



**IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 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 28 settembre 2005 alle ore 12,00, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale 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 tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore Dr. Luigi Covolo

**FIRMATO**

**E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:**

**FIMP**

Dr. Pier Luigi Tucci

**FIRMATO**

Dr. Giuseppe Mele

**FIRMATO**

**CIPE**

Dr. Tiziano Dall'Osso

**FIRMATO**

Dr. Giuseppe Gullotta

**FIRMATO**

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni.

Visto l'art. 4, comma 9, legge 30 dicembre 1991 n. 412 e successive integrazioni e modificazioni

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana.

Visto l'art. 52, comma 27, legge 27 dicembre 2002 n. 289 e successive integrazioni e modificazioni.

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005 risultante dall'atto di intesa tra Stato e Conferenza unificata Regioni e Autonomie Locali approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 23 maggio 2003.

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, del 24 luglio 2003.

Visto l'art. 2 nonies della legge 26 maggio 2004 n. 138.

Visto l'accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 29 luglio 2004

Visto l'art. 1, comma 178 della legge 30 dicembre 2004 n. 311.

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 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**

**INDICE**

**PARTE PRIMA                      INQUADRAMENTO GENERALE**

- Art. 1            Quadro di riferimento
- Art. 2            Livelli di contrattazione
- Art. 3            Negoziazione nazionale
- Art. 4            Negoziazione regionale
- Art. 5            Obiettivi di carattere generale
- Art. 6            Strumenti
- Art. 7            Ruolo e partecipazione delle organizzazioni sindacali.
- Art. 8            Struttura del compenso
- Art. 9            Aumenti contrattuali
- Art. 10           Disposizione contrattuale di garanzia
- Art. 11           Entrata in vigore e durata dell'Accordo

**PARTE SECONDA                DISCIPLINA DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEI  
MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

- Art. 12           Premessa

**CAPO I                      Principi generali**

- Art. 13           Campo di applicazione
- Art. 14           Contenuti demandati alla negoziazione regionale
- Art. 15           Graduatoria regionale
- Art. 16           Titoli per la formazione delle graduatorie
- Art. 17           Incompatibilità
- Art. 18           Sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale
- Art. 19           Cessazione del rapporto convenzionale
- Art. 20           Formazione continua
- Art. 21           Diritti sindacali
- Art. 22           Rappresentatività sindacale
- Art. 23           Comitato aziendale
- Art. 24           Comitato regionale
- Art. 25           Programmazione e monitoraggio delle attività
- Art. 26           Equipres territoriali ed UTAP
- Art. 27           Appropriatelyzza delle cure e dell'uso delle risorse
- Art. 28           Articolazione del compenso
- Art. 29           Funzioni della pediatria di famiglia
- Art. 30           Responsabilità convenzionali e violazioni. Collegio arbitrale
- Art. 31           Esercizio del diritto di sciopero. Prestazioni indispensabili e loro

modalità di erogazione

## **Capo II**

### **Rapporto di lavoro**

- Art. 32 Rapporto ottimale
- Art. 33 Copertura degli ambiti territoriali carenti
- Art. 34 Instaurazione del rapporto convenzionale
- Art. 35 Requisiti e apertura degli studi medici
- Art. 36 Sostituzioni
- Art. 37 Incarichi provvisori
- Art. 38 Massimale di scelte e sue limitazioni
- Art. 39 Scelta del pediatra
- Art. 40 Revoca e ricusazione della scelta
- Art. 41 Revoche d'ufficio
- Art. 42 Scelta, revoca, ricusazione: effetti economici
- Art. 43 Elenchi nominativi e variazioni mensili
- Art. 44 Compiti del pediatra
- Art. 45 Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza
- Art. 46 Visite ambulatoriali e domiciliari
- Art. 47 Consulto con lo specialista
- Art. 48 Rapporti tra il pediatra di libera scelta e l'ospedale
- Art. 49 Assistenza farmaceutica e modulare
- Art. 50 Richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero o di cure termali
- Art. 51 Assistenza al bambino con malattia cronica
- Art. 52 Forme associative
- Art. 53 Interventi socio-assistenziali
- Art. 54 Collegamento con i servizi di continuità assistenziale
- Art. 55 Continuità dell'assistenza
- Art. 56 Visite occasionali
- Art. 57 Libera professione
- Art. 58 Trattamento economico
- Art. 59 Contributi previdenziali e per l'assicurazione di malattia
- Art. 60 Rapporti tra il pediatra convenzionato e la dirigenza sanitaria dell'azienda
- Art. 61 Attività territoriali programmate

## **NORME FINALI**

## **NORME TRANSITORIE**

## **ALLEGATI**

## **PARTE PRIMA**

### **INQUADRAMENTO GENERALE**

#### **ART. 1 - QUADRO DI RIFERIMENTO.**

---

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (in seguito Regioni), le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale della pediatria di famiglia (in seguito Organizzazioni Sindacali) definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Collettivo nazionale, come disposto dall'articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. Il progressivo accentuarsi dei problemi inerenti alla sostenibilità economica del S.S.N. a fronte di crescenti esigenze di qualificazione dei servizi sanitari offerti, richiede una riprogettazione, seppur parziale, del sistema delle cure primarie, con particolare attenzione alla valorizzazione dei servizi territoriali. Esiste la necessità di rispondere in modo adeguato, etico, deontologico e nuovo alla domanda crescente di salute, che va valutata e orientata, recuperando i valori e i principi della legge 23 dicembre 1978 n. 833, affermando l'esigenza di efficacia e appropriatezza della risposta sanitaria e sociale per un pieno utilizzo delle risorse del sistema a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema socio – sanitario.

3. Il nuovo quadro istituzionale, con Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, che modifica il Titolo V della Costituzione, ha affidato piena potestà alle Regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato. Il rinnovo degli AA.CC.NN. deve riuscire a coniugare il nuovo quadro istituzionale con il rafforzamento del SSN.

4. Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, approvato con il D.P.R. 23 maggio 2003, nel testo risultante dall'atto di intesa in sede di Conferenza Unificata Stato - Regioni - Città ed autonomie locali del 15 Aprile 2003, dopo 25 anni dall'entrata in vigore della Legge n. 833 del 1978, 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.

5. Particolare attenzione va riservata alla tematica della tutela della salute dei soggetti fragili, del bambino, dell'adolescente, dell'anziano e dei soggetti affetti da patologie croniche degenerative, condizione che presuppone la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazione e interazione dei professionisti e uno stretto legame con le strutture sociali, evidenziando la peculiarità di esigenze e condizioni assistenziali.

6. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, ribadiscono la validità del Servizio Sanitario Nazionale solidale, universale ed equo, quale organizzazione fondamentale per la tutela e la promozione della salute. Le innovazioni necessarie, devono puntare ad adeguare il sistema stesso a rispondere in modo appropriato ed integrato ai bisogni sanitari dei cittadini. La convenzione con il singolo pediatra di famiglia tutela e valorizza il rapporto fiduciario medico - paziente.

7. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali in relazione al quadro normativo vigente, riconoscono che il Sistema Sanitario Nazionale nel suo complesso garantisce la risposta ai bisogni di salute dei cittadini nel rispetto dei principi etici e ritengono improrogabile avviare una forte innovazione nella organizzazione e nella gestione del Sistema Sanitario attuando quanto indicato dal Piano Sanitario Nazionale in ordine al nuovo ruolo del territorio. È necessario, pertanto, pervenire ad un sistema di cure primarie integrato a

partire dal primo intervento, riservando all'ospedale il ruolo proprio di azione per le patologie che necessitano di un ricovero.

8. Va costruita, a tal fine, un'organizzazione sanitaria integrata nel territorio capace di individuare e di intercettare, maggiormente ed ancor più efficacemente, il bisogno di salute dei cittadini, di dare le risposte appropriate e di organizzare opportunità di accesso ai servizi attraverso la costruzione di percorsi assistenziali secondo modalità che assicurino tempestivamente al cittadino l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi territoriali e ospedalieri.

## **Art. 2 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.**

---

1. L'Accordo Collettivo Nazionale si caratterizza appieno quale momento organizzativo del sistema e strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori. Le novità normative introdotte nel quadro istituzionale, sono destinate a mutare in modo importante i contenuti dei tre livelli di negoziazione: nazionale, regionale, aziendale.

2. Il livello di negoziazione nazionale recepisce le garanzie per i cittadini ed individua:

- a) il ruolo, il coinvolgimento nell'organizzazione e programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato;
- b) i servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza;
- c) la compatibilità economica;
- d) la responsabilità delle istituzioni (Regioni e Aziende) nei confronti della piena applicazione dell'Accordo.

3. Il livello di negoziazione regionale definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale, integrando elencazione, incentivazione e remunerazione di compiti con il perseguimento di obiettivi e risultati.

4. Il livello negoziale aziendale definisce i progetti e le attività dei pediatri di famiglia necessarie all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.

### **ART. 3 – NEGOZIAZIONE NAZIONALE.**

---

1. Le Regioni e le OO.SS. concordano, con la stesura del presente Accordo, che il livello di negoziazione nazionale, qui rappresentato, definisce:

- a) la natura del rapporto di convenzione, così come definito al successivo art.13;
- b) le modalità e la costituzione del rapporto di Convenzione;
- c) le incompatibilità;
- d) i requisiti per il mantenimento del rapporto di convenzione;
- e) il rapporto ottimale e i massimali di scelta anche in relazione ai modelli associativi;
- f) il ruolo, le funzioni e i compiti dei pediatri di libera scelta, in relazione alla garanzia del livello essenziale di assistenza delle cure primarie, quali referenti della salute del bambino e dei bisogni espressi dalla sua famiglia. Le attività e le prestazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative dovute agli assistiti sia sani, sia con patologie acute e croniche, costituiscono la risposta clinico-assistenziale, nei diversi momenti dello sviluppo e della crescita, concorrendo ad assicurare la continuità dell'assistenza e il necessario supporto e orientamento alle famiglie;
- g) modalità e ambiti di esercizio della libera professione;
- h) definizione delle modalità di applicazione degli aspetti sanzionatori e conseguenti criteri di valutazione delle violazioni e delle penalità conseguenti fino al venir meno del rapporto di convenzione;
- i) avvio di un processo condiviso di determinazione di percorsi e linee guida per l'efficacia e l'appropriatezza, con il concorso dei soggetti istituzionali e delle parti sociali, al fine di garantire l'attuazione di programmi intersettoriali, la riduzione dell'ospedalizzazione non appropriata, la riduzione del rischio di disabilità;
- j) criteri e modalità per la regolamentazione dell'accesso, in relazione alle normative vigenti;
- k) criteri della rappresentatività sindacale nazionale, regionale ed aziendale;
- l) funzioni ed obiettivi delle forme associative della pediatria di famiglia e dei loro elementi costitutivi fondamentali;
- m) criteri generali nella gestione della formazione, nei suoi ambiti principali;
- n) entrata in vigore e durata dell'Accordo nazionale;
- o) struttura del compenso;
- p) cornice generale degli Accordi regionali, con la individuazione degli ambiti della contrattazione.

#### **ART. 4 - NEGOZIAZIONE REGIONALE.**

---

1. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali si impegnano a definire, entro e non oltre i sei mesi successivi all'entrata in vigore dell'Accordo collettivo nazionale, le intese regionali contemplate nel presente accordo per la definizione dei seguenti aspetti specifici:

- a) le responsabilità nei rapporti convenzionali, in relazione agli obiettivi regionali, con le modalità previste dall'articolo precedente;
- b) l'attuazione di quanto indicato dall'art. 6;
- c) 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;
- d) definizione delle modalità per garantire la continuità assistenziale, anche mediante iniziative di associazionismo medico, in collegamento con lo specifico servizio presente a livello territoriale;
- e) le modalità di realizzazione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse, l'organizzazione degli strumenti di programmazione monitoraggio e controllo;
- f) la modalità di partecipazione dei pediatri di libera scelta nella definizione degli obiettivi della programmazione, dei budget e della responsabilità nell'attuazione dei medesimi;
- g) i criteri e le modalità nella organizzazione del sistema informativo fra operatori - strutture associate - Distretti - Aziende Sanitarie - Regione;
- h) l'organizzazione della formazione continua e dell'aggiornamento;
- i) gli organismi di partecipazione e rappresentanza dei pediatri di libera scelta a livello regionale;
- j) l'attuazione dell'art. 8 comma 2, lettere b, c ed e.

## **ART. 5 - OBIETTIVI DI CARATTERE GENERALE.**

---

1. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, concordano la realizzazione di alcuni fondamentali obiettivi quali:

a) garantire su tutto il territorio nazionale da parte del sistema sanitario la erogazione ai cittadini dei livelli essenziali di assistenza (LEA);

b) promuovere la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione ed educazione e informazione sanitaria;

c) favorire una integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali a partire dall'assistenza territoriale in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

d) 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;

e) realizzare un riequilibrio fra ospedale e territorio, con conseguente redistribuzione delle risorse, sulla base della indicazione delle sedi e del livello più appropriati di erogazione delle prestazioni in ragione dell'efficienza, della efficacia, della economicità, degli aspetti etici e deontologici e del benessere dei cittadini;

f) favorire la assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei pediatri che operano nel territorio, nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, sulla scorta di quanto definito nei diversi livelli della programmazione socio-sanitaria;

g) introdurre, con la programmazione regionale e aziendale, strumenti di gestione che garantiscano una reale funzione del territorio ed una concreta responsabilità dei pediatri e dei professionisti sanitari nelle scelte a garanzia degli obiettivi di salute;

h) favorire lo sviluppo appropriato delle prestazioni erogabili sul territorio, unitamente ad una adeguata attività di qualificazione e aggiornamento professionale dei pediatri di famiglia che operano sul territorio;

i) favorire la presa in carico da parte del sistema di cure primarie degli assistibili, in particolare se fragili o non autosufficienti, attraverso l'attivazione di regimi assistenziali sostenibili e di livello appropriato quali quelli della domiciliarità e residenzialità, attivando tutte le risorse delle reti assistenziali.

## **ART. 6 – STRUMENTI.**

---

1. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, per il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria indicati nel presente Accordo, convengono sulla necessità di attuare una significativa riorganizzazione del servizio sanitario attraverso le seguenti scelte:

- a) realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie con le specificità proprie dell'assistenza pediatrica, al fine di individuare e intercettare la domanda di salute con la presa in carico dell'utente e il governo dei percorsi sanitari e sociali, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica. Ciò consentirà al territorio, di soddisfare la domanda di salute a partire dal primo intervento perseguendo anche l'obiettivo di ricondurre le liste di attesa entro tempi accettabili;
- b) a tal fine convengono sulla necessità di costituzione di una organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria con lo sviluppo della medicina e pediatria associata prevedendo la sperimentazione, definita in sede regionale d'intesa con le OO.SS., di strutture operative complesse, organizzate dagli stessi professionisti e fondate sul lavoro di gruppo con sede unica, composte da pediatri di famiglia e anche da medici di medicina generale (assistenza primaria e medici di continuità assistenziale) e, con la presenza di specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie, in un quadro di unità programmatica e gestionale del territorio di ogni azienda sanitaria, in coerenza con l'intesa Stato - Regioni del 29.07.04;
- c) la nuova organizzazione avrà come suo presupposto la piena valorizzazione ed integrazione di tutte le componenti all'interno del sistema. I pediatri di libera scelta avranno, sulla base di quanto definiranno le regioni, un ruolo di partecipazione diretta nella definizione dei modelli organizzativi, nella individuazione dei meccanismi di programmazione e controllo e nella definizione degli obiettivi di budget;
- d) in proposito dovrà essere garantita la presenza delle forme partecipative nelle strutture territoriali, previste dall'atto aziendale;
- e) questa riorganizzazione avrà come suo fondamento l'informatizzazione del sistema, secondo standard condivisi definiti a livello nazionale e regionale, che dovrà coinvolgere tutti i soggetti operanti nel territorio, per una ottimale interrelazione fra professionisti sanitari, strutture organizzative territoriali, distretti, ospedali ed altri poli della rete integrata socio-sanitaria;
- f) le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, concordano sulla esigenza che sia perseguito, anche tramite gli accordi regionali, un adeguato percorso formativo dalla fase della specializzazione alla formazione continua;
- g) dovranno essere definiti anche percorsi formativi comuni tra pediatri, altri medici, e professionisti sanitari che operano nel territorio e pediatri e professionisti sanitari che operano in ospedale. Tali percorsi dovranno essere mirati all'acquisizione di strategie comuni finalizzate all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici dell'assistito e la loro appropriatezza, anche con il coinvolgimento delle società scientifiche.

## **ART. 7 – RUOLO E PARTECIPAZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI.**

---

1. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, ferma restando la natura convenzionale del rapporto per singolo professionista, concordano che la maggiore partecipazione alle scelte di programmazione e gestione, dei pediatri di libera scelta operanti nel territorio comporta un equivalente e contemporaneo aumento di responsabilità nel governo clinico, con particolare riferimento alla garanzia dei livelli di prestazione e la gestione dei budget concordati a livello di territorio.

2. La mancata adesione agli obiettivi ed ai percorsi concordati diventa motivo per la verifica del rapporto di convenzione fino alla revoca.

## **ART. 8 - STRUTTURA DEL COMPENSO**

---

1. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, preso atto degli indirizzi del governo in materia di rinnovo di convenzioni e contratti nella pubblica amministrazione (d.lgs. 30 marzo 2001 n.165), convengono sulla necessità che il compenso dei pediatri di libera scelta, sia sintonizzato con il perseguimento degli obiettivi di salute programmati, con un adeguato equilibrio fra la parte del compenso legata ad automatismi e quella legata agli obiettivi e alle prestazioni definite dalle programmazioni regionali e aziendali.

2. Concorrono alla costituzione del compenso dei pediatri di cui al presente Accordo:

- a) quota capitaria ponderata per assistito;
- b) incentivi di struttura, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo della compatibilità, nonché incentivi legati al raggiungimento degli obiettivi di qualificazione e appropriatezza;
- c) quota per servizi e prestazioni aggiuntive, per pediatra singolo, associazioni o per gruppi, calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazione;
- d) aumento previsto per rinnovo nella misura di cui al successivo articolo 9;
- e) incentivi legati al trasferimento di risorse, alla luce del perseguimento del riequilibrio delle prestazioni, fra ospedale e territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali per l'assistenza primaria.

3. Nel rispetto di quanto indicato ai commi 1 e 2, le Regioni e le Organizzazioni Sindacali concordano di determinare l'entità del compenso per assistibile pesato definendone caratteristiche e tipologie secondo i seguenti criteri:

A. Le quote b) e c) del comma 2 potranno contenere fino al 30% del totale degli attuali compensi e saranno finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale. Queste quote saranno ulteriormente integrate con le risorse eventualmente derivate dalle fattispecie di cui al precedente punto e).

La quota a) del comma 2 potrà rappresentare un livello percentuale del totale degli attuali compensi inversamente corrispondente a quello di cui alla precedente lettera A.

B. Gli aumenti per i rinnovi contrattuali, calcolati sul monte compensi 2000 per competenza, vanno ad incrementare le quote del compenso di cui alle lettere a), b) e c) del comma 2.

4. Sono comunque garantiti gli effetti degli Accordi regionali vigenti fino alla loro scadenza, conformemente alle determinazioni previste negli stessi.

