età esclusiva, ovvero in cui sussistano altre condizioni, quale ad esempio una media di assistiti per pediatra nell'ambito pari o superiore al massimale di 800 scelte (dal calcolo di tale media saranno esclusi gli extracomunitari, gli ultraquattordicenni e le deroghe territoriali), particolarità oro-geografiche che rendono difficoltoso l'accesso all'assistenza, o altre condizioni evidenziate in modo motivato dall'Azienda, valutate e condivise in seno al comitato aziendale.



Qualora, in seno al comitato aziendale, non si addivenisse ad un accordo tra le parti, si ricorrerà al parere del Comitato regionale di pediatria.

Le ASP, previa approvazione del comitato aziendale e sentito il comitato regionale, possono utilizzare un meccanismo che permetta, secondo i criteri qui definiti, un possibile inserimento di un nuovo Pediatra di libera scelta in deroga a quanto stabilito nell'ACN vigente.

TUTTO QUANTO STABILITO tra le parti, in presenza di un ambito in sofferenza assistenziale evidenziato dal comitato aziendale, l'Azienda medesima potrà procedere a individuare un'ulteriore zona carente nel medesimo ambito territoriale in sofferenza, attraverso l'applicazione di un calcolo che tenga conto della popolazione residente 0-6 anni sommato al 55 % degli assistiti 7-14 anni in carico ai PLS negli ambiti con meno di 250.000 residenti, e il 70% negli ambiti con più di 250.000 residenti.

In ogni caso l'ingresso di nuovi pediatri sarà graduale e pertanto, nel caso il calcolo dovesse comportare l'inserimento di più pediatri, l'Azienda dovrà inserire una sola unità e rivalutare in seno al comitato aziendale, a distanza di 12 mesi, la persistenza delle condizioni di sofferenza secondo quanto precedentemente specificato ed il potenziale di accoglienza dell'ambito.

Il pediatra che, dopo 36 mesi di iscrizione nello stesso elenco dei pediatri di libera scelta non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a n. 180 unità, decade dal rapporto convenzionale, salvo che la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo e documentate, valutate in seno al comitato aziendale. Il provvedimento è adottato dalla competente Azienda con provvedimento formale, sentiti l'interessato e il Comitato Aziendale.

Zona di inserimento nei grandi centri urbani.

In caso di inserimento di nuovi PLS in ambiti pluridistrettuali (grandi centri urbani) al fine di evitare l'eccessiva concentrazione di PLS nelle zone centrali urbane a danno dell'assistenza pediatrica nelle periferie si dispone l'obbligo di apertura dello studio in quelle zone in cui minore sia la concentrazione di PLS e quindi più alto il numero di pazienti pediatrici potenziale, secondo quanto previsto nell'art.9.

## **Art. 22- Formazione continua**

1. La Regione promuove la programmazione delle iniziative per la formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza Stato - Regioni sia di specifico interesse regionale e aziendale individuati dai rispettivi Comitati con l'obiettivo di:

- a) definire indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale;
- b) formare e/o accreditare i pediatri di famiglia che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti di formazione, tutor);
- c) promuovere attività di ricerca sperimentazione in pediatria;
- d) proporre e coordinare le attività di formazione ECM della Regione e delle Aziende Sanitarie rivolte ai pediatri di famiglia.
- e) supportare i processi di apprendimento, in particolare sul campo, valorizzare le competenze formative degli operatori e valutarne le ricadute in termini organizzativi e di sviluppo professionale, al fine di favorire la piena attuazione degli obiettivi previsti dall'art 2 in tema di governo clinico ed integrazione funzionale con il Distretto e dall'art. 5 in tema di Aggregazione funzionale territoriale.

2. La Regione stabilirà il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti della formazione per la pediatria di famiglia. Qualora tale fabbisogno sia superiore al numero di animatori e docenti di formazione la Regione provvede all'attuazione di specifici corsi di formazione, con partecipanti da individuarsi tra i pediatri di famiglia. La Regione si impegna inoltre a mantenere l'attuale albo regionale di animatori di formazione e di istituire l'albo dei docenti della formazione

## **Art. 23 - Durata, decorrenza ed effetti giuridici ed economici.**

Le disposizioni contrattuali, sia sul piano normativo che economico, del presente accordo decorrono da 01 luglio 2011 e rimangono in vigore fino alla stipula del nuovo AIR. Gli oneri derivanti dal presente accordo troveranno capienza nell'ambito delle risorse rese disponibili dalla Regione alle ASP.