## **ART. 9 – AUMENTI CONTRATTUALI**

---

1. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal governo in materia, fissano un aumento, per pediatri di libera scelta a quota capitaria, da erogarsi al lordo di ogni ritenuta o contribuzione e distribuite come indicato nel modo che segue:

TABELLA A – Arretrati 2001 - 2002 – 2003

Anno	€anno per assistito
arretrati 2001	1,788
arretrati 2002	1,788
arretrati 2003	2,508

TABELLA B - Aumenti 2004 – 2005

Decorrenza	Quota capitaria
Dal 1.1.2004	4,06
Dal 31.12.2004	1,10
Dal 31.12.2005	1,00
Totale	6,16

Le risorse di cui alla tabella B sono distribuite nella quota fissa e nella quota variabile nel modo che segue:

TABELLA C - Distribuzione delle risorse della quota capitaria nella quota fissa e nella quota variabile

Decorrenza	Quota fissa	Quota variabile
Dal 1.1.2004	2,03	2,03
Dal 31.12.2004	0,55	0,55
Dal 31.12.2005	0,50	0,50
Totale	3,08	3,08

## **ART. 10 - DISPOSIZIONE CONTRATTUALE DI GARANZIA**

---

1. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali, a garanzia dell'attuazione di quanto previsto dall'art. 4, comma 1, del presente Accordo, si impegnano ad applicare in caso di inadempienza anche di una delle parti, la seguente procedura di garanzia con valore di cogenza per i contraenti.
2. Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo la SISAC verifica lo stato di avanzamento degli Accordi in ciascuna Regione, accordando eventualmente ulteriori tre mesi di tempo per la conclusione della trattativa, trascorsi i quali si fa inderogabilmente riferimento, su richiesta di una delle parti, a quanto previsto dal comma 3.
3. A tale fine la SISAC, entro 15 giorni, convoca le Organizzazioni Sindacali nazionali e, valutato lo stato di inadempienza, può procedere, entro 30 giorni, alla convocazione delle parti regionali interessate al fine di pervenire ad un accordo, da stipularsi entro i successivi 60 giorni. In caso di impossibilità a raggiungere tale risultato, la SISAC e le Organizzazioni Sindacali nazionali proporranno, entro i successivi 60 giorni, una soluzione sostitutiva all'accordo regionale da sottoporre alla approvazione della conferenza Stato - Regioni e Province autonome a valere per la Regione, valida fino alla stipula dell'Accordo regionale.
4. Al fine di acquisire le necessarie conoscenze in ordine all'andamento di attuazione degli accordi regionali ed aziendali, nonché all'esigenza di monitorare i relativi dati economici e di attuazione di particolari e definiti istituti contrattuali, è istituito, entro 120 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, un Osservatorio consultivo permanente nazionale presso la SISAC, con la partecipazione delle Organizzazioni Sindacali, la cui composizione ed i relativi compiti saranno definiti con successivo accordo tra le parti.

**ART. 11 – ENTRATA IN VIGORE E DURATA DELL’ACCORDO.**

---

1. Il presente Accordo entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza Stato-Regioni, scade il 31 dicembre 2005 e rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo.

**PARTE SECONDA**  
**DISCIPLINA DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

**Art. 12 – PREMESSA**

---

1. Le novità introdotte, nell'ordinamento costituzionale e nelle procedure di contrattazione con la legge 27 dicembre 2002 n. 289, comportano una nuova e più funzionale strutturazione del rapporto convenzionale in particolare negli articolati di settore. E' necessario cioè coordinare e rendere sequenziale la normativa di ogni specifica categoria con gli obiettivi e i contenuti generali e comuni a tutte le categorie che operano nel territorio sia pure con la necessaria gradualità. La stesura dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di famiglia è finalizzata ad attrezzare meglio il rapporto Regioni – medici pediatri che operano nel territorio, con l'obiettivo di avviare un processo di innovazione in grado di rispondere in modo più adeguato alle esigenze dei cittadini, a rivalutare il ruolo degli operatori e consolidare in modo significativo il ruolo del Servizio Sanitario Nazionale nel nostro Paese.

2. Il presente accordo disciplina e regola, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. n.502/1992 e sue successive modificazioni ed integrazioni, l'attività del medico pediatra di famiglia, ribadendo che:

- in base alla Convenzione internazionale sui Diritti dell'infanzia, recepita dal Parlamento con la legge 27 maggio 1991, n.176, lo Stato riconosce l'infanzia come un bene sociale da salvaguardare e sul quale investire e riconferma che la tutela sanitaria dell'infanzia e dell'adolescenza è un diritto fondamentale ed è uno degli obiettivi specifici proposti dall'O.M.S.;

- nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino intesa quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, il S.S.N. demanda al medico convenzionato per la pediatria di famiglia i compiti di prevenzione individuale, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come un insieme unitario qualificante l'atto professionale;

- la tutela della salute del bambino e dell'adolescente presuppone la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazioni e interazione dei professionisti e uno stretto legame con le strutture sociali, evidenziando la peculiarità di esigenze e condizioni assistenziali.

3. Il pediatra di famiglia è lo specialista formato specificamente per offrire la tutela della salute per tutto l'arco della crescita e dello sviluppo e si muove nell'area delle cure primarie.

4. Il pediatra di famiglia:

- svolge attività medico specialistica di assistenza (diagnosi, terapia e riabilitazione) nei confronti di bambini e adolescenti con particolare attenzione all'integrazione e coordinamento delle cure per patologie acute e croniche;

- garantisce attività di prevenzione, educazione sanitaria e di promozione della salute con attenzione allo sviluppo fisico, psichico, relazionale, cognitivo del bambino e dell'adolescente nel contesto ambientale e sociale in cui è inserito;

- progetta e partecipa ad attività di ricerca sul territorio;

- promuove ed aderisce a programmi di formazione professionale.

5. I pediatri di libera scelta sono specialisti formati ai principi della disciplina, sulla base delle caratteristiche di seguito elencate che ne definiscono le peculiarità professionali:

a) la pediatria di famiglia fornisce un accesso diretto all'interno del sistema sanitario, per offrire una tutela della salute completa e coordinata ai bambini, ragazzi ed adolescenti per tutto l'arco della crescita e dello sviluppo e si muove nell'area delle cure primarie, partecipando all'appropriatezza e continuità dell'assistenza;

b) determina un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità ed assumendo, se necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;

c) sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;

d) gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;

e) garantisce le prestazioni sanitarie con attenzione allo sviluppo fisico, psichico, relazionale, cognitivo del bambino e dell'adolescente nel contesto sociale ed ambientale in cui è inserito.

## **CAPO I**

### **PRINCIPI GENERALI**

#### **ART. 13 – CAMPO DI APPLICAZIONE.**

---

1. I medici specialisti in pediatria, iscritti negli elenchi di cui all' art. 32, comma 4 del presente accordo, sono parte attiva e qualificante del S.S.N. nel settore preposto alla tutela dell'infanzia e dell' età evolutiva da 0 a 14 anni, nei suoi momenti di prevenzione, cura, riabilitazione e raggiungimento di uno stato di maturità psico-fisica in una visione globale di servizio per il cittadino nel quadro dei piani sanitari nazionali e regionali.

Tale attività presuppone che, nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, i rapporti convenzionali con i medici pediatri di famiglia esplicitanti la loro attività in prestazioni sanitarie da effettuare in ambito territoriale, costituiscono il rapporto di lavoro con il quale si fa fronte alle esigenze sanitarie della popolazione in età pediatrica sulla base delle disposizioni di cui all'articolo 8 del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. Tale rapporto di lavoro, libero-professionale, costituisce vincolo funzionale tra l'ASL ed il singolo medico pediatra e si concretizza con l'organico inserimento dell'attività del medico pediatra di libera scelta nell'apparato organizzativo del distretto socio-sanitario. In particolare, ancorché libero professionista operante nel proprio studio, il medico pediatra di famiglia stabilisce, con l'istaurarsi del rapporto di lavoro con il S.S.N., un vincolo funzionale che risulta dalle norme regolamentari che compongono il corpo normativo del presente ACN. Inoltre, si evidenzia che l'attività regolata dal presente accordo collettivo nazionale non è riconducibile alla mera prestazione d'opera professionale giacché l'impianto organizzativo prefigura il dover svolgere le proprie mansioni professionali secondo orari predeterminati e direttive impartite a livello aziendale e distrettuale, oltreché regionale e nazionale, in sintonia alle intese ai vari livelli, utili a svolgere la prestazione professionale in modo coordinato con le prestazioni degli altri medici pediatri di famiglia.

3. E' in questo quadro che le Regioni assicurano, in via esclusiva e sulla base delle specifiche disposizioni di cui all'articolo 8, comma 1, del D. Lgs 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i livelli essenziali e uniformi di assistenza.

## **ART. 14 – CONTENUTI DEMANDATI ALLA NEGOZIAZIONE REGIONALE.**

---

1. Gli Accordi Regionali di cui all'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni realizzano i livelli assistenziali aggiuntivi previsti dalla programmazione delle Regioni rispetto a quelli dell'Accordo Collettivo Nazionale e coerenti con i livelli essenziali e uniformi di assistenza.
2. In armonia con quanto definito all'art. 4, al fine di cogliere ogni specificità e novità a livello locale sul piano organizzativo, e consentire al contempo il conseguimento di uniformi livelli essenziali di assistenza in tutto il territorio nazionale, sono demandati alla trattativa regionale, sulla base degli indirizzi generali individuati nel presente Accordo, oltre agli specifici singoli richiami, i seguenti articoli ed Allegati ai fini della loro riorganizzazione e definizione:
  - Art. 23 - Comitato Aziendale;
  - Art.24 - Comitato Regionale;
  - Art. 25 – Programmazione e monitoraggio delle attività;
  - Art. 26 - Equipes territoriali ed UTAP;
  - Art. 27 – Appropriatelyzza delle cure e dell'uso delle risorse;
  - Art. 33 - Copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria;
  - Art. 34 - Instaurazione del rapporto convenzionale;
  - Art. 36 - Sostituzioni;
  - Art. 37 - Incarichi provvisori;
  - Art. 39 – Scelta del pediatra;
  - Art. 43 – Elenchi nominativi e variazioni mensili;
  - Art. 45 – Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza;
  - Art. 51 – Assistenza al bambino con patologia cronica;
  - Art. 52 – Forme associative;
  - Art. 55 – Continuità assistenziale;
  - Art. 61 - Attività territoriali programmate
  - Allegato E - Assistenza domiciliare ai bambini con patologia cronica
  - Allegato E bis - Assistenza ambulatoriale ai bambini con patologia cronica
3. Gli Accordi regionali, definiscono i compiti e le attività svolte dai pediatri:
  - a)in forma coerente rispetto a quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale;
  - b)in forma associativa complessa e integrata;
  - c)per il rispetto di livelli di spesa programmati.
4. Gli Accordi regionali possono prevedere l'erogazione di prestazioni aggiuntive, funzionali ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali, e con modalità che possano consentire la collaborazione del pediatra con il dipartimento materno-infantile per:
  - a) - interventi sanitari relativi all'età pediatrica con la formulazione del piano assistenziale, compresa la parte riabilitativa e la compilazione di una scheda di rilevazione dei bisogni dei bambini a domicilio, nelle strutture territoriali e nelle collettività;
  - b) - assistenza al bambino con patologia cronica, da effettuarsi sulla base di programmi di assistenza concordati, all'ambulatorio o al domicilio del bambino;
  - c) - il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e ricerca di fattori di rischio, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro sensoriali e psichici ed all'individuazione precoce di problematiche, anche socio sanitarie, gli interventi di educazione sanitaria nell'ambito dei programmi di prevenzione e promozione della salute previsti a livello nazionale, regionale e aziendale nei confronti dei

propri assistiti rispetto ai rischi prevalenti per l'età evolutiva, e le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;

d) - processi assistenziali riguardanti particolari patologie ivi comprese alcune sociali secondo protocolli che definiscono le attività del pediatra di libera scelta e i casi di ricorso al secondo livello specialistico (diabete, ipertensione, forme invalidanti, broncopneumopatie ostruttive, asma, forme neurologiche, ecc.);

e) - assistenza domiciliare ai pazienti in fase terminale, anche in forma sperimentale con particolare riguardo alle cure palliative;

f) - sperimentazione di nuove modalità assistenziali;

g) - partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale (es. Progetti obiettivo) coinvolgenti il pediatra di libera scelta per prestazioni non previste dall'art.44.

h) - prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto a quelle previste dall'accordo nazionale all'allegato B), parte "A" e "B".

5. Gli Accordi regionali possono, inoltre, prevedere lo svolgimento delle seguenti attività:

a) - partecipazione a procedure di verifica della qualità che, oltre a promuovere la qualità delle prestazioni sanitarie, costituisca un aspetto del processo di verifica dei tetti di spesa sulla base di peer review e applicazione di linee guida, per sviluppare efficacia ed appropriatezza delle prestazioni;

b) - svolgimento di attività di ricerca epidemiologica, compresa la segnalazione di eventi sentinella e la partecipazione alla tenuta di registri per patologia, sulla base di protocolli concordati a livello regionale;

c) - attivazione di un sistema informativo integrato tra pediatri di libera scelta, presidi delle Aziende sanitarie locali ed eventuali banche dati, per il collegamento degli studi professionali con i centri unificati di prenotazione e lo sviluppo di scambi telematici di informazioni sanitarie (specialisti e servizi ospedalieri), anche a fini di ricerca epidemiologica e management della spesa;

d) - fornitura dei dati sanitari, anche attraverso flussi informativi, a fini statistico-epidemiologici, di valutazione della qualità delle prestazioni e dei relativi costi.

6. Gli Accordi regionali disciplinano, in via esclusiva, la sperimentazione di ulteriori forme associative oltre a quelle previste dall'articolo 58, tra pediatri di libera scelta convenzionati ai sensi del presente Accordo. Tra le forme associative sperimentabili negli Accordi regionali, particolare rilievo assumono le associazioni integrate e complesse che prefigurino la presenza al proprio interno di differenti figure professionali mediche e non, con elementi di elevata integrazione dell'assistenza ambulatoriale o che realizzino livelli assistenziali, anche del tipo di ricovero residenziale e semi residenziale che possano costituire alternativa al ricovero in strutture ospedaliere.

La sperimentazione delle forme associative è finalizzata anche ad utilizzare l'attività di altri operatori sanitari da parte dell'associazione per erogare prestazioni ulteriori, rispetto a quelle fornite dal pediatra di libera scelta, in particolare:

a) assistenza specialistica di base;

b) prestazioni diagnostiche;

c) assistenza infermieristica e riabilitativa, ambulatoriale e domiciliare;

d) assistenza sociale, integrata alle prestazioni sanitarie ove consentita in base alle norme regionali.

7. Gli Accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art. 8, lett. f, del D.l.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, la disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende e pediatri di libera scelta per il rispetto dei livelli di spesa programmati.

I Livelli di Spesa Programmati sono sempre correlati a specifici obiettivi e programmi di attività mirati a perseguire l'appropriatezza e la razionalizzazione dell'impiego delle risorse.

Il rispetto dei livelli di spesa programmati è correlato, secondo il disposto del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, a specifici incentivi che devono essere previsti nel progetto relativo.

8. Gli Accordi regionali disciplinano la forma, le modalità di erogazione e l'ammontare dei compensi, che sono corrisposti, in rapporto al tipo di attività svolta dal pediatra convenzionato, anche in forma associata.  
Nelle forme integrate di erogazione dell'attività professionale può essere prevista la fornitura di personale, locali e attrezzature, di cui si tiene conto nella determinazione del compenso di cui alla alinea precedente.  
Anche ai fini della ristrutturazione del compenso del pediatra, le parti possono concordare l'attuazione di sperimentazioni gestionali basate sull'assegnazione a gruppi di medici di budget virtuali o reali.
9. Gli Accordi regionali disciplinano anche la materia della contrattazione aziendale, definendo le linee guida degli accordi decentrati aziendali, al fine di armonizzare la contrattazione periferica agli obiettivi generali della programmazione regionale.
10. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere definiti parametri di valutazione di particolari e specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività convenzionale.

## **ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE.**

---

1. I pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività dal presente accordo sono tratti da graduatorie uniche per titoli, predisposte annualmente a livello regionale, a cura del competente Assessorato alla Sanità. Le Regioni possono adottare, nel rispetto delle norme di cui al presente Accordo, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari alla formazione delle graduatorie. La domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale viene presentata una sola volta, ed è valida fino a revoca da parte del pediatra, mentre annualmente vengono presentate domande integrative dei titoli, aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente allegati, sulla base dell'Allegato A1 del presente Accordo. Annualmente, sulla base delle domande presentate e delle domande integrative, viene predisposta la graduatoria regionale relativa all'anno in corso, con modalità operative definite nell'ambito degli Accordi regionali.

2. I pediatri che aspirano all'iscrizione nelle graduatorie di cui al comma 1, devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domande:

- a) iscrizione all'albo professionale;
- b) diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti.

3. Ai fini dell'inclusione nella relativa graduatoria annuale i pediatri devono presentare o inviare, con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato alla Sanità della Regione, o ad altro soggetto individuato dalla Regione, in cui intendono prestare la loro attività, una domanda conforme allo schema allegato sub lettera A), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

4. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

5. Il pediatra che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale dell'anno precedente deve presentare, per l'anno in corso, con la domanda integrativa di cui all'Allegato A1, l'autocertificazione della iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno nonché di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria.

6. La domanda deve essere in regola con le vigenti norme di legge in materia di imposta di bollo.

7. L'amministrazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 16, predispone una graduatoria regionale da valere per un anno, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito e la residenza.

8. La graduatoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione i pediatri interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla sanità istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.

9. La graduatoria regionale è approvata e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione in via definitiva entro il 31 dicembre dall'Assessorato regionale alla Sanità.

10. La graduatoria ha validità di un anno a partire dal 1° gennaio dell'anno al quale è riferita, ed è utilizzata comunque per la copertura degli incarichi rilevati come vacanti nel corso dell'anno di validità della graduatoria medesima.

11. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Accordo non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

12. Le Aziende Sanitarie Locali, sulla base di apposite determinazioni previste dagli Accordi Regionali che modifichino le procedure previste dal presente Accordo in materia di attribuzione degli incarichi provvisori, possono predisporre graduatorie per la disponibilità alla copertura degli incarichi vacanti da parte dei pediatri inseriti nella graduatoria regionale o, in carenza, ove necessario, da parte dei pediatri in possesso dei requisiti previsti dal presente articolo.

## **ART. 16 - Titoli per la formazione delle graduatorie.**

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati qui di seguito con l'indicazione del valore attribuito a ciascuno di essi:

### **I - TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:**

a) specializzazioni in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella B, e successive integrazioni:

Per ciascuna specializzazione..... p. 4,00

b) libere docenze in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella B, e successive integrazioni: ..... p. 2,00

c) specializzazioni in discipline affini alla pediatria ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella B, e successive integrazioni:

per ciascuna specializzazione o libera docenza .....p. 2,00

d) o libere docenze in discipline affini alla pediatria ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella B, e successive integrazioni: .... p. 1,00

e) specializzazioni o libere docenze in discipline diverse da quelle previste alle lettere a) e b):

per ciascuna specializzazione o libera docenza .. ....p. 0,20

f) tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 aprile 1975..... .. p. 0,30

g) titolo di animatore di formazione riconosciuto dalle Regioni o rilasciato da soggetti accreditati dal Ministero della salute o dalla Regione .....p. 0,30

### **II - TITOLI DI SERVIZIO**

a) attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/1978, e dell'art.8 comma 1 D. L.vo 502/92 e successive. modificazioni compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (anche per attività sindacale) è valutata:

per ciascun mese complessivo ..... p. 0,20 (per l'attività sindacale il mese è ragguagliato a 96 ore)

b) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale e nell'emergenza sanitaria territoriale e di assistenza primaria, in forma attiva:

per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività .....p. 0,10 (per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore);

c) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende:

per ciascun mese complessivo ..... p. 0,10

d) servizio militare di leva ( o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina:

per ciascun mese ..... p. 0,05

e) attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 79, n.38, della legge 10 luglio 1960, n.735, e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n.430:

per ciascun mese complessivo ..... p. 0,10

f) attività di pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono:

per ciascun mese complessivo ..... p. 0,05

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio le frazioni di mese superiori a 15 giorni sono valutate come mese intero.

3. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso e' valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi non sono valutabili.

4. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, l'anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione, e, infine, la minore età.

5. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.

## **ART. 17 – INCOMPATIBILITÀ.**

---

1. Lo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo, ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 30.12.1991, n. 412, e' incompatibile qualora il pediatra:

- a) sia titolare di qualsiasi rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, anche precario, ad eccezione dei medici di cui all'art. 6, comma 1, del D.L. 14.6.1993, n. 187, convertito con modifiche nella legge 12.8.1993, n. 296;
- b) eserciti attività che configuri conflitti di interesse con il rapporto di lavoro con il S.S.N. o sia titolare o compartecipe di quote di imprese che esercitano attività che possano configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale;
- c) svolga attività di medico specialista ambulatoriale convenzionato; i rapporti in atto all'entrata in vigore del presente accordo rimangono in essere. Nell'ambito degli Accordi regionali viene regolamentata la possibilità di svolgimento di attività specialistica ambulatoriale nella branca di pediatria, prevedendo la riduzione del massimale individuale di scelte;
- d) sia iscritto negli elenchi dei medici di assistenza primaria, convenzionati ai sensi dell'art. 8, comma 1, D.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni;
- e) svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta. Nell'ambito degli Accordi regionali sono definiti limiti e deroghe al disposto di cui alla presente lettera;
- f) fruisca del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- g) operi, a qualsiasi titolo, salvo diversi accordi regionali, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate;
- h) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 15, octies D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- i) sia iscritto al corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai D.L.vi n. 256/91, n. 257/91, n. 368/99 e n. 277/03, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia;
- j) fruisca di trattamento di quiescenza relativo ad attività convenzionate e dipendenti del SSN, fatta esclusione per i pediatri già titolari di convenzione per la pediatria all'atto del pensionamento.
- l) svolga attività di medico specialista accreditato.

2. Il pediatra che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.L.vo n. 626/94, fermo quanto previsto dall'art. 38 in tema di limitazione di massimale, non può acquisire nuove scelte di familiari in età pediatrica, dei dipendenti delle aziende per le quali opera.

3. L'accertata e contestata situazione di incompatibilità prevista dal presente articolo comporta, sulla base delle procedure di cui all'art. 30, la cessazione del rapporto convenzionale.

4. La Azienda dispone, mediante i propri servizi ispettivi, i controlli idonei ad accertare la sussistenza delle situazioni di incompatibilità, anche in corrispondenza della comunicazione del pediatra relative al proprio status convenzionale.

5. La eventuale situazione di incompatibilità a carico del pediatra incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15, deve cessare all'atto dell'assegnazione del relativo ambito territoriale carente.

6. Il pediatra e' tenuto a comunicare sollecitamente alla Azienda competente ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la domanda di partecipazione alle graduatorie di cui all'art. 15, o con la dichiarazione di cui al comma successivo, nonché l'insorgere di situazioni di incompatibilità previste dal presente articolo al fine di regolarizzare la propria posizione individuale.

7. In ogni caso la Azienda competente o la Regione può richiedere annualmente al pediatra una dichiarazione da rilasciare entro un termine non inferiore a quindici giorni,

attestante la sua situazione soggettiva professionale con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, le limitazioni del massimale e gli aspetti economici (v. allegato I ). Il pediatra nella cui posizione soggettiva non siano intervenute modificazioni, non e' tenuto a inviare la richiesta dichiarazione, salvo quella richiesta per la prima volta dopo l'entrata in vigore dell'Accordo nazionale.

## **ART. 18 - SOSPENSIONE DEL RAPPORTO E DELL'ATTIVITÀ CONVENZIONALE.**

---

1. Il pediatra deve essere sospeso dagli incarichi della pediatria di famiglia:
  - a) in esecuzione dei provvedimenti sospensivi di cui all'articolo 30;
  - b) per sospensione dall'albo professionale. In materia si applicano le disposizioni di cui all'art. 9, comma 3, della legge 23 aprile 1981, n. 154;
  - c) per tutta la durata del servizio, nei casi di richiamo alle armi, nonché nei casi di servizio prestato all'estero, ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38;
  - d) in caso di emissione, da parte della Autorità Giudiziaria, di provvedimenti restrittivi della libertà personale, quali arresti domiciliari, custodia cautelare in carcere o luogo di cura, divieto di dimora nel territorio dell'ambito territoriale di attività convenzionale o nel territorio dell'Azienda, che impediscano il corretto svolgimento dell'attività convenzionata ambulatoriale e domiciliare.
  
2. I periodi di sospensione del rapporto convenzionale non possono essere considerati, a nessun titolo, come attività di servizio e non possono comportare alcun onere, anche previdenziale, a carico del SSN.
  
3. Il pediatra è sospeso dalle attività di pediatria di famiglia:
  - a) in caso di malattia o infortunio non occorsi nello svolgimento delle attività professionali convenzionate, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque;
  - b) nel caso di attribuzione e accettazione da parte del pediatra di incarico di Direttore di Distretto o di altri incarichi organizzativi o di dirigenza nel Distretto o nell'ambito delle altre strutture organizzative e gestionali del Servizio Sanitario Nazionale o Regionale, anche ai sensi del disposto dell'articolo 8, comma 1, lettera m) del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso. Nel caso di incarico a tempo parziale, la sospensione è anch'essa a tempo parziale.
  - c) per la durata complessiva della inabilità temporanea totale, in caso di infortunio o malattia occorsi nello svolgimento della propria attività professionale;
  - d) per inabilità temporanea o permanente che derivi da causa di servizio, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque.
  - e) per motivi di studio relativi a partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'art. 20 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, che abbiano durata superiore a 30 giorni consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all'anno, salvo diversi Accordi regionali, che abbiano come oggetto argomenti di interesse per la pediatria di famiglia e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.
  - f) partecipazione ad iniziative aventi carattere umanitario e di solidarietà sociale aventi carattere istituzionale e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.
  
4. Il pediatra di libera scelta ha diritto ad usufruire di sospensione parziale dell'attività convenzionale, con sua sostituzione part-time e per periodi anche superiori a sei mesi, comunque non superiori a 18 mesi nell'arco di cinque anni, per:
  - a) allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
  - b) adozione di minore nei primi 12 mesi dall'adozione;
  - c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
  - d) assistenza a familiari conviventi, anche temporaneamente, con inabilità pari al 100% e titolari di indennità di accompagnamento.
  
5. Il pediatra in stato di gravidanza, convenzionato ai sensi del presente Accordo, può richiedere la sospensione dell'attività convenzionale per tutto o per parte del periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti e con sostituzione totale o parziale della propria attività lavorativa.

6. Il pediatra convenzionato ai sensi del presente Accordo, ove non già previsto dai Capi specifici comunica l'assenza dall'attività convenzionale per un periodo non superiore ai 30 giorni lavorativi nell'arco di un anno per ristoro psico-fisico dall'attività lavorativa, con sostituzione a proprio carico.

7. Nei casi di cui ai commi 3, 4, 5, 6, la sospensione dell'attività di pediatria di libera scelta non comporta la sospensione del rapporto convenzionale né soluzione di continuità del rapporto stesso ai fini della anzianità di servizio.

8. Nei casi previsti dal comma 1 il pediatra deve essere sostituito da un pediatra nominato dalla Azienda secondo le modalità stabilite dall'art. 36 comma 15.

9. Nei casi previsti dai commi 3, 4, 5 e 6 il pediatra deve farsi sostituire seguendo le modalità previste dall'art. 36, comma 1.

10. Il pediatra sospeso dall'incarico ai sensi del comma 1 lettera b) e sospeso temporaneamente ai sensi del comma 1 lettera d) conserva, in quest'ultimo caso e fino a sentenza definitiva, il diritto a percepire i propri compensi al netto dei compensi spettanti al sostituto ai sensi dell'Allegato F del presente Accordo.

11. I compensi di cui al comma 10 sono erogati fatta salva ogni eventuale azione di rivalsa.

12. Il provvedimento di sospensione del rapporto convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda con apposita deliberazione, visti gli atti probatori.

13. Il provvedimento di sospensione ha contemporaneità di efficacia in tutte le sedi di attività del pediatra. Il pediatra è tenuto ad informare tutte le Aziende nelle quali egli opera della insorgenza di eventuali condizioni comportanti la sospensione dell'incarico, al fine di consentire le relative determinazioni da parte dei rispettivi Direttori Generali.

14. Fatte salve le sospensioni d'ufficio del rapporto o dell'attività convenzionale e quelle dovute a malattia, infortunio o a cause non prevedibili, la comunicazione da parte del pediatra della sospensione deve essere effettuata con un preavviso minimo di 15 giorni.

15. Le autorizzazioni di cui alle lettere e) ed f) del comma 3, sono richieste dal pediatra 30 giorni prima dell'evento e la risposta della ASL viene fornita entro 15 giorni dalla ricezione della relativa richiesta. La mancata risposta entro i termini previsti ha significato di approvazione. Il diniego deve essere adeguatamente motivato.

## **ART. 19 - CESSAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.**

---

1. Il rapporto tra le Aziende e i pediatri di libera scelta cessa:
  - a) per compimento del 65° anno di età, fermo restando, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'articolo 15-nonies del D.L.vo n. 229/99, che è facoltà del pediatra di libera scelta convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un biennio oltre il 65° anno di età, in applicazione dell'art. 16 del D.L.vo 30/12/92, n. 503;
  - b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 30;
  - c) per recesso del pediatra da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso in caso di trasferimento e di due mesi negli altri casi;
  - d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 17;
  - e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 35;
  - f) per incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione medico-legale aziendale, ai sensi della legge n. 295/90; il componente della Pediatria di Famiglia, di cui all'art. 1 , comma 3 della Legge citata, è nominato dal Comitato Aziendale;
  - g) per accertato e contestato mancato rispetto degli obblighi e dei compiti previsti dalla convenzione e dai relativi Accordi integrativi regionali e aziendali, sulla base delle procedure di cui all'art. 30.
2. Sono inoltre motivi di decadenza del rapporto convenzionale, sulla base delle procedure di cui all'art. 30:
  - a) l'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dal presente Accordo e dagli Accordi regionali e retribuite nella quota fissa ed in quella variabile del compenso;
  - b) l'esercizio della libera professione al di fuori delle modalità stabilite dal presente Accordo.
3. Il pediatra che, dopo tre anni 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. Il provvedimento è adottato dalla competente Azienda, sentiti l'interessato e il Comitato di cui all'art. 23.
4. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al comma 2, il pediatra può presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo quattro anni dalla cessazione. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo per un ambito territoriale differente da quello detenuto all'atto della cessazione del precedente incarico.
5. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale.
6. Il provvedimento di cessazione è adottato dal Direttore Generale della Azienda con deliberazione.

## **ART. 20 – FORMAZIONE CONTINUA.**

---

1. La formazione professionale in pediatria, complementare e continua, riguarda la crescita culturale e professionale del pediatra e le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza e competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatori regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza Stato-Regioni.

2. Le Regioni promuovono 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. Le stesse possono avvalersi per tali obiettivi anche della collaborazione di società scientifiche o enti accreditati dalle Regioni o dal Ministero della Salute. I programmi prevedono momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, ed altri operatori sanitari.

3. Le Regioni, d'intesa con le OO.SS., possono riconoscere, anche in accordo con l'Università e enti accreditati dalle Regioni o dal Ministero della Salute per le parti di rispettiva competenza, attività formative del pediatra di libera scelta, nelle seguenti aree:

- a) insegnamento universitario di base pre-laurea
- b) tirocinio valutativo pre-abilitazione alla professione medica
- c) formazione specifica in pediatria di famiglia
- d) aggiornamento e audit
- e) ricerca clinico-epidemiologica e sperimentazione.

4. Le Regioni, soggetti istituzionali principalmente interessati alla corretta ed adeguata formazione dei pediatri di libera scelta che operano nel SSN, assumono un ruolo di primo piano in questo importante processo per garantirne coerenza ed efficienza. A tal fine le Regioni, sulla base degli Accordi regionali, assicurano l'attività formativa e di ricerca dei pediatri di libera scelta mediante adeguati modelli organizzativi, e possono altresì dotarsi o fruire di appositi Centri Formativi Regionali, 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 libera scelta che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor);
- c) promuovere attività di ricerca e sperimentazione in pediatria;
- d) proporre e coordinare le attività di formazione ECM della Regione e delle Aziende Sanitarie rivolte ai pediatri di libera scelta.

5. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di pediatria di libera scelta ai sensi del presente Accordo. Per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, il pediatra è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano come obiettivi quelli definiti al comma 1 del presente articolo.

6. Gli eventi (residenziali, formazione a distanza, ecc.) accreditati sulla base degli indirizzi e priorità individuate dalle Regioni e dalle Aziende danno titolo ad un credito formativo. Danno altresì luogo a crediti formativi, le attività di formazione sul campo incluse le attività di ricerca e sperimentazione, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza Stato-Regioni.

7. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 2, del decreto legislativo 229/99, al pediatra di libera scelta che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale è attivato il procedimento disciplinare di cui all'art. 30.

8. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale e, orientativamente, i temi della formazione obbligatoria saranno scelti, in modo da rispondere:

- a) ad obiettivi aziendali e distrettuali di cui un terzo su argomenti di organizzazione sanitaria;
- b) ad obiettivi regionali di cui un terzo su argomenti deontologici e legali;
- c) all'integrazione tra Territorio ed Ospedale.

9. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 8, le Aziende garantiscono ai pediatri la realizzazione dei relativi corsi, nei limiti delle risorse disponibili e ad esse assegnate, sulla base degli Accordi regionali e nel rispetto della programmazione regionale.

10. Il pediatra che non frequenti i corsi obbligatori per due anni consecutivi è soggetto all'attivazione delle procedure di cui all'art. 30 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

11. Il pediatra ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, anche attraverso la Formazione a Distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della pediatria di famiglia, almeno fino alla concorrenza del 30% dei crediti previsti per l'aggiornamento.

12. I corsi obbligatori, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello aziendale, si svolgono di norma il sabato e per almeno 40 ore annue; tale attività rientra nei compiti retribuiti. L'Azienda, con oneri a proprio carico, adotta i provvedimenti necessari a garantire la continuità dell'assistenza durante le ore di aggiornamento, anche con il pagamento della sostituzione da parte dell'azienda medesima.

13. Danno altresì luogo a crediti formativi le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e sperimentazione, le attività di animatore di formazione, docente, tutor e tutor valutatore, secondo le modalità previste dalla Regione in base alle indicazioni della Conferenza Stato-Regioni.

14. Gli Accordi regionali definiscono:

- a) l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico, da individuarsi tra i pediatri di libera scelta;
- b) il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di docenti di pediatria di famiglia;
- c) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i pediatri di libera scelta, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione o dal Ministero della Salute;
- d) i criteri per la individuazione dei docenti di formazione ECM da inserire in apposito elenco;
- e) le modalità e i criteri per la loro specifica formazione didattica e professionale permanente e per il coordinamento delle loro attività, anche attraverso la formazione di Scuole regionali con proprio statuto, ai fini dell'accREDITAMENTO di cui all'art. 16-ter, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni;
- f) le attività di sperimentazione e ricerca nella pediatria di famiglia.

15. Le attività didattiche indicate al comma precedente non comportano riduzione del massimale individuale.

## **ART. 21 - DIRITTI SINDACALI.**

---

1. Ai componenti di parte medica convenzionati per la pediatria di famiglia, presenti nei Comitati e Commissioni previste dal presente Accordo e da normative nazionali, regionali o aziendali, è rimborsata la spesa per le sostituzioni relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi nella misura prevista dagli Accordi Regionali e le spese di viaggio nelle tipologie e nelle misure previste dalle vigenti norme della pubblica amministrazione.

2. Tale onere è a carico della Azienda di iscrizione del pediatra.

3. I rappresentanti nazionali, regionali e provinciali dei sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi firmatari del presente accordo, i pediatri nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché i pediatri eletti al Parlamento o ai consigli regionale, provinciale e comunale possono avvalersi, con oneri a loro carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di medici con compenso orario. Detto compenso, onnicomprensivo, non può essere inferiore al costo globale orario delle attività orarie di continuità assistenziale previsto dall'accordo per la medicina generale aumentato del 50% se il sostituto è specialista in pediatria o disciplina equipollente, fatte salve diverse determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali

4. A titolo di concorso negli oneri collegati allo svolgimento di compiti sindacali, a ciascun sindacato viene riconosciuta la disponibilità di 6 ore annue per ogni iscritto.

5. La segreteria nazionale o quella 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 indicazione dell'orario assegnato a ciascuno.

6. Mensilmente ciascuno dei rappresentanti designati ai sensi del comma 5 comunica alla propria Azienda il nominativo del sostituto che ha effettuato la sostituzione nel mese precedente e il numero delle ore di sostituzione. Entro il mese successivo l'Azienda provvede al pagamento di quanto dovuto al medico pediatra sostituito sulla base di un compenso orario pari a quello previsto per le attività orarie di continuità assistenziale, aumentato del 50% se il sostituto è specialista in pediatria o disciplina equipollente. Tale attività non si configura come rapporto di lavoro continuativo. Il compenso è direttamente liquidato al medico pediatra sostituito dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale designato, fatte salve diverse determinazioni assunte nell'ambito degli Accordi regionali.

7. Le somme previste dal presente articolo quali rimborsi spese sono da considerare non soggette a ritenute

## **ART. 22 - RAPPRESENTATIVITÀ SINDACALE.**

---

1. Al fine di definire regole di indirizzo volte ad assicurare l'accertamento del requisito della "maggiore rappresentatività", ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, sottolineata la necessità di garantire il più alto grado di trasparenza nelle relazioni sindacali, si indica, come criterio di riferimento per la determinazione di tale requisito sul piano nazionale, delle Confederazioni e delle Federazioni e Organizzazioni sindacali, il criterio della consistenza associativa.
2. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite alle singole Aziende dai medici pediatri di famiglia convenzionati per la ritenuta del contributo sindacale. La decorrenza della delega coincide con le ritenute effettive accertate alla data del 1 Gennaio di ogni anno.
3. Entro il mese di febbraio di ciascun anno, mediante comunicazione delle stesse Aziende, la consistenza associativa viene trasmessa alla Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC), all'Assessorato Regionale alla Sanità ed alle Segreterie Nazionali delle Organizzazioni Sindacali.
4. Per le trattative disciplinate dall'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale.
5. In tutti gli altri casi in cui occorra il riferimento alla consistenza associativa, essa è riferita ai dati rilevati nell'anno precedente. Non sono prese in considerazione ai fini della misurazione del dato associativo le deleghe a favore di organizzazioni sindacali che richiedono ai lavoratori un contributo economico inferiore a più della metà rispetto a quello mediamente richiesto dalle organizzazioni sindacali di categoria.
6. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai fini della contrattazione, sul piano nazionale le organizzazioni sindacali che, relativamente al disposto di cui ai commi 2 e 3 e 4, abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.
7. Contestualmente alla ritenuta sindacale, le Aziende inviano ai rispettivi sindacati provinciali o in mancanza a quelli nazionali l'elenco dei pediatri ai quali sia stata effettuata la ritenuta sindacale, con l'indicazione delle relative quote e di tutti gli elementi atti a verificare l'esattezza della ritenuta medesima.
8. La riscossione delle quote sindacali per i sindacati avviene su delega del medico pediatra attraverso le Aziende con versamento in conto corrente intestato alle OO.SS, secondo le modalità indicate dalle stesse.
9. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide, nel rispetto della normativa vigente.
10. Le Organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività cui al comma 6 a livello nazionale, sono legittimate alla trattativa e alla definizione e alla firma degli Accordi regionali.
11. Gli Accordi aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo regionale.

12. Nel caso in cui il requisito di cui al comma 6 sia stato conseguito mediante l'aggregazione di più organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale è univocamente rappresentato da una sigla, partecipa alle trattative e sottoscrive gli Accordi come tale, è rappresentata alle trattative dal legale rappresentante o da un suo delegato e mantiene il diritto di rappresentatività contrattuale fintanto che la situazione soggettiva resti invariata.

## **ART. 23 - COMITATO AZIENDALE.**

---

1. In ciascuna Azienda, o ambito diverso definito dalla Regione, è costituito un Comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali di cui all'art. 22 comma 11. Composizione, compiti e modalità di funzionamento del Comitato sono definite dagli Accordi regionali.

2. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

3. Il Comitato aziendale esprime pareri obbligatori in merito a:

- a) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 38;
- b) motivi di incompatibilità agli effetti delle rikusazioni di cui all'art. 40, comma 4;
- c) cessazione del rapporto convenzionale ai sensi dell'art. 19, comma 1, lettera e) e comma 3;
- d) variazione degli ambiti di scelta;
- e) individuazione delle zone disagiate;
- f) individuazione delle zone carenti ordinarie;
- g) scelte in deroga agli ambiti territoriali;
- h) concessioni di ulteriori periodi di sospensione ai sensi del comma 3 lett. e) dell'art. 18

4. Il parere obbligatorio del comitato aziendale deve essere espresso entro 20 giorni dalla richiesta. Superato tale termine il parere si intende espresso positivamente.