Le stime del maggior investimento e dei budget aziendali derivanti dall'applicazione del presente A.I.R. saranno comunicati alle AA.SS.PP. successivamente alla sottoscrizione del presente accordo, previa ratifica del Comitato regionale per la pediatria.

Le parti concordano che entro il mese di dicembre di ogni anno vengano effettuate dalla parti verifiche e valutazioni degli istituti previsti nell'accordo, riservandosi eventuali variazioni ritenute necessarie.

## **PARTE QUINTA**

### **NORME FINALI**

#### **Norma finale 1: Programma sperimentale Punti di Primo Intervento (PPI) Pediatrico**

Per quanto riguarda la gestione delle prestazioni ("codici bianchi e verdi") territoriali, l'associazionismo dei PLS, la cui finalità primaria è quella di garantire una copertura assistenziale quanto più ampiamente possibile distribuita nelle h 12 diurne, rappresenta, innanzitutto, il primo livello di assistenza anche relativamente alle prestazioni "non differibili" che usualmente possono essere gestite nell'ambito di uno studio medico monoprofessionale.

I Punti di Primo Intervento (PPI), secondo quanto definito dalle linee guida regionali sulla riorganizzazione dell'attività territoriale, gestiti all'interno della rete delle Cure Primarie, rappresentano un secondo "filtro" e si prefiggono la finalità di ridurre l'accesso improprio all'ospedale e di riqualificare la funzione del territorio, restituendo a quest'ultimo il ruolo primario di assistenza.

Al fine di potenziare l'assistenza specialistica pediatrica sul territorio e ridurre l'inappropriato ricorso alle aree di emergenza dei Presidi Ospedalieri, le parti concordano pertanto l'opportunità di attivare, sotto forma di progetto ed in via sperimentale, i Punti di Primo Intervento (PPI) pediatrici.

Il progetto sperimentale, che comporta un investimento *ad hoc* da parte della Regione ed una valutazione dei risultati a dicembre 2011 con riserva di eventuale riallocazione delle risorse, prevedrà la graduale attivazione, entro il 30 giugno 2012, di un PPI pediatrico per distretto (con l'eccezione delle ASP di Palermo, Catania e Messina, ove sarà possibile costituire un PPI per ogni ex distretto cittadino), per un totale di 62 punti, la cui allocazione sarà definita dalle Aziende Sanitarie in relazione alle proprie strategie organizzative. Al fine di favorire la realizzazione del progetto attraverso la massima condivisione e partecipazione dei Pediatri di Libera scelta, si concorda che le AA.SS.PP. definiscano le sedi in cui prioritariamente attivare i PPI pediatrici anche sentito il parere delle OO.SS. di categoria.

Il servizio mirerà a garantire l'assistenza ambulatoriale alla fascia di popolazione pediatrica (0-14 aa e 14-16 aa se assistito dal pediatra di libera scelta) nelle ore diurne (10 ore) dei giorni prefestivi e festivi, con un trattamento economico orario di euro 50,00 (comprensivi di oneri) e sarà svolta in una sede aziendale, prioritariamente all'interno del PTA o del Poliambulatorio distrettuale. L'attività dei PPI-P sarà documentata e monitorata tramite appositi indicatori da parte del Distretto e della Regione.

La partecipazione a tale sperimentazione sarà facoltativa da parte dei Pediatri di libera scelta. Al fine di garantire un inserimento lavorativo agli specialisti non convenzionati con il SSR, è prevista per tali soggetti la riserva del 50% delle ore disponibili per il servizio (in caso di mancanza di adesioni si darà accesso anche ai pediatri di Libera Scelta già operanti). Al fine di regolamentare la corretta organizzazione e l'efficace funzionamento dei PPI pediatrici è prevista un'attività di coordinamento e di tutoring da parte di Pediatri di Libera Scelta.

Le modalità di partecipazione e di funzionamento saranno specificati in uno regolamento che sarà successivamente definito dal livello regionale.