5. Inoltre il Comitato aziendale è preposto alla definizione degli Accordi aziendali, ad esprimere ogni altro parere e ad espletare ogni altro incarico attribuitogli dal presente Accordo o da Accordi regionali o aziendali.

6. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario ad assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato aziendale.

7. E' facoltà della parte pubblica e delle OO.SS. sostituire i propri rappresentanti in seno al comitato.

## **ART. 24 - COMITATO REGIONALE.**

---

1. In ciascuna Regione è istituito un Comitato permanente regionale composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle Organizzazioni sindacali, domiciliati nella Regione, di cui all'art. 22, comma 10.
2. La composizione del comitato prevede, oltre alla presenza di un rappresentante per ogni sigla sindacale firmataria dell'accordo collettivo nazionale, una quota aggiuntiva di rappresentanti delle stesse OO.SS. firmatarie, definita nell'ambito degli accordi regionali direttamente proporzionale alla rispettiva consistenza associativa, purchè espressione di almeno il 10% del numero complessivo degli iscritti alle OO.SS.
3. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
4. Il Comitato permanente è preposto:
  - a) alla definizione degli Accordi regionali;
  - b) a formulare proposte ed esprimere pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente Accordo e degli Accordi regionali;
  - c) a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale;
  - d) a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle Aziende e da pediatri di libera scelta, per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità.
5. L'attività del Comitato permanente è comunque prioritariamente finalizzata a fornire indirizzi uniformi alle Aziende per l'applicazione dell'Accordo nazionale e degli Accordi regionali ed è sede di osservazione degli Accordi aziendali.
6. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato regionale.
7. E' facoltà della parte pubblica e delle OO.SS. sostituire i propri rappresentanti in seno al comitato.

## **ART. 25 – PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ.**

---

1. Ai sensi dell'art. 3-quater, comma 2, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nell'ambito delle risorse assegnate al distretto per il perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, e in virtù della autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda, il "Programma delle attività Territoriali" nel rispetto delle normative regionali, prevede:

- a) le attività di pediatria di famiglia previste dal decreto legislativo sopra richiamato all'art. 3-quinquies e dal piano sanitario nazionale, approvato con il D.P.R. del 23 maggio 2003 e il relativo finanziamento sulla base della quota capitaria di finanziamento erogata alla Azienda dalla Regione;
- b) altre attività territoriali pertinenti la pediatria di famiglia e attività intersettoriali, cui partecipa la pediatria di famiglia, definite dagli Accordi Regionali e Aziendali, con la indicazione dello specifico finanziamento.

2. Le attività territoriali riguardanti la pediatria di famiglia di cui al comma 1, lett. b) del presente articolo sono in particolare:

- a) attività di formazione, informazione, e revisione fra pari dei pediatri di libera scelta;
- b) prestazioni aggiuntive dei pediatri di libera scelta, comprese quelle informatiche di ricerca epidemiologica, statistica, di calcolo di spesa;
- c) servizi di supporto alla attività dei pediatri di libera scelta, di tipo strutturale, strumentale e di personale;
- d) potenziamento delle attività distrettuali di assistenza domiciliare di cui al presente Accordo;
- e) progetti obiettivo nazionali, regionali e aziendali;
- f) progetti a livello di spesa programmato;
- g) sviluppo delle forme associative;
- h) sviluppo e potenziamento degli standard informatici dei pediatri di libera scelta;
- i) produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostici e assistenziali;
- j) conferenze di consenso nell'ambito del Distretto;
- k) sviluppo di attività integrate ospedale-territorio;
- l) sviluppo di servizi assistenziali carenti nel distretto.

3. Il finanziamento delle attività indicate al comma 2 è assicurato dalla Azienda, sulla base di linee di indirizzo definite a livello regionale, utilizzando:

- a) appositi stanziamenti, anche relativi a finanziamenti per la pediatria di famiglia non utilizzati negli esercizi precedenti, finalizzati all'attuazione di specifici progetti o programmi individuati dagli Accordi regionali e aziendali;
- b) stanziamenti conseguenti alla razionalizzazione della spesa diretta o indotta dai pediatri di libera scelta;
- c) finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e finalizzati a specifici progetti concernenti la pediatria di famiglia;
- d) attribuzione della quota capitaria relativa ai cittadini residenti che non hanno effettuato la scelta del pediatra nella Azienda stessa o in altra Azienda.

4. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, pur nel rispetto dei principi di unitarietà e di intersettorialità del "Programma delle attività distrettuali", il Direttore del Distretto, unitamente ai propri collaboratori, è coadiuvato, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso concernenti la pediatria di famiglia, da un pediatra di libera scelta membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali sulla base delle disposizioni regionali in materia e da un rappresentante dei pediatri di libera scelta eletto tra quelli operanti nel distretto.

5. In particolare sono oggetto del monitoraggio:

- a) l'andamento, per la parte concernente la pediatria di famiglia e indicata ai commi 2 e 3, dell'attuazione del Programma delle attività distrettuali e della gestione delle relative risorse;
- b) l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra pediatria di famiglia e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali.

6. I soggetti di cui al comma 4 assumono iniziative per la promozione di momenti di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso e per l'applicazione nel distretto dei programmi di attività finalizzata al rispetto dei livelli di spesa programmati, come concordati ai sensi dell'art. 14, comma 7.

7. Le Aziende assicurano la predisposizione di appropriati ed effettivi strumenti di informazione per garantire trasparenza all'attuazione di quanto previsto dal presente articolo.

8. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione di quanto previsto dal presente articolo, secondo il disposto dell'art. 14.

## **ART. 26 – EQUIPES TERRITORIALI ED UTAP**

---

1. Le Regioni e le Aziende, attraverso la istituzione di équipes territoriali, realizzano forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro, la continuità dell'assistenza, la presa in carico del paziente e il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali.

2. In coerenza con l'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004 le Regioni prevedono, in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici, dei pediatri e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle Unità di assistenza primaria (UTAP) od altre strutture organizzative complesse, strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone. Tale modello organizzativo deve prevedere la valorizzazione e la pari dignità di tutti le componenti mediche, nello specifico dell'area pediatrica.

3. L'équipe territoriale è:

- a) strumento attuativo della programmazione sanitaria;
- b) momento organizzativo della medicina generale, della pediatria di libera scelta e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale.

4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

5. L'ambito distrettuale di riferimento della équipe territoriale, dell'UTAP od altra struttura organizzativa complessa intesa come organismo operativo distrettuale, viene individuato dal Direttore di distretto e dagli operatori interessati e rappresenta l'ambito territoriale di operatività delle stesse per lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dal "Programma delle attività distrettuali", che comprende oltre ai livelli obbligatori di assistenza anche quanto di pertinenza distrettuale indicato da specifici progetti nazionali, regionali e aziendali.

6. Al fine di assicurare l'intersettorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento, della équipe territoriale fanno parte le figure professionali ivi operanti deputate a garantire, ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni:

- a) l'assistenza primaria di pediatria;
- b) l'assistenza primaria di medicina generale, compresa la continuità assistenziale;
- c) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- d) la medicina dei servizi;
- e) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

7. L'intervento coordinato e integrato della équipe territoriale assume particolare rilievo nel coinvolgimento nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria, quali:

- a) prevenzione e cura delle dipendenze da droga, alcool e farmaci;
- b) tutela della salute dell'infanzia;
- c) tutela dei disabili;
- d) patologie in fase terminale;
- e) patologie da HIV;
- f) tutela della salute mentale;
- g) inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

8. L'attività interdisciplinare e integrata dell'équipe territoriale si realizza mediante la produzione di valutazioni multidimensionali e selezionando risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno. Si concretizza anche attraverso la predisposizione di un programma di lavoro:

- a) finalizzato ad assicurare lo svolgimento delle attività e l'erogazione delle prestazioni previste dalla programmazione sanitaria, quali livelli essenziali e appropriati di assistenza, e da specifici programmi e progetti assistenziali;
- b) proposto dagli operatori interessati o dal Direttore del distretto;
- c) concordato tra gli operatori interessati e tra questi e il Direttore del distretto;
- d) che indichi i soggetti partecipanti, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse;
- e) la possibilità di operare modifiche durante la sua esecuzione, i tempi delle verifiche periodiche su eventuali problemi operativi, sui tempi di attuazione e sui risultati conseguiti.

## **ART. 27 – APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DELL'USO DELLE RISORSE.**

---

1. Il pediatra di libera scelta concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:

- a) realizzare la continuità dell'assistenza nel territorio in ragione della programmazione regionale;
- b) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza e in attesa della definizione di linee guida consensuali;
- c) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;
- d) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

2. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del pediatra di libera scelta si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza.

3. Nell'applicazione delle norme di cui all'art. 1, comma 4, del decreto legge 20 giugno 1996, n. 323, convertito con modificazioni nella legge 8 agosto 1996, n. 425, il quale ha stabilito tra l'altro per le prescrizioni farmaceutiche l'obbligo da parte di tutti i medici del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della AIFA, la segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine professionale di iscrizione e al Ministero della sanità, nonché l'obbligo per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto, si applicano le procedure e i principi di cui ai successivi commi.

4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

5. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del pediatra di libera scelta ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso ai soggetti individuati all'art. 25, comma 4, deputati a verificare, ai sensi del comma 5 dello stesso articolo, l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal direttore sanitario della Azienda

6. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:

- la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al pediatra per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;
- il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il pediatra interessato, è comunicato al Direttore generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al pediatra interessato.

7. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:

- a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;

- b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del S.S.N.;
- c) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA, o di altra legittima norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota AIFA o di altra legittima norma.

## **ART. 28 – ARTICOLAZIONE DEL COMPENSO.**

---

1. Ai sensi dell'art. 8 comma 1, lettera d), del D. L.vo 502/92 come successivamente modificato ed integrato, la struttura del compenso del pediatra di libera scelta così si articola:

- a) quota capitaria per ciascun soggetto iscritto nella lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite dal presente Accordo;
- b) una quota variabile in funzione del grado di raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui all'art. 8, comma 1, lett. f) del decreto legislativo sopra richiamato;
- c) una quota variabile in funzione delle prestazioni e delle attività previste nel presente accordo e negli accordi regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f) sopra richiamata.

2. Le modalità di corresponsione dei compensi di cui ai precedenti commi sono stabilite, nel rispetto dei principi generali di cui al presente articolo, dal successivo art. 58, e, per quanto di competenza, dagli Accordi Regionali e Aziendali.

## **ART. 29 - FUNZIONI DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA.**

---

1. Il ruolo della Pediatria di famiglia nel SSN è orientato:
  - a) ad un approccio integrato finalizzato a una gestione globale della salute del bambino e dell'adolescente, nel contesto familiare e sociale in cui vive;
  - b) alla valorizzazione delle cure primarie e al coinvolgimento decisionale del pediatra di famiglia in ordine all'appropriatezza e all'efficacia della pratica professionale e nelle scelte in merito all'allocazione delle risorse;
  - c) a garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso la organizzazione distrettuale del servizio ed il coordinamento operativo e la massima integrazione dell'attività professionale tra i pediatri di famiglia e tra essi e gli altri professionisti dell'assistenza territoriale;
  - d) a sviluppare la qualità dell'assistenza prestata con l'adozione di linee guida condivise e strumenti del governo clinico, nonché attraverso la compilazione di un libretto sanitario pediatrico individuale.
  
2. Lo sviluppo condiviso di forme associative, la qualificazione di standard strutturali ed operativi, il raggiungimento di obiettivi favoriscono lo svolgimento delle funzioni e dei compiti affidati al pediatra famiglia e migliorano la risposta territoriale ai bisogni assistenziali del cittadino.
  
3. I pediatri associati di cui all'art. 52 sono soggetti qualificati a proporre iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione, nell'ambito degli Accordi regionali e aziendali.
  
4. I pediatri singoli ed associati, fermo restando l'individualità del rapporto con l'Azienda, fanno parte di centri di responsabilità territoriale, distrettuali o subdistrettuali, per partecipare al raggiungimento di specifici obiettivi del Distretto.
  
5. Le Aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, con la partecipazione dei pediatri individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e conseguenti livelli di spesa programmati dei pediatri, in coerenza con gli obiettivi ed i programmi di attività del distretto, verificandone il raggiungimento di risultato.
  
6. Sulla base di Accordi regionali, sono individuate specifiche attività di tutela dei soggetti fragili dal punto di vista socio-sanitario, ivi compresi gli extracomunitari in attesa di regolarizzazione.
  
7. Il pediatra di libera scelta svolge compiti clinici, assicura la comunicazione con i pazienti e gestisce gli strumenti professionali.
  
8. I compiti assistenziali del pediatra famiglia sono quelli di cui ai Livelli Essenziali di Assistenza:
  - a) gestione del paziente ammalato in condizione acute
  - b) gestione delle patologie croniche
  - c) gestione dei pazienti nell'ambito dell'assistenza domiciliare programmata ed integrata

### **ART. 30 - RESPONSABILITÀ CONVENZIONALI E VIOLAZIONI. COLLEGIO ARBITRALE.**

---

1. I pediatri di libera scelta sono tenuti all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente Accordo e dagli Accordi regionali e aziendali. Non possono essere oggetto di contestazione a carico del pediatra le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi o inadempienze di altri operatori dell'Azienda.

2. Per la valutazione delle violazioni delle norme di cui al presente Accordo e degli Accordi regionali ed Aziendali, è istituita una Commissione regionale paritetica permanente, denominata Collegio arbitrale, composta da:

- a) un Presidente, nominato dall'Assessore alla Sanità, o organo competente, e scelto tra una rosa di tre rappresentanti indicati dall'ordine degli avvocati del capoluogo di Regione;
- b) tre componenti di parte pubblica nominati dall'Assessore Regionale alla Sanità o organo competente;
- c) tre componenti di parte medica, di cui due designati dalle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, tra i pediatri di libera scelta della Regione ed uno designato dall'Ordine dei Medici del capoluogo di Regione con funzione di vicepresidente.

3. Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario regionale.

4. Le violazioni di natura occasionale danno luogo all'applicazione delle seguenti sanzioni:

- a) richiamo verbale;
- b) richiamo con diffida per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale.

5. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al pediatra, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza. Il pediatra ha la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni entro 20 giorni dalla data della contestazione e di essere sentito se lo richiede.

6. Il Direttore Generale o suo delegato, valutate le controdeduzioni addotte dallo stesso, procede all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione di cui al comma 4. Il provvedimento è notificato all'interessato entro 30 giorni dalla sua assunzione.

7. Le violazioni di maggiore gravità danno luogo alle seguenti sanzioni:

- a) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di cinque mesi per infrazioni gravi compreso il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo con diffida;
- b) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 1 mese per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;
- c) revoca del rapporto per infrazioni particolarmente gravi e/o finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali, compresa quella di cui all'art. 19, comma 1 lettera g) e comma 2, e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione del rapporto.

8. Le violazioni di cui al precedente comma 7, sono di competenza del Collegio di cui al comma 2, previa istruttoria da parte dell'Azienda.

9. Il Collegio è nominato con provvedimento regionale entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo. La Regione provvede a raccogliere le designazioni delle Organizzazioni sindacali del presente Accordo, entro un termine da essa stabilito.

Trascorso tale termine, in caso di mancata designazione unitaria da parte delle Organizzazioni sindacali, la Regione provvede direttamente a nominare i componenti anche di parte sindacale tra quelle firmatarie del presente accordo.

10. In caso di mancata indicazione dei componenti di parte sindacale, la Regione provvede autonomamente con nomina tra i pediatri convenzionati della Regione.

11. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al pediatra, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza, e chiede al Collegio arbitrale l'apertura di un procedimento a carico del pediatra quando le sanzioni comminabili siano quelle previste al comma 7.

12. Il Presidente, ricevuta la notifica dell'Azienda, convoca il collegio entro 10 giorni, per la discussione del caso. Il Collegio, a sua volta, convoca il pediatra a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore. La convocazione per la difesa non può avvenire prima che siano trascorsi 20 giorni dall'invio della contestazione scritta dell'addebito da parte della Azienda.

Qualora il pediatra non produca alcuna controdeduzione o non si presenti innanzi al Collegio, quest'ultimo dà corso comunque alla valutazione del caso.

13. Le parti possono richiedere al Collegio di essere sentite in merito al caso in oggetto, eventualmente producendo i documenti o le memorie ritenute più appropriate, anche attraverso l'assistenza di un procuratore.

14. Il Collegio può deliberare di udire le parti singolarmente o in contraddittorio al fine di pervenire ad un giudizio appropriato sul caso in esame, anche su richiesta di una delle parti.

15. Il Collegio, valutate le controdeduzioni eventualmente addotte dal pediatra in sede di difesa procede all'archiviazione del caso o alla proposta di sanzione. Il provvedimento è notificato all'interessato entro 15 giorni dalla sua assunzione.

16. L'Azienda ricevuto il deliberato del Collegio arbitrale si conforma allo stesso con provvedimento del Direttore Generale.

17. Il procedimento di cui al presente articolo deve concludersi entro 180 giorni dalla contestazione dell'addebito al pediatra. Trascorso tale termine il procedimento si estingue.

18. L'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione compreso l'eventuale deliberato, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del pediatra, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del D.L.vo n. 502/92, come successivamente modificato ed integrato.

19. In caso di sospensione del rapporto ai sensi del comma 7, lett. b), l'Azienda nomina il sostituto. I compensi vengono corrisposti, fin dal primo giorno, al sostituto e al sostituto secondo quanto previsto dal comma 2 dell'Allegato F.

20. Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari trascorsi: un anno per quelle di cui al comma 2 e due anni per quelle di cui al precedente comma 7, dalla loro irrogazione. Le violazioni e le infrazioni si prescrivono dopo 5 anni dai fatti.

21. Per quanto non previsto dal presente articolo si rimanda alle norme del Codice Civile.

**ART. 31 - ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO. PRESTAZIONI INDISPENSABILI E LORO MODALITÀ DI EROGAZIONE.**

---

1. Il diritto di sciopero delle Organizzazioni sindacali dei pediatri di libera scelta convenzionati è esercitato con un preavviso minimo di 10 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca di uno sciopero già indetto, le Organizzazioni sindacali devono darne tempestiva comunicazione.

2. La proclamazione di scioperi relativi a vertenze sindacali, deve essere comunicata ai soggetti istituzionalmente preposti ai rispettivi livelli nazionale, regionale, aziendale.

3. Sono prestazioni indispensabili di assistenza della pediatria di famiglia, ai sensi della legge n. 146/1990, come modificata ed integrata dalla legge n. 83/2000 e successive modificazioni e integrazioni: le visite domiciliari urgenti, l'assistenza domiciliare integrata, le forme di assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali.

4. Le prestazioni di cui al comma 3, in caso di sciopero della categoria dei pediatri di libera scelta convenzionati, continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalità di cui ai rispettivi articoli del presente Accordo e fino all'entrata in vigore degli Accordi regionali.

5. Il pediatra convenzionato è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria non adesione all'agitazione entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale.

6. L'adesione all'agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale. Sono fatte salve modalità diverse concordate a livello regionale, al fine di garantire ai cittadini i servizi essenziali e le prestazioni urgenti.

7. I pediatri di libera scelta che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo commettono infrazione da valutare ai sensi dell'art. 30.

8. Le Organizzazioni sindacali si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:

- nel mese di agosto;
- nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
- nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono le consultazioni elettorali regionali, provinciali e comunali, per i rispettivi ambiti territoriali;
- nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
- nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

9. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.

10. Per l'area della pediatria di famiglia, l'individuazione del contingente di pediatri da esonerare dalla partecipazione agli scioperi di categoria al fine di garantire la continuità delle prestazioni, si realizza nell'ambito delle sperimentazioni regionali di strutture operative composte, con sede unica, ai sensi dell'art. 26.

11. Per la effettuazione delle prestazioni professionali indispensabili, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuto ai pediatri di libera scelta una percentuale del

compenso previsto dai relativi articoli del presente Accordo, percentuale da definirsi in sede di Accordo Regionale.

12. E' fatto divieto, al pediatra in sciopero, di richiedere compensi ai cittadini per la effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui al comma 3.

13. La comunicazione di cui al comma 5 non è dovuta, da parte dei pediatri iscritti a Sindacati firmatari del presente Accordo:

- a) in caso di astensione dal lavoro promossa da sigle sindacali non firmatarie del presente Accordo;
- b) nel caso in cui il Sindacato di appartenenza abbia comunicato all'Azienda la sospensione o la revoca dello sciopero o la non adesione della sua organizzazione a manifestazioni indette da altri sindacati.

14. La dovuta e mancata comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale o, se del caso, dal suo inizio e fino al giorno, compreso, della eventuale comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale stessa.

15. La trattenuta dei compensi di cui ai commi 6 e 14 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine della agitazione sindacale medesima.

16. Il pediatra iscritto a un sindacato, che partecipi allo sciopero indetto da altre organizzazioni, deve comunicare alla Azienda la propria adesione alla agitazione sindacale nei tempi e nei modi previsti dal comma 5.

## **ART. 32 - RAPPORTO OTTIMALE**

---

1. La libera scelta del pediatra avviene, ai sensi dell'art. 19, comma 2, della legge n. 833/78, nei limiti oggettivi dell'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali, come definita dalla Regione.
2. Agli effetti del precedente comma l'assistenza primaria pediatrica è organizzata in via prioritaria per ambiti comunali, ai sensi dell'art. 25 della legge n. 833/78.
3. Le Regioni, sulla base delle indicazioni del piano sanitario o di altra determinazione, possono articolare il livello organizzativo dell'assistenza primaria in ambiti territoriali di comuni, gruppi di comuni o distretti. L'ambito di scelta deve essere di norma intradistrettuale, al fine di consentire una utile pianificazione delle politiche di budget, dell'accesso all'area e dello sviluppo delle forme associative.
4. Ciascuna Azienda cura la tenuta degli elenchi dei pediatri di libera scelta per l'erogazione dell'assistenza primaria, i quali, ai fini dell'esercizio della scelta del pediatra da parte del cittadino, sono articolati nei medesimi ambiti territoriali di comuni o gruppi di comuni o distretti individuati ai sensi dei precedenti commi 1, 2 e 3.
5. In ogni ambito deve essere garantito di norma l'inserimento di almeno due pediatri.
6. Il pediatra operante in un comune comprendente più Aziende, fermo restando che deve essere iscritto nell'elenco di una sola Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa, può acquisire scelte su tutto il territorio comunale, ai sensi dell'art. 25, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.
7. La determinazione del numero dei pediatri iscrivibili in comuni comprendenti più Aziende, viene determinata sommando i pediatri iscrivibili in ciascuna Azienda Sanitaria Locale sulla base della propria popolazione di riferimento. Eventuali frazioni di popolazione di ciascuna Azienda, inferiori a 600 abitanti, possono concorrere, sommandosi, alla determinazione di carenza di pediatri nell'intero ambito comunale, da dichiararsi da parte della o delle Aziende con il resto più elevato.
8. Fino alla stipula dei nuovi Accordi regionali, fatti salvi quelli già in essere, per ciascun ambito territoriale può essere iscritto 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 tenendo anche conto dei cittadini residenti che hanno effettuato la scelta a favore di pediatri iscritti al di fuori dell'ambito. Le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria un diverso rapporto pediatra/popolazione assistibile. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali.
9. In mancanza di accordo regionale, le Regioni possono definire una disciplina diversa che consenta la piena attuazione del diritto all'assistenza pediatrica e la libera scelta dell'assistito nell'elenco dei pediatri, prevedendo l'inserimento graduale di nuovi pediatri convenzionati sul territorio, previo confronto con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale.
10. Nella determinazione del numero dei pediatri iscrivibili, oltre che del rapporto di cui al comma precedente, deve tenersi conto anche delle eventuali limitazioni o autolimitazioni di massimali già dichiarate ed esistenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo, derivanti dall'applicazione dell'art. 38 a carico dei singoli pediatri già

iscritti nell'elenco. Per l'applicazione delle norme in materia di rapporto ottimale si richiamano le istruzioni pratiche riportate nell'allegato C

11. Ai fini della determinazione dei pediatri iscrivibili nell'elenco, l'Azienda, utilizzando l'elenco di cui all'art. 43 comma 5, scorpora dalla popolazione di riferimento per la determinazione del rapporto ottimale (come definita al precedente comma 8) tutti quei cittadini che, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, pur essendo anagraficamente residenti nell'ambito territoriale, abbiano effettuato la scelta del pediatra in altro ambito territoriale dell'Azienda stessa. Tali assistiti vengono conteggiati per il rapporto ottimale nell'ambito territoriale in cui hanno esercitato il diritto di scelta.

12. In tutti i comuni dell'ambito territoriale di cui ai commi 2 e 3, in tutte le circoscrizioni e nelle zone con oltre 300 assistiti di ambiti territoriali dichiarati carenti ai sensi dell'art. 33 comma 1, sentito il Comitato Aziendale deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, ad opera prioritariamente, nell'ordine di inserimento, degli ultimi pediatri inseriti.

13. Ai fini del corretto calcolo del rapporto ottimale e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

14. In caso di modifiche di ambito territoriale il pediatra conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, fatti salvi il rispetto dei massimali o quote individuali e il diritto di scelta degli assistiti.

15. Fatto salvo quanto previsto al comma 8, nell'ambito degli Accordi regionali stipulati con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, possono essere individuate specifiche e peculiari modalità di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai pediatri già inseriti e della effettiva capacità ricettiva del relativo ambito territoriale e previo parere del Comitato aziendale.

### **ART. 33 - COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI.**

---

1. Entro la fine dei mesi di Aprile e di Ottobre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti di pediatri convenzionati per l'assistenza primaria individuati, a seguito di formale determinazione delle Aziende nel rispetto di quanto previsto dall'art. 23, rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso nell'ambito delle singole Aziende, sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 32. In sede di pubblicazione delle zone carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del pediatra, l'Azienda indica il comune o la zona in cui deve essere assicurato un congruo orario di assistenza.

2. Possono concorrere al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo quanto stabilito dal comma 1:

a) i pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di famiglia della Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti e quelli già inseriti in un elenco di pediatria di altra Regione, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino iscritti, rispettivamente, da almeno due anni e da almeno quattro anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionari ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento una sola volta nel corso dell'anno solare.

b) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

3. Al fine del conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti i pediatri di cui al comma 2 lett. b) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 15;

b) attribuzione di punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;

c) attribuzione di punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

4. Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti vengono formulate sulla base dell'anzianità e dei punteggi relativi ed apponendo a fianco al nominativo di ciascun pediatra concorrente l'ambito o gli ambiti territoriali per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

5. In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri di cui al comma 2 sono ulteriormente graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

6. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella prioritariamente i pediatri di cui al comma 2, lett. a) in base alla anzianità di iscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di famiglia; laddove risulti necessario, interpella successivamente i pediatri di cui al comma 2, lett. b), in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al comma 3.

7. L'anzianità di iscrizione negli elenchi a valere per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti ai sensi del comma 2, lett. a), è determinata sommando:

- a) l'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della pediatria di famiglia della Regione, detratti i periodi di eventuale cessazione dell'incarico;
- b) l'anzianità di iscrizione nell'elenco di provenienza, ancorché già compresa nell'anzianità di cui alla lettera a).

8. È cancellato dalla graduatoria regionale valida per l'anno in corso, il pediatra che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 34, comma 1.

9. Il pediatra che, avendo concorso all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui al comma 2 lettera a), accetta l'incarico ai sensi dell'art. 34, comma 1, decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.

10. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

11. In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del pediatra, l'Azienda, può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.

12. La indicazione di cui al comma 11 costituisce vincolo alla apertura di uno studio di pediatria di famiglia nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, a richiesta del pediatra interessato, l'Azienda, nel pubblicare gli ambiti territoriali carenti, indica la zona stessa agli effetti della apertura dello studio medico a carico del neo inserito.

13. Gli aspiranti, entro 15 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, apposita domanda di assegnazione di incarico per uno o più degli ambiti territoriali carenti pubblicati.

14. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato sub lettera "I".

15. La Regione provvede alla convocazione, mediante raccomandata AR o telegramma, dei pediatri aventi titolo, secondo la graduatoria, al conferimento degli incarichi dichiarati carenti e pubblicati, presso la sede indicata dall'Assessorato Regionale alla Sanità, in maniera programmata e per una data non antecedente i 15 giorni dalla data di invio della convocazione.

16. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

17. Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando nello stesso l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli ambiti territoriali dichiarati carenti per i quali egli ha concorso. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra gli incarichi vacanti che egli avrà indicato.

18. La Regione che attribuisce l'incarico ai sensi del comma 2 lettera a) ad un pediatra proveniente da altra Regione comunica alla Regione di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico ai fini di quanto previsto dal comma 9.

19. La Regione, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 24 e nel rispetto dei precedenti commi, può adottare procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

20. La Regione può individuare e assegnare ad altri soggetti l'espletamento dei compiti previsti dal presente articolo.

#### **ART. 34 - INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.**

---

1. Il pediatra interpellato ai sensi dell'art. 33 deve, a pena di decadenza, indicare e dichiarare, in sede di convocazione, l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico.

2. La Regione, o il soggetto da questa individuato, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico invia gli atti relativi all'Azienda interessata, la quale conferisce l'incarico a tempo indeterminato con provvedimento del Direttore Generale mediante raccomandata con avviso di ricevimento. L'accettazione del medesimo da parte del pediatra dovrà essere comunicata entro i successivi 7 giorni dalla notifica, pena la decadenza. L'incarico è condizionato al possesso dei requisiti di cui al comma 3. Dalla data di accettazione decorre il termine di 90 giorni previsto al comma successivo.

3. Entro i 90 giorni successivi all'accettazione di cui al precedente comma 2, il pediatra, a pena di decadenza, deve:

- aprire nell'ambito territoriale carente assegnatogli, tenuto conto delle eventuali prescrizioni di cui all'articolo 33 comma 11, uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art. 35 e darne comunicazione alla Azienda;
- eleggere il proprio domicilio nella zona assegnatagli, se risiede in altro Comune;
- comunicare l'Ordine professionale provinciale al quale è iscritto.

4. L'incarico si intende definitivamente conferito, ai fini della decorrenza dell'iscrizione nell'elenco e della autorizzazione ad acquisire le scelte degli assistiti, con la comunicazione della Azienda attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine di 15 giorni di cui al comma 9, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà delle Aziende di far luogo in ogni tempo alla verifica della idoneità dello studio.

5. Il pediatra al quale sia definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo viene iscritto nell'elenco relativo all'ambito territoriale carente della Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa.

6. Al pediatra è fatto divieto di esercitare le attività convenzionate ai sensi del presente accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto, escluso il caso di cui all'art. 32, comma 14.

7. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

8. Le Aziende avuto riguardo a eventuali difficoltà collegate a particolari situazioni locali, possono consentire, sentito il Comitato di cui all'art. 23, temporanee proroghe al termine di cui al comma 3, entro il limite massimo di ulteriori sessanta giorni.

9. Entro 15 giorni dalla comunicazione dell'avvenuta apertura dello studio l'Azienda procede con proprio personale sanitario alla verifica dell'idoneità dello stesso in rapporto ai requisiti minimi di cui all'art. 35 e ne notifica i risultati al pediatra interessato assegnandogli, se del caso, un termine non superiore a 60 giorni per adeguare lo studio alle suddette prescrizioni. Trascorso tale termine inutilmente il pediatra decade dal diritto al conferimento dell'incarico.

10. Le procedure di cui al comma 9 si applicano anche nei casi di apertura di ulteriori studi professionali, per l'espletamento dell'attività convenzionata di cui al presente

Accordo, nel contesto del medesimo ambito territoriale e nel caso di variazione di ubicazione dello studio convenzionato per la pediatria di famiglia in altro locale all'interno del medesimo ambito territoriale.

11. Al fine di favorire l'inserimento di pediatri negli ambiti territoriali carenti, con particolare riguardo a quelli disagiati, la Azienda può, su richiesta del pediatra, consentire la utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente disponibile. L'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo, dell'ambulatorio pubblico, sono oggetto di apposite determinazioni da concordarsi nell'ambito degli Accordi Regionali.

12. Fatte salve diverse determinazioni regionali, nel corso del rapporto convenzionale il pediatra può essere autorizzato dalla Azienda a trasferire, per gravi ed obiettivi motivi, la residenza o il domicilio in altro comune rispetto a quello di iscrizione, in un ambito territoriale di contiguità, previo parere favorevole del Comitato di cui all'art. 23 del presente Accordo e purché tale trasferimento non comporti alcun disservizio nell'erogazione dell'assistenza.

13. Al pediatra al quale sia stato definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo, è consentita, per il valore di diffusione capillare dell'assistenza sanitaria di cui al presente Accordo e per il miglioramento della qualità di tale assistenza, l'apertura di più studi per l'esercizio dell'attività convenzionata di pediatria di famiglia nei comuni o nelle zone comprese nell'ambito territoriale nel cui elenco il pediatra è iscritto, salvo diversi accordi regionali.

14. Nel caso di esercizio dell'attività convenzionata in più studi, l'orario di studio complessivo, come determinato sulla base di quanto disposto dall'articolo 35 del presente Accordo, può essere frazionato, previo parere del Comitato aziendale, fra tutti gli studi, fatta salva la erogazione dell'attività ambulatoriale, nel suo insieme, per almeno 5 giorni la settimana.

## **ART. 35 - REQUISITI E APERTURA DEGLI STUDI MEDICI.**

---

1. Lo studio del pediatra di libera scelta è considerato presidio del Servizio Sanitario Nazionale e concorre, quale bene strumentale e professionale del pediatra, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate retribuite. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria, ciascun pediatra deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio del pediatra di libera scelta, ancorché destinato allo svolgimento di un pubblico servizio, è uno studio professionale privato che deve possedere i requisiti previsti dai commi che seguono.

2. Lo studio del pediatra convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della pediatria, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea, ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate, fatte salve le autorizzazioni già concesse.

3. Detti ambienti possono essere adibiti o esclusivamente ad uso di studio medico con destinazione specifica o anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione, con locali appositamente dedicati, fatte salve le autorizzazioni già concesse.

4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche o sanitarie soggette ad autorizzazione, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione tra le due strutture.

5. Lo studio professionale del pediatra iscritto nell'elenco, salvo quanto previsto in materia di orario di continuità assistenziale, deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana e comunque con apertura il lunedì, secondo un orario congruo e comunque non inferiore a:

5 ore settimanali fino a 250 assistiti.

10 ore settimanali da 251 a 500 assistiti.

15 ore settimanali da 501 a 840 assistiti.

Superato il numero di 840 assistiti, gli accordi regionali definiscono le eventuali ulteriori aperture degli ambulatori.

L'orario di studio è definito dal pediatra anche in relazione alle necessità degli assistiti iscritti nel suo elenco e alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore funzionamento dell'assistenza. In relazione a particolari esigenze assistenziali l'Azienda può richiedere, previo parere del Comitato aziendale, di cui all'art. 23, la revisione dell'orario.

I pediatri che aderiscono a forme associative sono tenuti a garantire l'apertura dello studio secondo le determinazioni previste e definite in sede di contrattazione regionale per le diverse tipologie di associazione.

6. L'Azienda ha il compito di verificare l'applicazione del disposto di cui al precedente comma 5.

7. L'orario con il nominativo del pediatra, da comunicare alla Azienda, deve essere esposto all'ingresso dello studio medico; eventuali variazioni devono essere comunicate alla Azienda entro 30 giorni dalla avvenuta variazione.

8. Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.

9. Le modalità di contattabilità del medico al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate nell'ambito degli Accordi Regionali.

## **ART. 36 – SOSTITUZIONI.**

---

1. Il pediatra titolare di scelte che si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera, fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare alla competente Azienda entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, il nominativo del collega che lo sostituisce quando la sostituzione si protragga per più di tre giorni consecutivi. Il medico sostituito comunica, insieme alla dichiarazione di assenza dal servizio, la motivazione della stessa.
2. Il pediatra sostituito deve dichiarare di non trovarsi in situazione di incompatibilità prevista dall'articolo 17.
3. Nella nomina del proprio sostituto, il titolare deve avere cura di scegliere per i propri assistiti un pediatra, ovvero, qualora condizioni oggettive non lo consentano, un medico che garantisca un adeguato livello di qualità professionale.
4. Il sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'incarico di sostituzione da parte del pediatra sostituito, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal presente Accordo. Il sostituto deve inoltre dichiaratamente garantire l'attività assistenziale secondo le modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio, del pediatra sostituito.
5. Nel caso di sostituzione tra pediatri di libera scelta già titolari di incarico, il sostituto dovrà comunicare adeguatamente ai propri assistiti le modalità della sostituzione secondo le modalità organizzative del pediatra di libera scelta che effettua la sostituzione.
6. Negli altri casi il pediatra sostituito deve provvedere ad informare i propri assistiti sulla durata, sulle modalità della sostituzione e sul sostituto.
7. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del pediatra sostituito durante la sostituzione.
8. Alla sostituzione del pediatra sospeso dall'incarico per effetto di provvedimento di cui all'art. 30 provvede la Azienda con le modalità di cui al comma 15.
9. Le scelte del sanitario colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al pediatra sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richiesta di variazione del pediatra di fiducia; variazione che in ogni caso, non può essere fatta in favore del pediatra incaricato della sostituzione, per tutta la durata della stessa.
10. L'attività di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione del pediatra nell'elenco, anche se determina l'assunzione di tutti gli obblighi professionali previsti dal presente Accordo, dagli Accordi Regionali e da quelli Aziendali.
11. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
12. Gli Accordi regionali definiscono le diverse modalità di corresponsione dei compensi, in caso di sostituzione effettuata da medico sprovvisto di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti.

13. Le Aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al pediatra sostituito che provvede secondo quanto previsto al comma 14; dal 31° giorno corrispondono i compensi direttamente al pediatra che effettua la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale e secondo il trattamento economico previsto dal successivo comma 14.

14. I rapporti economici tra pediatra sostituito e pediatra sostituto sono disciplinati dalla norme di cui all'allegato sub lettera F, nel rispetto della normativa fiscale.

15. Il pediatra che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informarne la Azienda, la quale provvede a designare il sostituto individuandolo tra i pediatri inseriti nella graduatoria di cui all'art. 15, e secondo l'ordine della stessa, interpellando prioritariamente i pediatri residenti nell'ambito di iscrizione del pediatra sostituito. In tale caso i compensi spettano fin dal primo giorno della sostituzione al pediatra sostituto.

16. Tranne che per i motivi di cui all'art. 18, commi 1, 2, 3 e 4, del presente Accordo e per mandato parlamentare, amministrativo, ordinistico, sindacale, per sostituzione superiore a 6 mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda sentito il Comitato di cui all'art.23, si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa e può esaminare il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto convenzionale.

17. Quando il pediatra sostituito, per qualsiasi motivo, sia nella impossibilità di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, le Aziende possono liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione.

18. In caso di decesso del pediatra convenzionato, l'Azienda provvede alla nomina del sostituto. Qualora il pediatra fosse già sostituito, il sostituto già incaricato al momento del decesso può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti in carico al pediatra deceduto fino all'eventuale copertura della zona carente o comunque per un periodo non superiore a sessanta giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.

### **ART. 37 - INCARICHI PROVVISORI.**

---

1. Qualora in un ambito territoriale si determini un carenza alla assistenza pediatrica, l'Azienda, sentito il Comitato di cui all'art. 23, può conferire un incarico temporaneo ad un pediatra, scelto nel rispetto della graduatoria regionale, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito territoriale carente.
2. Tale incarico, di durata comunque inferiore a dodici mesi cessa alla sua scadenza o nel momento in cui viene individuato il pediatra avente diritto all'inserimento. Al pediatra di cui al presente comma sono corrisposti, per gli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi di cui all'art. 58, lettera "A", commi 1 e 9.
3. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
4. Nel caso in cui sia necessario proseguire la durata di un incarico provvisorio, i successivi incarichi vengono attribuiti secondo l'ordine della graduatoria regionale, con i criteri di cui al comma 1.
5. L'incarico di cui al comma 1 non viene conferito quando l'eccedenza degli assistibili rispetto alla somma dei massimali dei singoli pediatri iscritti nell'elenco dell'ambito territoriale non supera le 180 unità. In tal caso si applica il disposto dell'articolo 39, comma 12.