**Norma finale 2:** Rilevata l'esistenza di una percentuale della popolazione 0-6 anni senza copertura assistenziale pediatrica, la Regione si impegna ad effettuare controlli sull'anagrafe e sulle prescrizioni eventualmente effettuate per tali soggetti. La Regione promuoverà inoltre una campagna informativa ai

genitori, attraverso i Consultori delle ASP e le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia dei Presidi ospedalieri, promuovendo e facilitando la scelta del Pediatra di Libera Scelta.

**Norma finale n. 3:** Qualora al pediatra di famiglia convenzionato siano state erroneamente attribuite delle somme da parte dell'ASP di appartenenza, l'ASP è tenuta a notificare, al pediatra, tramite avviso le motivazioni e la somma da restituire. Relativamente alla modalità di restituzione, dovrà essere sempre prevista la possibilità di una rateizzazione e la rata non potrà comunque essere superiore al valore di un quinto dell'emolumento mensile relativo alle sole quote capitarie.

**Norma finale 4:** Premesso che tra i compiti del pediatra di famiglia retribuito in quota capitaria rientrano solamente ed esclusivamente le certificazioni per le attività sportive non agonistiche in ambito scolastico così come previsto dai punti a), b) e c) dell'allegato H dell'ACN e che è obiettivo della Regione la promozione dell'attività sportiva per il vantaggio psico-fisico che comporta per la salute del minore, la Regione valuterà l'opportunità e l'impatto economico dell'ipotesi che per di tutti i soggetti in età pediatrica, il rilascio delle certificazioni sportive diverse da quelle previste dai punti a), b), e c) dell'allegato H dell'ACN, rientri fra le prestazioni di particolare impegno professionale.

## PARTE SESTA

### NORME TRANSITORIE

#### Norma transitoria n. 1

Il ragione di una analisi accurata negli ambiti territoriali del carico medio degli assistiti dei pediatri operanti nei singoli ambiti ed in funzione di alcuni razionali condivisi, al fine di rispondere a alcune necessità assistenziali e consentire la piena attuazione del diritto all'assistenza pediatrica e la libera scelta dell'assistito, si è concordemente convenuto di prevedere un ingresso "una tantum" di 36 nuovi pediatri in convenzione, che saranno inseriti negli ambiti predefiniti e concordati, rigorosamente indicati secondo la tabella dettagliata allegata, nella quale sono altresì definiti, nel rispetto del principio della gradualità, due scaglioni temporali e progressivi d'ingresso:

N°	ASP	AMBITO	1°INSERIMENTO	2°INSERIMENTO
1	AG	Agrigento - Aragona - Comitini - Joppolo G.	1	
2	AG	Favara	1	1
3	AG	Porto Empedocle - Siculiana - Realmonte	1	
4	AG	Canicattì	1	
5	AG	Licata	1	
6	AG	Palma Montechiaro	1	
8	CL	Caltanissetta - Resuttano - S.Caterina	1	
9	CL	Gela - Butera	1	
10	CT	Biancavilla - S.M.diLicodia	1	
11	CT	Catania	3	
12	CT	Giarre - Riposto	1	
13	CT	S.A.li Battiati - Tremestieri	1	
14	CT	Scordia - Militello	1	
15	CT	Paternò - Ragalna	1	
16	PA	DIS04 - Bagheria - S.Flavia-Ficar.	1	1
17	PA	DIS08- Capaci - Is. Femmine - Cinisi - Terrasini	1	
18	PA	DIS08- Carini - Torretta	1	
19	PA	DIS09 - Misilmeri - Marin - Bolognet	1	
20	PA	Ambito Territoriale Palermo	3	
21	RG	Ragusa - Santacroce Camerina	1	
22	RG	Modica	1	1
23	RG	Scicli	1	
24	RG	Vittoria - Acate	1	
25	SR	Lentini - Carlentini	1	
26	SR	Siracusa	1	
27	TP	Marsala - Petrosino	1	
28	TP	Mazara del Vallo	1	
29	TP	Trapani- Erice - Favignana - Paceco - Pantelleria	2	

**INSERIMENTI COMPLESSIVI N° 36**

Considerata la necessità di contestualizzare tale disegno a livello di singola ASP ed al fine di garantire la corretta applicazione periferica dei parametri concordati a livello centrale, le OO.SS., attraverso i Comitati aziendali, vigileranno a che sia rigorosamente rispettato tale progetto e le diverse tappe previste dalla tabella precedente ed espletano la funzione di vigilanza anche sulla corretta applicazione dell'accordo.