### **ART. 38 - MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI**

1. I pediatri iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 800 unità, fatte salve le deroghe previste ai commi successivi.
2. Gli Accordi regionali definiscono limiti e modalità di eventuali deroghe al massimale nazionale, anche al fine di incentivare la pediatria di gruppo e l'attivazione dei gruppi di cure primarie.
3. Eventuali deroghe al massimale individuale possono essere autorizzate dalla Regione, su proposta dell'Azienda e sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 23, in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi dell'art. 48, comma 3, punto 5, della Legge n. 833/78, e per un tempo determinato.
4. Nei confronti del pediatra che, oltre ad essere inserito negli elenchi, svolga attività orarie compatibili con tale iscrizione diverse da quelle disciplinate dal presente Accordo, il massimale di scelta è ridotto in misura proporzionale al numero delle ore settimanali che il medesimo dedica alle suddette altre attività, sulla base del disposto del successivo comma 5.
5. Ai soli fini del calcolo del massimale individuale per i pediatri soggetti a limitazioni per attività a rapporto orario compatibili di cui al precedente comma 4 e per attività di libera professione strutturata, di cui all'art. 57, si ritiene convenzionalmente che il massimale corrisponda ad un impegno settimanale equivalente a 800 scelte per 40 ore settimanali. L'impegno orario per attività compatibile o per attività libero-professionale non può determinare una riduzione del massimale inferiore a 600 scelte.
6. Le Aziende possono autorizzare i pediatri ad autolimitare il proprio massimale, in misura non inferiore al rapporto ottimale di cui agli Accordi regionali, come previsto all'articolo 32, comma 8. I pediatri interessati devono presentare apposita richiesta all'Azienda prevedendo un periodo minimo di 12 mesi tra la data di presentazione e l'inizio dell'autolimitazione. Il massimale derivante da autolimitazione non è modificabile, prima di 3 anni dalla data di decorrenza della autolimitazione.
7. Le autolimitazioni inferiori già esistenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo devono essere formalmente adeguate dal pediatra interessato al disposto del precedente comma 6 entro 3 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Accordo. In difetto di tale adempimento provvede l'Azienda, che ne dà comunicazione al pediatra interessato, anche ai fini della applicazione delle norme sulle incompatibilità di cui all'articolo 17 del presente Accordo.
8. Tenuto conto della peculiarità della normativa convenzionale ed in particolare a favore dei neonati ai sensi del comma 4 dell'art. 42, è consentita l'attribuzione di scelte riferite a neonati, anche in deroga al massimale individuale, entro il 10% del massimale di cui al comma 1.
9. La scelta relativa ad assistiti in età pediatrica, appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica può essere effettuata in favore dello stesso pediatra, anche in deroga al massimale individuale di cui al comma 8.
10. Le scelte temporanee di cui all'articolo 39, commi 7 e 11 non concorrono alla determinazione del massimale individuale.

11. In ogni caso, tenuto conto dei particolari problemi relativi all'assistenza pediatrica, il pediatra che abbia raggiunto e superato il proprio massimale o quota individuale può acquisire nuove scelte con la riconsiderazione contestuale di un pari numero di scelte da scegliere esclusivamente tra gli assistiti di età non inferiore a 13 anni.

12. Lo svolgimento di altre attività, anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi, non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del pediatra, a livello ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto.

13. Non concorrono alla determinazione del massimale gli assistiti ultraquattordicenni e fino al compimento del sedicesimo anno di età, affetti da patologie croniche e gli assistiti che hanno esercitato il diritto di revoca da un altro pediatra, in ambiti territoriali laddove tutti i pediatri abbiano raggiunto il massimale di cui al comma 1.

## **ART. 39 - SCELTA DEL PEDIATRA**

---

1. La costituzione e lo svolgimento del rapporto con il pediatra sono fondati sull'elemento fiducia.
2. Il rapporto di fiducia si fonda anche sulla reciproca conoscenza e sulla trasparenza dei rapporti reciproci. A tal fine, e per maggiormente radicare il rapporto tra pediatra e cittadino, le Aziende promuovono, sulla base di intese stipulate tra le Regioni e le OO.SS. maggiormente rappresentative, una corretta informazione ai cittadini sulla opportunità di avviare preliminarmente alla scelta una diretta conoscenza del pediatra e, a margine della scelta effettuata, promuovono la informazione sull'organizzazione dei servizi aziendali e sulle modalità organizzative della pediatria di famiglia, mediante consegna della Carta dei servizi.
3. Le Aziende provvedono ad informare adeguatamente i cittadini, sul curriculum formativo e professionale del pediatra, sulle caratteristiche della attività professionale (ubicazione ed orario dello studio, aderenza a forme associative, utilizzo di procedure informatiche, disponibilità telefonica, disponibilità del personale di studio, caratteristiche strutturali e strumentali, ecc.).
4. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
5. La scelta del pediatra di fiducia, da operarsi da parte dei genitori o da chi ne fa le veci, avviene tra i sanitari iscritti nell'elenco riferito all'ambito territoriale in cui e' compresa la residenza dell'avente diritto. La scelta è annotata sul documento personale di iscrizione dando specifica evidenza alla qualifica di pediatra.
6. Il pediatra iscritto negli elenchi acquisisce le scelte relative ad assistiti dalla nascita fino al compimento del sesto anno di età e può acquisire e conservare le scelte fino al compimento del quattordicesimo anno di età.
7. Per i cittadini extracomunitari in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la scelta è a tempo determinato e ha validità pari a quella del permesso di soggiorno.
8. La scelta di cui al comma 7 è automaticamente rinnovata alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno, fatta salva ogni azione di rivalsa per quote percepite anche a seguito di mancato rinnovo del permesso di soggiorno. Il pediatra è obbligato alla assistenza del cittadino extracomunitario nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno.
9. L'Azienda, sentito il parere obbligatorio del Comitato di cui all'art. 23 e acquisita l'accettazione del pediatra di nuova scelta, consente che la scelta sia effettuata in favore di un pediatra iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui l'assistito è residente o quando la scelta sia o diventi obbligata, oppure quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilità la residenza dell'assistito graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolano la normale erogazione dell'assistenza.
10. La scelta per i cittadini residenti ha validità annuale, salvo revoca nel corso dell'anno, ed è tacitamente rinnovata.

11. Per i cittadini non residenti la scelta è a tempo determinato da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 1 anno, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente già in carico al pediatra della Azienda di provenienza del cittadino. La scelta è espressamente prorogabile.

12. Nella ipotesi di ambito territoriale in cui insistano assistiti in età pediatrica in numero non sufficiente a determinare una zona carente le scelte possono essere attribuite a:

- a) pediatri iscritti nell'elenco dello stesso ambito territoriale o, in subordine, in un ambito limitrofo con le procedure e modalità di cui al comma 13 anche oltre il massimale;
- b) nel caso di indisponibilità dei pediatri o inadeguatezza dei rimedi di cui alla precedente lettera a) le scelte possono essere temporaneamente assegnate al medico iscritto negli elenchi dei medici di medicina generale per l'assistenza primaria.

13. Le scelte di cui al comma 12 vengono iscritte in separato elenco.

Qualora venga inserito un pediatra l'Azienda notifica ai rappresentanti legali dei bambini in età di esclusiva inseriti nell'elenco e al medico che li assiste, l'obbligo di effettuare la scelta in favore del pediatra disponibile, assegnando un termine non superiore a 30 giorni per la sua effettuazione. Da tale data le scelte in carico al medico decadono.

14. Con l'inserimento di un nuovo pediatra in un ambito carente non verranno più attribuite scelte al pediatra con deroga del massimale.

#### **ART. 40 - REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA**

---

1. L'assistito che revoca la scelta ne dà comunicazione alla competente Azienda. Contemporaneamente alla revoca l'assistito effettua una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.
2. Modalità per garantire la continuità dell'assistenza tra pediatra revocato e pediatra scelto, nel primario interesse del cittadino, sono disciplinate nell'ambito degli Accordi Regionali.
3. Il pediatra che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può in ogni tempo ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale ricusazione deve essere motivata da eccezionali ed accertati motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. b), D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.
4. Non è consentita la ricusazione quando nell'ambito territoriale di scelta non sia operante altro pediatra, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi dall'Azienda.
5. I pediatri che abbiano esercitato il diritto di autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite della autolimitazione medesima .

## **ART. 41 - REVOCHE D'UFFICIO**

---

1. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 526/1982, vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della Azienda sono riattribuite automaticamente al pediatra dal momento della cessazione della sospensione temporanea, anche in deroga al massimale individuale, –fatta salva ogni altra e diversa determinazione da parte dell'assistito. A tal fine le Aziende istituiscono apposito separato elenco dei cittadini ai quali sia stata revocata d'ufficio la scelta, onde facilitarne la riattribuzione automatica.

2. In caso di eventuali ritardi nella riattribuzione della scelta, il pediatra è tenuto comunque alla assistenza del cittadino fin dalla data di cessazione della sospensione medesima.

3. Differenti modalità di gestione delle scelte temporaneamente sospese possono essere concordate nell'ambito degli Accordi regionali.

4. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte dell'assistito ha effetto dal giorno del decesso. L'Azienda è tenuta a comunicare al pediatra interessato la cancellazione per decesso tempestivamente e comunque entro un anno dall'evento.

5. In caso di trasferimento di residenza ad altra Azienda, quella presso la quale il cittadino ha effettuato la nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza del cittadino stesso perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta.

Le Aziende che aggiornano l'archivio assistiti utilizzando le informazioni anagrafiche dei Comuni, possono procedere, nei casi di trasferimento ad altre Aziende, alla revoca d'ufficio.

6. L'Azienda è tenuta a comunicare detta revoca al pediatra tempestivamente e comunque entro 3 mesi dall'evento.

7. Le revoche conseguenti ai cambiamenti di residenza all'interno della Azienda e tra aziende limitrofe sono disciplinate con accordi regionali. Nel caso in cui l'ambito comunale sia comprensivo di più Aziende si intende per Azienda limitrofa il medesimo ambito comunale.

8. Le cancellazioni per doppia iscrizione decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso pediatra. Se trattasi di pediatri diversi la cancellazione decorre dalla data della comunicazione al pediatra interessato. Tali comunicazioni sono eseguite contestualmente alle variazioni del mese di competenza.

9. Ai fini degli effetti economici relativi alle revoche d'ufficio di cui al presente articolo, l'Azienda è tenuta ad inviare al pediatra interessato, in uno con la comunicazione del previsto importo da ripetere, il tabulato nominativo relativo ai pazienti oggetto di revoca con la decorrenza della revoca medesima.

10. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio alla data del compimento del quattordicesimo anno di età e' comunicata in tempo utile, alla famiglia dell'assistito. Su richiesta del genitore e previa accettazione del pediatra, possono essere riconosciute come condizioni idonee al prolungamento dell'assistenza e comunque non oltre il compimento del 16° anno di età, la presenza di:

- patologia cronica o handicap
- documentate situazioni di disagio psico-sociale

**ART. 42 - SCELTA, REVOCA, RICUSAZIONE: EFFETTI ECONOMICI.**

---

1. Ai fini della corresponsione dei compensi la scelta, la ricsuazione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano entro il 15° giorno o dal 16° giorno del mese.
2. Il rateo mensile dei compensi è frazionabile in trentesimi ai fini del pagamento di eventuali frazioni di mese, quando le variazioni dipendano da trasferimento del pediatra o da cancellazione o sospensione del pediatra dall'elenco.
3. La cessazione per sopraggiunti limiti di età da parte del pediatra produce effetti economici dal giorno di compimento dell'età prevista.
4. Per i nuovi nati che non hanno effettuato la prima scelta gli effetti economici decorrono dal momento della prima prestazione erogata dal pediatra in regime convenzionale e da questi attestata mediante idonea dichiarazione da consegnare al competente ufficio al momento della effettuazione della prima scelta. In ogni caso la data della decorrenza degli effetti economici non può essere anteriore a 90 giorni antecedenti la scelta.
5. Le operazioni di aggiornamento dell'elenco degli assistiti rispetto alla scelta e alla revoca sono svolte in tempo reale, qualora sia realizzabile in base alla possibilità di utilizzo di procedure informatiche.
6. Modalità differenti di gestione delle operazioni di scelta e revoca e di aggiornamento degli elenchi degli assistiti e delle comunicazioni ai medici sono oggetto di contrattazione regionale.

#### **ART. 43 – ELENCHI NOMINATIVI E VARIAZIONI MENSILI.**

---

1. Entro il 31 luglio ed il 31 gennaio di ogni anno le Aziende inviano ai pediatri l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi alla data rispettivamente del 15 giugno e del 15 dicembre.
2. Le Aziende, inoltre, comunicano mensilmente ai singoli pediatri le variazioni nominative e il riepilogo numerico relativo alle scelte e alle revoche avvenute durante il mese precedente.
3. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.
4. I dati di cui ai commi 1 e 2 possono essere forniti su supporto magnetico, a richiesta del pediatra e senza alcun onere a suo carico.
5. Le Aziende istituiscono un elenco separato delle scelte operate dai cittadini in favore di pediatri convenzionati in ambiti territoriali della stessa Azienda diversi da quello di residenza dell'assistito, ai sensi dell' art. 39 comma 9, del presente Accordo.
6. Tale elenco è utilizzato ai fini della determinazione del rapporto ottimale e della individuazione della carenza di pediatri, secondo quanto disposto dall'articolo 32, comma 11 del presente Accordo.

#### **ART. 44- COMPITI DEL PEDIATRA.**

---

1. Le funzioni ed i compiti individuali del pediatra di libera scelta sono così individuati:
  - a) gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute, rivolti alla tutela globale del bambino.
  - b) gestione dei malati nell'ambito dell'Assistenza ambulatoriale domiciliare programmata e integrata: assistenza programmata al domicilio dell'assistito anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa in collegamento se necessario con l'assistenza sociale secondo gli allegati "E" ed "E bis";
  - c) assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, sulla base degli Accordi regionali.
  
2. L'espletamento delle funzioni di cui al precedente comma 1 si realizza con:
  - a) la presa in carico del neonato entro il primo mese di vita del bambino, con il supporto attivo delle unità ospedaliere e distrettuali per una tempestiva scelta del pediatra, fatti salvi specifici progetti di dimissione precoce e/o protetta;
  - b) le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo diagnostico e terapeutico, ivi comprese le prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche;
  - c) il consulto con lo specialista e l'accesso del pediatra di libera scelta presso gli ambienti di ricovero nelle sue varie fasi in quanto attengono alla professionalità del pediatra di libera scelta;
  - d) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria pediatrica individuale, su supporto informatico, ad uso del pediatra e ad utilità dell'assistito e del SSN, che raccoglie anche le informazioni registrate nel libretto sanitario dell'assistito, secondo standard e modalità definiti nell'ambito degli Accordi regionali e tenuto conto della normativa nazionale, anche con riferimento alla Carta nazionale dei servizi prevista dal comma 9 art. 52 della Legge 27 Dicembre 2002, n. 289 e della tessera del cittadino secondo quanto previsto dall'art. 50 della Legge 24 novembre 2003 n. 326;
  - e) la disponibilità per gli assistiti, nei locali dello studio medico, della carta dei servizi definita dagli Accordi regionali in merito ai compiti ed ai doveri e diritti del pediatra e dei cittadini;
  - f) la partecipazione alle forme organizzative territoriali e l'aggregazione in centri di responsabilità territoriale, distrettuali o subdistrettuali, per specifici obiettivi del Distretto, con le modalità e secondo quanto disposto dal successivo comma 3;
  - g) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori e ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;
  - h) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1 lettera a) e c) ed all'allegato H
  - i) le valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle residenze protette, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli Accordi regionali;
  - j) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, la conoscenza del Servizio sanitario nazionale, e regionale, (con idoneo supporto delle Aziende) incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni SSN nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti delle famiglie dei minori anche attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare l'osservanza del comportamento e degli stili di vita con particolare riferimento all'educazione alimentare e all'attività motoria;

- k) l'appropriatezza delle scelte assistenziali e terapeutiche, la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale, nonché l'adesione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale;
- l) l'adesione ai programmi di vaccinazione antinfluenzale rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende;
- m) la partecipazione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti, anche economici, del raggiungimento, o meno, degli obiettivi;
- n) le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato B;
- o) l'assistenza in zone disagiate, comprese le piccole isole sulla base delle intese regionali;
- p) le visite occasionali, secondo l'art. 56, comma 4;
- q) osservanza e rilevazioni di reazioni indesiderate post-vaccinali;
- r) i programmi di monitoraggio degli obiettivi di salute enunciati da Piano Sanitario Nazionale, con particolare riferimento ad interventi di educazione sanitaria e profilassi delle malattie infettive, il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e la ricerca di fattori di rischio, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro sensoriali e psichici ed all'individuazione precoce di problematiche, anche socio sanitarie;
- s) progetto salute infanzia di cui all'allegato L;
- t) collaborazione informatica;
- u) l'esecuzione di eventuali screening, sulla base di programmi regionali e aziendali.

3. In merito a quanto previsto dal precedente comma 2, lettera f) sono individuate sostanzialmente due diverse tipologie di forme organizzative: funzionali e strutturali. La prima si caratterizza per la possibilità che hanno tutti i medici di parteciparvi (vedi equipe territoriali) e per la prevalenza delle attività di cure domiciliari. Per tali motivi la partecipazione a questa forma organizzativa è obbligatoria e remunerata in quota capitolaria, mentre le conseguenti attività sono remunerate sulla base degli Accordi regionali. La seconda si realizza in presenza di medici associati in gruppo, UTAP o altre forme organizzative complesse delle cure primarie e necessita di strutture, attrezzature, risorse umane e strumentali idonee. La partecipazione a questa forma organizzativa è facoltativa e sperimentale. Gli accordi regionali ne definiscono modelli organizzativi, caratteristiche di attività e modalità di remunerazione.

4. Sono, inoltre, obblighi e compiti del pediatra:

- a) l'adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali di cui all'art. 26;
- b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti dei cittadini attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare:
  - l'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
  - la donazione di sangue, plasma e organi;
  - la cultura dei trapianti;
  - il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e il regime delle esenzioni;
  - l'esenzione dalla partecipazione alla spesa in relazione a particolari condizioni di malattia;
  - la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

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

1. E' istituito in ogni singola Regione un fondo a riparto per la retribuzione degli istituti soggetti ad incentivazione come definiti dall'art. 58 lettera B.
2. Il fondo è finalizzato ad incentivare assetti organizzativi, strutturali e obiettivi assistenziali di qualità della pediatria di libera scelta.
3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto definito dall'art. 14 del presente Accordo.

#### **ART. 46 - 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. A cura della Azienda e del pediatra di libera scelta tale regolamentazione è portata a conoscenza degli assistiti.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. Gli Accordi regionali possono disciplinare, per particolari necessità assistenziali, ulteriori e differenti modalità di effettuazione delle visite domiciliari e dell'accesso agli studi professionali, collegate alla reperibilità del pediatra, all'orario di ambulatorio e alla richiesta delle visite domiciliari.

#### **ART. 47 - CONSULTO CON LO SPECIALISTA.**

---

1. Il consulto con il medico specialista può essere attivato dal pediatra di libera scelta qualora lo ritenga utile per la salute del paziente.
2. Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal pediatra presso gli ambulatori pubblici nell'ambito territoriale della Azienda del paziente.
3. Il consulto, previa autorizzazione della Azienda, può essere attuato, su richiesta motivata del pediatra di libera scelta, anche presso il domicilio del paziente.
4. Il pediatra e lo specialista concordano i modi e i tempi di attuazione del consulto nel rispetto delle esigenze dei servizi della Azienda.
5. Qualora lo specialista ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente, può mettersi in contatto con il pediatra di libera scelta che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.
6. I pediatri che operano in forme associative complesse (equipe territoriali e pediatria di gruppo), in Unità di cure primarie (UTAP) o altre strutture organizzative complesse possono organizzare la risposta al bisogno di prestazioni specialistiche, anche sotto forma di consulto, mediante l'accesso diretto del medico specialista dipendente o convenzionato nella sede della forma associativa per la erogazione delle prestazioni e delle consulenze ritenute necessarie. Fatto salvo il rispetto degli standard definiti dalle legge, tali attività sono disciplinate dagli Accordi regionali.

## **ART. 48 – RAPPORTI TRA IL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA E L'OSPEDALE.**

---

1. Nello spirito e nel progressivo impegno alla presa in carico del proprio assistito, il pediatra di libera scelta, che ha cognizione di tutti i momenti della attività sanitaria in favore del proprio assistito, si prende cura della persona malata nell'accesso all'ospedale, può partecipare alla fase diagnostica, curativa e riabilitativa, direttamente o mediante l'accesso al sistema informatico. Le Aziende Sanitarie Locali hanno l'obbligo di porre in essere tutte le azioni atte a garantire al pediatra di libera scelta la continuità della presa in carico della persona in tutti i momenti dei percorsi assistenziali nei servizi aziendali, territoriali ed ospedalieri. Le Regioni istruiscono in modo analogo le attività delle Aziende ospedaliere.

2. I Direttori generali di Aziende ospedaliere o di Aziende nel cui territorio insistono uno o più presidi ospedalieri, previo accordo tra loro quando necessario, sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 23 e il Direttore sanitario, d'intesa col dirigente medico di cui all'art.51, adottano pertanto, anche in ottemperanza al disposto dell'art. 15-decies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare:

- a) l'accesso del pediatra di libera scelta ai presidi ospedalieri della stessa azienda in fase di accettazione, di degenza e di dimissioni del proprio paziente;
- b) le modalità di comunicazione tra ospedale e pediatra di libera scelta in relazione all'andamento della degenza e alle problematiche emergenti in corso di ricovero, anche mediante la messa a punto di idonei strumenti telematici ed informatici;
- c) il rispetto da parte dei medici dell'ospedale delle norme previste in materia prescrittiva dalle note AIFA, delle disposizioni in materia di esenzione dalla partecipazione alla spesa di cui al Decreto Ministeriale 329/99 e successive modificazioni e delle modalità di prescrizione previste dall'articolo 50 della legge 326/2003;
- d) il rispetto delle norme in materia di prescrizione diretta dei controlli programmati entro i 30 gg dalla dimissione e della esenzione per le indagini da eseguirsi in funzione del ricovero programmato.

3. In particolare il Direttore Generale deve garantire che il pediatra di famiglia riceva dal reparto ospedaliero la relazione clinica di dimissione contenente la sintesi dell'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero nonché i suggerimenti terapeutici per l'assistenza del paziente.

4. Particolare attenzione sarà posta, ove le disposizioni regionali ed aziendali le prevedano, alla consegna da parte dell'ospedale delle confezioni terapeutiche, anche start, all'atto della dimissione ospedaliera, al fine di evitare la discontinuità terapeutica o il ritardato avvio di una nuova terapia.

5. In caso di trasferimento dell'assistito presso il proprio domicilio in regime di dimissione protetta, ferme restando eventuali competenze del reparto ospedaliero in materia di assistenza diretta del paziente, il dirigente del reparto concorda col pediatra di libera scelta gli eventuali interventi di supporto alla degenza domiciliare ritenuti necessari, anche nella prospettiva di passaggio del paziente in regime di assistenza domiciliare integrata o programmata.

6. In ogni caso il pediatra di libera scelta nell'interesse del proprio paziente può accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti gli ospedali pubblici e le case di cura convenzionate o accreditate anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare.

7. Al fine di garantire un rapporto di collaborazione trasparente tra i medici del presidio ospedaliero ed i pediatri di libera scelta convenzionati, può essere istituita a livello aziendale, da parte del Direttore Generale della Azienda USL o ospedaliera, una commissione, con funzioni di supporto alla Direzione Generale, composta dai pediatri di libera scelta presenti nei vari Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali, medici ospedalieri e funzionari dirigenti medici della Azienda, con il compito di esaminare e proporre adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio.

8. In particolare sulla base di indirizzi regionali l'Azienda promuove e realizza, d'intesa con i sindacati di cui all'art. 22, comma 11 e con le Associazioni di tutela dei cittadini, tutti gli adempimenti necessari a rendere trasparenti i meccanismi di inserimento dei cittadini nelle liste d'attesa dei ricoveri ordinari, dei ricoveri d'elezione, dei ricoveri in Day Hospital. Promuove inoltre criteri e condizioni di equità nella realizzazione delle liste d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ospedaliera.

9. Le finalità di cui al comma 8 sono realizzate anche avvalendosi della commissione di cui al comma 7.

10. Ulteriori contenuti, competenze e modalità organizzative in materia di accesso del pediatra di libera scelta ai luoghi di ricovero ospedaliero, sono oggetto di contrattazione nell'ambito degli Accordi regionali ed aziendali.

#### **ART. 49 ASSISTENZA FARMACEUTICA E MODULARIO.**

---

1. La prescrizione di medicinali avviene, per qualità e quantità, secondo scienza e coscienza, con le modalità stabilite dalla legislazione vigente nel rispetto del prontuario terapeutico nazionale, così come riclassificato dall'art. 8, comma 10, della legge 24.12.1993, n. 537 e successive integrazioni e modificazioni.
2. Il pediatra può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.
3. Nell'ambito degli Accordi regionali possono essere concordate sperimentazioni riguardanti modalità e procedure, compresa la multiprescrizione nel rispetto dei tetti di spesa e della normativa nazionale riguardante la materia, idonee a snellire gli adempimenti dei pediatri e alleviare i disagi dei cittadini oltre che a consentire una migliore raccolta dei dati.
4. Il pediatra è tenuto alla compilazione della ricetta secondo le norme di legge vigenti. Eventuali particolari modalità di annotazione del diritto, o meno, all'esenzione e di quant'altro necessario, anche legate alle metodiche locali di rilevazione dei dati, sono definite con Accordi regionali.
5. La necessità della erogazione di presidi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio viene proposta una volta all'anno da parte del pediatra di libera scelta alla Azienda. L'erogazione ed il relativo eventuale frazionamento sono disposti dalla Azienda secondo modalità organizzative fissate dalla Regione.
6. La prescrizione farmaceutica è di norma erogata dal pediatra di libera scelta, salvo quanto previsto dalle norme regionali ai sensi dell'art. 50 della legge 326/2003.
7. La prescrizione farmaceutica e specialistica su modulario del SSN può essere effettuata solo nei confronti dei cittadini che abbiano preventivamente esercitato il diritto di scelta del pediatra di libera scelta.

**ART. 50 - RICHIESTA DI INDAGINI SPECIALISTICHE, PROPOSTE DI RICOVERO O DI CURE TERMALI.**

---

1. Il pediatra, ove lo ritenga necessario, formula richiesta di visita, indagine specialistica, prestazione specialistica o proposta di ricovero o di cure termali.
2. La richiesta di indagine, prestazione o visita specialista deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico. Essa può contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 47.
3. Il pediatra può dar luogo al rilascio della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente stesso.
4. Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, con l'indicazione "al pediatra curante".
5. Qualora lo specialista ritenga opportuno richiedere ulteriori consulenze specialistiche, o ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del pediatra curante, formula direttamente le relative richieste sul modulario previsto dalla legge 326/2003
6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del pediatra curante, alle seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, neuro-psichiatria infantile, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.
7. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione dei precedenti commi 5 e 6 e nel rispetto del disposto della legge 326/2003 e dei successivi decreti attuativi, le Aziende emanano disposizioni per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al pediatra di libera scelta.
8. Le norme di cui al precedente comma 7 devono essere osservate, anche al fine dell'applicazione degli accordi relativi al rispetto dei livelli di spesa programmati.
9. La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal pediatra di libera scelta (allegato D) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.
10. Il modulario di cui all'art. 49, è utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per le richieste di prestazioni specialistiche, nonché per le richieste di trasporto sanitario in ambulanza sulle quali il pediatra annota la diagnosi del soggetto.
11. Tenuto conto di quanto previsto dall'art. 1, comma 6, del Decreto Ministeriale 30 giugno 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla G.U. n. 209 dell'8 settembre 1997, le indagini preliminari al ricovero programmato in strutture pubbliche o private accreditate, non facenti parte del percorso diagnostico attivato autonomamente dal pediatra di libera scelta e direttamente riconducibili al DRG previsto, non sono oggetto di prescrizione da parte del pediatra stesso sul modulario del SSN.

**ART. 51 – ASSISTENZA DOMICILIARE.**

---

1. L'assistenza a bambini con patologia cronica si esplica con le seguenti modalità:
  - a) assistenza domiciliare integrata (vedi allegato E)
  - b) assistenza domiciliare programmata (vedi allegato E)
  - c) assistenza ambulatoriale programmata (vedi allegato E bis)
  
2. L'erogazione dell'assistenza nell'ambito degli istituti di cui al comma 1 è disciplinata dai protocolli allegati sotto le lettere E) e E bis) del presente Accordo e fino a che essi non siano sostituiti da protocolli definiti nell'ambito degli Accordi regionali, secondo il disposto del successivo comma 3.
  
3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione degli interventi, degli ulteriori contenuti e delle modalità di attuazione, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

## **ART. 52 - FORME ASSOCIATIVE.**

---

1. Il presente articolo disciplina le attività dei pediatri di libera scelta convenzionati nell'ambito delle forme associative, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) ed f), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Al fine di conseguire un più elevato livello delle prestazioni e per facilitare il rapporto tra cittadino e pediatra di libera scelta i pediatri iscritti negli elenchi della pediatria di famiglia possono concordare e realizzare forme di lavoro associativo, secondo le modalità, i principi e le tipologie indicate ai commi successivi e negli Accordi Regionali ed Aziendali.

2. Le forme associative oggetto del presente Accordo sono:

- a) la pediatria di gruppo;
- b) la pediatria in associazione;
- c) la pediatria in rete.

3. Le forme associative sono finalizzate a:

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

4. L'associazione può partecipare allo svolgimento delle attività e compiti previsti dagli Accordi regionali.

5. All'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con il Direttore del distretto e con la componente rappresentativa della pediatria di libera scelta nell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali: oltre che di rappresentanza organizzativa nei confronti dell'Azienda.

6. L'Azienda, ricevuto l'atto costitutivo, ne verifica i requisiti di validità e, entro 15 giorni, ne prende atto con provvedimento del Direttore Generale.

7. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera c), del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni e tenuto conto delle norme in materia di libera professione previste dal presente Accordo, non possono far parte delle forme associative di cui al comma 2 ed ai commi successivi i pediatri di libera scelta che svolgano attività di libera professione strutturata per un orario superiore a quello previsto dall'art. 57, comma 7.

8. La pediatria di gruppo, di cui al comma 2 lettera a), si caratterizza per i seguenti requisiti, fatto salvo diverse determinazioni regionali:

- a) l'associazione è libera, volontaria e paritaria;

- b) l'Accordo, che costituisce la pediatria di gruppo e' liberamente concordato tra i pediatri partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici; i pediatri aderenti alla associazione sono tenuti a comunicare ai genitori degli iscritti nei propri elenchi le forme e le modalit  organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
- c) i compensi relativi all'attivit  della pediatria di gruppo competono al pediatra dalla data di effettivo inizio dell'attivit  che si intende iniziata non prima della data di deposito presso l'Azienda dell'atto di cui al punto b) del presente articolo;
- d) del gruppo possono far parte soltanto pediatri che svolgono in modo esclusivo l'attivit  di pediatra convenzionato, nello stesso ambito territoriale di scelta determinato dalla Regione;
- e) la sede della pediatria di gruppo e' unica, articolata in pi  studi medici, ferma restando la possibilit  che singoli pediatri possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale ma in orari aggiuntivi a quelli previsti, nella sede principale, per l'istituto della pediatria di gruppo;
- f) del gruppo fanno parte due o pi  pediatri di libera scelta;
- g) ciascun pediatra pu  far parte soltanto di un gruppo;
- h) ciascun partecipante al gruppo e' disponibile a svolgere la propria attivit  anche nei confronti degli assistiti degli altri pediatri del gruppo, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun pediatra pur nella tutela dei fondamentali principi del rapporto fiduciario e della libera scelta da parte dell'assistito;
- i) deve prevedersi la disciplina dell'esecuzione delle prestazioni incentivanti nell'ambito del gruppo;
- j) in ogni caso deve essere assicurata dai pediatri del gruppo l'assistenza nella sede unica per almeno cinque ore giornaliere, distribuite nel mattino e nel pomeriggio secondo un congruo orario determinato dai pediatri in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilit  degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 35, comma 5. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, fatto salvo quanto previsto in materia di continuit  assistenziale, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei pediatri associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilit  di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il pediatra;
- k) a ciascun pediatra del gruppo vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui e' titolare;
- l) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno del gruppo senza l'autorizzazione del pediatra scelto, salvaguardando in ogni caso la possibilit  di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;
- m) ciascun pediatra aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il pediatra sia impegnato in altre attivit  previste dall'Accordo Nazionale, come consulto con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza pu  essere limitata a quattro giorni la settimana;
- n) all'interno del gruppo pu  adottarsi il criterio della rotazione interna per sostituzioni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalit , purch  dette sostituzioni non comportino disservizio nell'erogazione dell'assistenza;
- o) i pediatri della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attivit  di assistenza domiciliare, in modo tale da garantire la continuit  di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o pi  pediatri della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalit  previste dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;
- p) la suddivisione delle spese di gestione dell'ambulatorio viene liberamente concordata tra i componenti del gruppo;

q) devono essere previste riunioni periodiche fra i pediatri costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito.

9. La pediatria di gruppo si caratterizza inoltre per:

- a) l' utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;
- b) l' utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno;
- c) la gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;
- d) l' utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili;
- e) l' utilizzo da parte di ogni pediatra di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, predisposto per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di attività di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla forma associativa e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati della forma associativa.

10. La pediatria in associazione, di cui al comma 2, lett. b), fatta salva diversa disciplina regionale, deve prevedere i seguenti requisiti:

- distribuzione territoriale degli studi coerente con l'articolazione territoriale del distretto;
- l'associazione può essere composta da due o più pediatri o da due o più gruppi operanti nello stesso ambito e l'aggregazione comporti un evidente miglioramento delle prestazioni erogate;
- e' possibile l'associazione di uno o più pediatri con medici di medicina generale;
- più associazioni possono coordinarsi per l'erogazione di prestazioni previste dagli Accordi nazionale, regionale od aziendale;
- apertura coordinata degli studi per almeno 5 ore giornaliere distribuite tra mattino e pomeriggio, di cui uno aperto almeno fino alle ore 19;
- disponibilità a svolgere la propria attività ambulatoriale nei confronti degli assistiti dei pediatri associati per le prestazioni non differibili;
- la condivisione ed implementazione di linee guida diagnostiche terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza;
- la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione.

11. Le Regioni al fine di favorire la realizzazione di forme di maggior fruibilità ed accessibilità dei servizi e delle attività dei pediatri di libera scelta da parte degli assistiti, possono prevedere, con gli Accordi regionali, l'attuazione di forme organizzative che, nell'ambito dell'associazione, individuino uno studio nel quale i pediatri associati svolgono, a rotazione, attività concordate.

12. La pediatria in rete, di cui al comma 2 lett. c), si caratterizza, fatte salve diverse determinazioni regionali, quale modulo complementare non sostitutivo rispetto alla pediatria di gruppo ed in associazione e ad esse collegato per consentire un livello superiore di comunicazione di dati ed informazioni sanitarie tra pediatri e tra questi ultimi e le strutture distrettuali e/o ospedaliere pubbliche e accreditate.

13. La pediatria di rete si caratterizza per i seguenti requisiti:

- distribuzione territoriale degli studi non vincolati a sede unica coerente con l'articolazione territoriale del distretto;
- fatto salvo il principio della libera scelta, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri pediatri della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
- gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico;
- gli studi in rete sono collegati fra loro con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;
- utilizzo da parte di ogni pediatra di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;
- chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00.

14. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

**ART. 53 - INTERVENTI SOCIO-ASSISTENZIALI.**

---

1. Il pediatra di libera scelta sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito derivante dall'osservazione prolungata dello stesso anche in rapporto al contesto familiare, riferito oltreché alle condizioni sanitarie, nonché a quelle sociali ed economiche, ove lo ritenga necessario segnala ai servizi sociali individuati dall'Azienda l'esigenza di intervento dei servizi socio-assistenziali.

2. La natura e la tipologia degli interventi conseguenti alla segnalazione di cui al comma precedente sono assunti, se necessario, secondo un programma specifico ed in accordo col pediatra di libera scelta dell'assistito.

**ART. 54 - COLLEGAMENTO CON I SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.**

---

1. Il pediatra di libera scelta valuta, secondo scienza e coscienza, l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisio-patologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di continuità assistenziale.

2. Nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere concordate apposite linee guida, ad uso dei pediatri di libera scelta, sulla definizione delle caratteristiche di quegli assistiti per i quali si ritenga di dover rendere disponibili, presso il domicilio del paziente, la documentazione ritenuta necessaria ai fini di una corretta assistenza sanitaria da parte dei medici di continuità assistenziale.

3. Nel caso di attività in forma associativa in equipe, unità di cure primarie, UTAP o altre strutture organizzative complesse, i medici di continuità assistenziale, hanno accesso a tutte le informazioni inerenti gli assistiti di tutta l'unità, utili al loro operato, a partire dalle schede sanitarie individuali e in tutte le fasi di eventuali percorsi nei diversi poli di assistenza dell'Azienda di riferimento.

Tale accesso è passivo e attivo nei limiti delle relative responsabilità professionali.

4. Tutti i medici della forma associativa di cui al comma 3 hanno il dovere di tracciare il proprio intervento professionale sulla scheda sanitaria dell'assistito, sia essa cartacea che informatica.

## **ART. 55 - CONTINUITÀ ASSISTENZIALE.**

---

1. Al fine di garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, ai sensi dell'art. 8 del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche, si stabilisce che la continuità assistenziale e l'assistenza ai turisti disciplinata dell'Accordo Nazionale per la medicina generale, si estende anche agli assistibili in carico ai pediatri.

2. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

3. Gli Accordi regionali possono prevedere, d'intesa con le OO.SS. dell'area pediatrica, la partecipazione dei pediatri disponibili alle attività di continuità assistenziale e di assistenza ai turisti.

4. Al fine di assicurare il completamento e l'integrazione dell'assistenza primaria pediatrica, la continuità assistenziale può essere garantita da appositi servizi nel cui ambito possono partecipare su base volontaria e con accordi da definire a livello regionale e/o aziendale anche pediatri di libera scelta convenzionati e pediatri inclusi nella graduatoria regionale pediatrica.

Forme di continuità assistenziale possono comunque essere concordate a livello regionale e/o aziendale ed effettuate da gruppi od associazioni di pediatri convenzionati.

## **ART. 56 - VISITE OCCASIONALI.**

---

1. I pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistiti che li hanno preventivamente scelti.

2. I pediatri tuttavia, salvo quanto previsto per la continuità assistenziale e per l'assistenza nelle località turistiche, prestano la propria opera in favore dei soggetti in età pediatrica che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, ricorrono all'opera del pediatra. Il pediatra e' tenuto a utilizzare il modello prescrizione-proposta, indicando la residenza dell'assistito.

3. Le visite di cui al comma 2 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe onnicomprensive:

- visita ambulatoriale: €. 25,00
- visita domiciliare: €. 35,00

4. Al pediatra convenzionato che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia che esibiscono il prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del Servizio Sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al precedente comma. In tal caso il pediatra notula alla Azienda di iscrizione le anzidette prestazioni utilizzando il modulo di cui all'allegato **B** su cui annota gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.