Al fine di garantire un reale ampliamento dell'offerta pediatrica nel territorio regionale e non creare nuove zone in sofferenza assistenziale, limitatamente a tale ingresso di carattere straordinario, laddove i nuovi inserimenti dovessero comportare uno o più trasferimenti, le zone di provenienza dei pediatri che si trasferiscono dovranno essere considerate carenti e bandite entro 30 giorni dalla data di trasferimento.

Eventuali problematiche relative a tali inserimenti e ad altri aspetti critici nell'applicazione dell'AIR che non trovassero idonea soluzione a livello locale saranno prese in carico e risolte in seno al Comitato Regionale della Pediatria di Libera Scelta.

In caso di inserimento di nuovi PLS nei grandi centri urbani, al fine di evitare l'eccessiva concentrazione di PLS nelle zone centrali urbane a danno dell'assistenza pediatrica nelle periferie si dispone l'obbligo di apertura dello studio in quelle zone in cui minore sia la concentrazione di PLS e quindi più alto il numero di pazienti pediatrici potenziali, ai sensi dell'art.9.

Le ASP, attraverso le proprie articolazioni dipartimentali e distrettuali, effettueranno i controlli sulle condizioni di applicazione dei contenuti del presente Accordo, sulla collocazione degli studi, sugli orari, sulle condizioni di regolare funzionamento delle forme associative, sul rispetto del massimale nei diversi ambiti territoriali.

**DICHIARAZIONI FINALI DELLE OO:SS.**

**1.** Si propone che un tavolo tecnico regionale paritetico valuti l'opportunità di includere anche i Pediatri di Famiglia nell'ambito degli altri Medici Specialisti, autorizzati a prescrivere a carico del SSR le terapie iposensibilizzanti specifiche, da loro ritenute necessarie per la terapia dei pazienti affetti da allergopatie.

**2.** Si auspica che le attività inerenti la salute dei cittadini siciliani in età evolutiva, prevedano un confronto con le OO SS firmatarie del presente Accordo, soprattutto se rappresenteranno un impegno aggiuntivo per i Pediatri di Famiglia.

**3.** Si propone che venga alizzato un progetto per l'assistenza sanitaria ai minori stranieri (extracomunitari) non in regola con il permesso di soggiorno. Tale progetto mira a garantire l'assistenza sanitaria, ivi compresi gli interventi di prevenzione e di educazione alla salute, a tutti i minori di anni 14, comunque presenti sul territorio della regione Sicilia, in possesso del codice STP, contribuendo anche alla riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso.

**4.** La CIPE dichiara che è necessaria la definizione di "carattere oggettivo" dell'art.19 c.3 e ritiene che, qualora nell'ambito delle scelte del pediatra, oggetto del procedimento ai sensi dell'art.19 c.3 sussista uno o più pediatri con assistiti oltre le 800 scelte, detta condizione è da considerare come carattere oggettivo.

**5.** La CIPE dichiara che, in senso generale, qualora il comitato aziendale non condivida in solido il parere obbligatorio ai sensi dell'art. 23 c. 3 dell'ACN, si deve inoltrare lo stesso parere al comitato Regionale con dettagliata motivazione. Il comitato regionale alla prima riunione, dovrebbe prendere in esame la documentazione ed esprimere un parere vincolante nell'ottica di fornire indirizzi uniformi all'Azienda così come prevede l'art. 24 c. 5

**6.** La CIPE auspica che il Comitato regionale si esprima sulla composizione del Comitato aziendale, anche alla luce del parere SISAC prot. N.484/2009 del 27/8/2009.

**Legenda**

Ove nel testo del presente Accordo vi sia riferimento alle dizioni: "Pediatria", o "Pediatria di libera scelta", oppure "Pediatria di Famiglia", o "P.d.F", tutte queste sono sempre da intendersi come: Pediatria di Famiglia. Laddove sia scritto: "ACN" è da intendersi: Accordo Collettivo Nazionale della Pediatria di Famiglia vigente; con la sigla ACR si intende l'Accordo Regionale; con la sigla AIR si intende Accordo Regionale; con PSN il Piano Sanitario Nazionale, con SSN si intende Servizio Sanitario Nazionale; con SSR si intende Servizio sanitario Regionale; con CA il Comitato d'Azienda; con CR il Comitato Regionale.