5. Le Regioni, nel rispetto delle norme vigenti e nell'ambito degli Accordi Regionali, stabiliscono gli eventuali interventi assistenziali a favore dei soggetti che fruiscono delle visite occasionali e possono prevedere il pagamento delle stesse al pediatra interessato da parte delle Aziende. Nell'ambito degli Accordi regionali, possono essere individuate ulteriori e differenti modalità di erogazione e di retribuzione delle visite occasionali di cui al presente articolo.

## **ART. 57 - LIBERA PROFESSIONE.**

---

1. La libera professione è esercitata secondo le norme del presente articolo.
2. Fermo restando quanto previsto dall'art. 19, comma 2, al di fuori degli obblighi, dei compiti e delle funzioni previsti agli articoli 29 e 44 del presente Accordo, nonché degli Accordi regionali ed aziendali, al pediatra iscritto negli elenchi è consentito svolgere attività di libera professione onorata dal paziente anche nei confronti dei propri assistiti e nei confronti degli assistiti dei pediatri eventualmente operanti nella medesima forma associativa.
3. Si definisce attività libero professionale:
  - a) strutturata, quella espletata in forma organizzata e continuativa al di fuori degli orari di studio dedicati all'attività convenzionale che comporta un impegno orario settimanale definito;
  - b) occasionale, quella occasionalmente esercitata in favore del cittadino e su richiesta dello stesso, di norma al di fuori degli orari di apertura dello studio.
4. Al fine di eventuali limitazioni di massimale e per il rispetto di quanto previsto dal presente Accordo, il pediatra che eserciti libera professione strutturata è tenuto a comunicare entro 30 giorni dal suo avvio le seguenti modalità di esercizio dell'attività libero professionale:
  - a) la data di avvio;
  - b) l'ubicazione dello studio professionale e/o l'azienda presso la quale è espletata l'attività di medico del lavoro o equiparata;
  - c) i giorni e gli orari di attività;
  - d) le prestazioni di cui al comma 9 che intende espletare;
  - e) la dichiarazione che l'attività svolta in regime libero-professionale non comporta pregiudizio allo svolgimento degli obblighi convenzionali.
5. L'attività libero professionale strutturata e occasionale, non deve recare pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del pediatra, nello studio e al domicilio del paziente.
6. L'attività libero professionale strutturata, comporta la limitazione del massimale stabilita dal comma 4 dell'art. 38. Tale limitazione è pari a 20 scelte per ogni ora, di impegno settimanale
7. Ai soli fini del calcolo del massimale individuale per i medici soggetti a limitazioni per attività di libera professione strutturata si ritiene convenzionalmente che il massimale corrisponda ad un impegno settimanale equivalente a 800 scelte per 40 ore settimanali. L'attività libero professionale strutturata quando comporta un impegno orario inferiore alle 5 ore settimanali entro i limiti previsti dal comma 5, non comporta la limitazione del massimale stabilita dal comma 6.
8. L'attività libero-professionale occasionale svolta dal pediatra di libera scelta non può essere valutata in alcun modo ai fini della limitazione del massimale.
9. Fermo restando quanto previsto dall'art. 19, comma 2, i pediatri iscritti negli elenchi possono svolgere attività di libera professione strutturata nei confronti dei propri assistiti per le categorie di prestazioni di seguito specificate:
  - a) prestazioni non comprese nei compiti e nelle attività previsti dagli articoli 29 e 44, del presente Accordo;
  - b) prestazioni professionali, anche comportanti l'impiego di supporti tecnologici e strumentali, diagnostici e terapeutici, non esplicitamente previste fra le prestazioni

aggiuntive di cui all'allegato B o fra quelle retribuite in base a percorsi assistenziali previsti da Accordi regionali od aziendali stipulati con i sindacati di cui all'art. 22 commi 10 e 11;

c) prestazioni richieste e prestate nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive;

d) prestazioni concernenti discipline cliniche predeterminate dall'interessato e delle quali l'assistito sia portato preventivamente a conoscenza.

L'attività specialistica non pediatrica eventualmente svolta dal pediatra nei confronti dei propri assistiti non può essere considerata libera professione se inquadrabile nelle normali visite ambulatoriali anche se mirata a particolari organi od apparati.

10. Il pediatra che non intenda esercitare attività aggiuntive non obbligatorie previste da Accordi regionali o aziendali, sulla base di quanto previsto dall'art. 14, non può esercitare le stesse attività in regime libero-professionale nei confronti dei propri assistiti, pena l'applicazione dell'art. 19 comma 2 del presente Accordo.

11. Ai fini di quanto previsto dal precedente comma 10, l'Azienda richiede al pediatra, all'atto dell'avvio delle progettualità di cui all'articolo 14, idonea dichiarazione di disponibilità allo svolgimento delle attività aggiuntive previste dagli specifici progetti assistenziali avviati.

12. Ai pediatri che non esercitano attività libero professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti è riconosciuto il diritto di accesso preferenziale agli istituti normativi incentivati previsti dal presente Accordo.

13. Nell'ambito dell'attività libero professionale il pediatra di libera scelta può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'art. 9 del D.Lgs. n. 502/92 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

14. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione del presente articolo, secondo quanto disposto dall'art. 14.

## **ART. 58 – TRATTAMENTO ECONOMICO.**

---

1. In attuazione di quanto previsto all'art. 9 del presente Accordo, tenuto conto che il distretto deve assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie (art. 3 quater del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni), ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra il pediatra di libera scelta, i medici di assistenza primaria, i servizi di continuità assistenziale ed i presidi specialistici ambulatoriali, nonché con le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate (art. 3-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni) e che il "Programma delle attività territoriali" comprende, come previsto dall'art. 3-quater del D.L.vo n. 502/92, e successive modifiche, anche l'erogazione della pediatria di libera scelta e specifica le prestazioni ed attività di competenza della stessa risultanti dal presente Accordo e dagli accordi regionali ed aziendali, il trattamento economico dei medici pediatri convenzionati, secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 1, lett. d), del suddetto decreto legislativo, si articola in:

- a) quota capitaria per assistito ponderata, per quanto stabilito dall'art. 8, negoziata a livello nazionale;
- b) quota variabile finalizzata al raggiungimento di percorsi ed obiettivi concordati e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, compresi la medicina associata, l'indennità di collaborazione informatica, l'indennità di collaborazione di studio medico, l'indennità di personale infermieristico;
- c) quota per servizi calcolata in base al tipo ed ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza domiciliare e ambulatoriale al cronico, vaccinazioni, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

Gli accordi regionali, possono definire eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalle cure primarie ed a queste complementari.

Gli accordi regionali devono essere stipulati nei modi e nei tempi previsti dagli artt. 4 e 10 del presente Accordo.

### **A – QUOTA CAPITARIA.**

1. Ai pediatri di libera scelta incaricati dei compiti di assistenza primaria è corrisposto, dal mese successivo all'entrata in vigore del presente accordo, per ciascun assistito in carico, un compenso forfetario annuo di Euro 79,17.

2. Dal mese successivo all'entrata in vigore del presente accordo, esauendosi l'incremento della quota capitaria legata all'anzianità di specializzazione del pediatra, questo è trasformato, limitatamente ai pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato all'entrata in vigore del presente Accordo, in assegno individuale non riassorbibile.

L'importo di tale assegno è determinato dalla moltiplicazione del numero totale degli assistiti in carico per il valore tabellare definito dall'incrocio tra l'anzianità di specializzazione maturata del medico e la fascia determinata dal numero di assistiti in carico, secondo la seguente tabella:

<b>Ad personam</b>	<b>OLTRE 2 FINO A 9 ANNI</b>	<b>OLTRE 9 FINO A 16 ANNI</b>	<b>OLTRE 16 FINO A 22 ANNI</b>	<b>OLTRE 22 ANNI</b>
<b>fino a 250 assistiti</b>	<b>26,16</b>	<b>30,10</b>	<b>34,03</b>	<b>37,96</b>
<b>fino a 275</b>	<b>21,97</b>	<b>25,91</b>	<b>29,84</b>	<b>33,78</b>
<b>fino a 300</b>	<b>19,71</b>	<b>23,65</b>	<b>27,59</b>	<b>31,52</b>
<b>fino a 325</b>	<b>18,32</b>	<b>22,26</b>	<b>26,19</b>	<b>30,13</b>
<b>fino a 350</b>	<b>16,65</b>	<b>20,59</b>	<b>24,52</b>	<b>28,45</b>
<b>fino a 375</b>	<b>15,64</b>	<b>19,58</b>	<b>23,52</b>	<b>27,45</b>
<b>fino a 400</b>	<b>14,35</b>	<b>18,29</b>	<b>22,22</b>	<b>26,16</b>
<b>fino a 425</b>	<b>13,60</b>	<b>17,54</b>	<b>21,47</b>	<b>25,41</b>
<b>fino a 450</b>	<b>12,56</b>	<b>16,50</b>	<b>20,43</b>	<b>24,37</b>
<b>fino a 475</b>	<b>11,98</b>	<b>15,92</b>	<b>19,86</b>	<b>23,79</b>
<b>fino a 500</b>	<b>10,89</b>	<b>14,83</b>	<b>18,77</b>	<b>22,70</b>
<b>fino a 525</b>	<b>9,86</b>	<b>13,80</b>	<b>17,73</b>	<b>21,66</b>
<b>fino a 550</b>	<b>8,91</b>	<b>12,85</b>	<b>16,79</b>	<b>20,72</b>
<b>fino a 575</b>	<b>8,05</b>	<b>11,99</b>	<b>15,93</b>	<b>19,86</b>
<b>fino a 600</b>	<b>7,27</b>	<b>11,20</b>	<b>15,14</b>	<b>19,07</b>
<b>fino a 625</b>	<b>6,54</b>	<b>10,48</b>	<b>14,41</b>	<b>18,35</b>
<b>fino a 650</b>	<b>5,87</b>	<b>9,81</b>	<b>13,74</b>	<b>17,68</b>
<b>fino a 675</b>	<b>5,25</b>	<b>9,19</b>	<b>13,12</b>	<b>17,06</b>
<b>fino a 700</b>	<b>4,67</b>	<b>8,61</b>	<b>12,55</b>	<b>16,48</b>
<b>oltre 700</b>	<b>4,14</b>	<b>8,07</b>	<b>12,01</b>	<b>15,94</b>

3. I Medici di cui al precedente comma hanno diritto, fino alla cessazione del rapporto convenzionale, ed anche in caso di trasferimento, all'assegno individuale, così come determinatosi al 31.12.2005, calcolato in base al carico assistenziale ed all'anzianità di specializzazione maturata nel secondo semestre 2005;

4. Con decorrenza dal 1 gennaio 2004 è istituito, in ogni ASL, il fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, non riassorbibile, pari a 2,03 euro annue per ogni assistito. Tale fondo è aumentato di 0,55 euro annue dal 31.12.2004 e di euro 0,50 annue dal 31.12.2005, derivanti dal 50% degli aumenti contrattuali determinati all'articolo 9 della prima parte del presente accordo;

5. Questo fondo si arricchirà anche con gli assegni individuali resisi nel tempo disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale di singoli medici;

6. Dal 1.1.2004 tutti i pediatri di libera scelta convenzionati a tempo indeterminato ai sensi del presente accordo partecipano al riparto del fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, mediante attribuzione di una quota capitaria definita dagli accordi regionali

7. Per il 2004 e fino alla definizione dei nuovi accordi regionali a ciascun medico già titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato è riconosciuta una quota capitaria di ponderazione pari a 2,03 Euro annue per assistito fino al 31 dicembre 2004, pari a 2,58 Euro annue dal 1.1.2005 e pari a 3,08 Euro annue dal 1.1.2006;

8. A ciascun pediatra di libera scelta che assume l'incarico convenzionale a tempo indeterminato dopo l'entrata in vigore del presente accordo, spetta per le prime 250 scelte, una quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso, pari a €. 24,00 quale sostegno all'attività. Nulla è dovuto a titolo di quota di ingresso per le scelte oltre la duecentocinquantesima. I medici con un carico assistenziale inferiore alle

ducentocinquanta scelte, titolari a tempo indeterminato alla entrata in vigore del presente accordo possono, alla data del 31.12.2005, optare per il trattamento previsto per i nuovi inseriti qualora questo fosse loro più favorevole;

9. Per ciascun assistito che non abbia compiuto il sesto anno di età, in ragione del maggior carico di lavoro connesso all'attività nell'ambito dei progetti per la salute dell'infanzia, dal mese successivo all'entrata in vigore del presente accordo, sarà corrisposto un compenso aggiuntivo quale parte integrante della quota capitarla di euro 12 ( dodici ).

10. In attesa degli accordi regionali, sono fatte salve le disposizioni regionali sullo sviluppo dei bilanci di salute e delle azioni integrative quali la compilazione di libretti sanitari pediatrici, screening, prestazioni integrative ecc... e relativi compensi, ricomprese nei progetti di prevenzione tuttora vigenti.

## **B – QUOTA VARIABILE FINALIZZATA AL RAGGIUNGIMENTO DI OBIETTIVI E DI STANDARD EROGATIVI ED ORGANIZZATIVI.**

1. A decorrere dal 01.01.2005, le quote già destinate ai pediatri di libera scelta per l'incentivazione di

- a) attività in forma associative
- b) collaborazione informatica
- c) collaboratore di studio
- d) personale infermieristico

costituiscono il fondo a riparto di cui all'art. 45, quantificato in ogni Regione sulla base di € 2,09 per assistito/anno.

2. In ciascuna Regione il fondo di cui al comma precedente deve essere incrementato dell'ammontare delle risorse già impiegate per integrare i tetti previsti nel DPR 272/2000, per effetto degli Accordi Regionali vigenti, in tema di

- a) attività in forma associative
- b) collaboratore di studio
- c) personale infermieristico

3. Il fondo di cui all'art. 45 è aumentato di euro 2.07 per assistito/anno dal 1.1.2005;

4. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 45, come integrato dai precedenti commi 2 e 3, ai medici che svolgono la propria attività in forma di pediatria di gruppo, a partire dal 01.01.2005, è corrisposto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico nella misura di Euro 9,00; ai pediatri di libera scelta che svolgono la propria attività sotto forma di pediatria in associazione è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico nella misura di Euro 8,00

5. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 45 ai pediatri di libera scelta, individuati dalla Regione, che utilizzano un collaboratore di studio assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali, è corrisposta, per un utilizzo minimo di 10 ore settimanali, a partire dal 01.01.2005, un'indennità annua nella misura di Euro 10,00 per assistito in carico.

6. In attesa della stipula dei nuovi accordi regionali, con risorse attinte al fondo di cui all'art. 45 come integrato dai precedenti commi 2 e 3, ai pediatri di libera scelta, individuati dalla Regione, che utilizzano un infermiere professionale assunto secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria, fornito da società, cooperative o associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali, per un utilizzo minimo di 10 ore settimanali, è corrisposta, a partire dal 01.01.2005, un'indennità annua nella misura di Euro 7,50 per assistito in carico.

7. I compensi relativi alla pediatria di gruppo, alla pediatria in associazione e le indennità relative al personale di studio e all'infermiere professionale sono corrisposti nella misura e nei tempi di cui ai commi 4, 5 e 6 quando nella Regione non siano state superate le rispettive percentuali, da calcolarsi sugli assistiti dai pediatri della Regione, nella seguente misura:

- il 10 % per la pediatria di gruppo;
- il 23 % per la pediatria in associazione;
- il 12 % per il collaboratore di studio;
- il 3 % per l'infermiere professionale.

8. Nel caso in cui, alla data di entrata in vigore del presente Accordo, la percentuale di una o più delle voci di spesa di cui ai commi 4, 5 e 6 sia superiore a quella prevista nel precedente comma 7, le risorse complessivamente impegnate continuano ad essere utilizzate secondo quanto previsto dagli Accordi regionali in vigore e continua ad essere riconosciuto ai medici interessati quanto previsto da tali accordi regionali o dal DPR 272/2000.

9. La maggiore spesa derivante dal superamento di una o più delle percentuali di cui al comma 7 è compensata dalla eventuale disponibilità di risorse derivante dalla sottoutilizzazione, in relazione alle percentuali di cui al comma 7, di altri istituti tra quelli di cui ai precedenti commi 4, 5 e 6. In tal caso i compensi e le indennità sono corrisposti nella misura e nei tempi previsti ai commi 4, 5 e 6 sia per gli istituti oggetto di compensazione che per quelli che non hanno superato le relative percentuali.

10. Dalla entrata in vigore del presente Accordo tutti i pediatri di libera scelta devono garantire, dal momento dell'assunzione dell'incarico, nel proprio studio e mediante apparecchiature e programmi informatici, la gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche. Le apparecchiature di cui sopra devono essere idonee ad eventuali collegamenti con il centro unico di prenotazione e devono consentire l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica di qualità dell'assistenza. Per questo e fino alla stipula degli accordi regionali, con le risorse già a questo destinate, con la corrispondente riduzione della quota capitarla (lett A comma 1 articolo 58) è corrisposta un'indennità forfetaria mensile di Euro 77,47.

11. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato al momento della entrata in vigore del presente Accordo devono adempiere all'obbligo di cui al precedente comma 10 nei tempi di seguito indicati:

- a) fino a 10 anni di anzianità di specializzazione, al 1 Gennaio 2004, entro 1 anno dall'entrata in vigore del presente accordo;
- b) da 10 a 20 anni di anzianità di specializzazione, al 1 Gennaio 2004, entro 3 anni dall'entrata in vigore del presente accordo;
- c) da 20 a 30 anni di anzianità di specializzazione, al 1 Gennaio 2004, entro 5 anni dall'entrata in vigore del presente accordo.

12. Salvo diversi Accordi regionali, sono esentati dall'obbligo i medici che hanno maturato 30 o più anni di anzianità di specializzazione, dalla data in vigore del presente accordo.

13. La indennità per il collaboratore di studio e/o per l'infermiere professionale è riconosciuta a ciascun medico, anche se operante in forma associata. I relativi contratti di lavoro, salvo diversi accordi regionali, sono stipulati in rapporto ad un impegno orario minimo, per ogni singolo medico, come definito dalla normativa in vigore e fatte salve differenti determinazioni assunte nell'ambito degli accordi regionali. Inoltre, salvo diverse determinazioni regionali, gli assistiti dei pediatri operanti in forma associata, non sono computati nei tetti stabiliti per l'incentivazione del personale di studio e del personale infermieristico.

14. In attesa o in mancanza della stipula dei nuovi accordi regionali, ciascuna regione dispone, dal 1.1.2004, di ulteriori fondi, derivanti dal 50% degli aumenti contrattuali determinati all'articolo 9 del presente accordo, di euro 2,03 annui per assistito, eventualmente integrato con le risorse di cui ai punti antecedenti, non utilizzate nell'anno solare precedente. Tale fondo è aumentato di 0,55 euro annui dal 31.12.2004 e di euro 0,50 annui dal 31.12.2005.

15. Tali fondi costituiscono una quota capitaria regionale, distribuita dal 1.1.2004 a tutti i medici, ogni mese in ragione di un dodicesimo delle quote previste al precedente comma finalizzata al governo clinico. Successivamente alla stipula dei nuovi accordi regionali ed in base a quanto dagli stessi stabilito, questa quota è ripartita fra i medici secondo gli apporti individuali.

16. Gli obiettivi da raggiungere da parte dei pediatri di libera scelta sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e Organizzazioni sindacali rappresentative, sulla base di quanto stabilito a livello di accordo regionale.

17. I progetti devono essere realizzati tenendo conto del contesto di riferimento sociale epidemiologico, economico finanziario, e dei livelli di responsabilità del consumo delle risorse.

18. I progetti devono prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualità, al fine di poter valutare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dai diversi medici aderenti.

**C – QUOTA VARIABILE PER COMPENSI SERVIZI CALCOLATA IN BASE AL TIPO ED AI VOLUMI DI PRESTAZIONE, CONCORDATA A LIVELLO REGIONALE E/O AZIENDALE,** comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza domiciliare e ambulatoriale al cronico, vaccinazioni, prestazioni informatiche, possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

1. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, ai medici pediatri spetta il compenso per le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato B ed al relativo nomenclatore tariffario.

2. Sono fatti salvi i vigenti accordi regionali in tema di rivalutazione delle tariffe per prestazioni previste dal D.P.R. 272 del 2000

3. In attesa della stipula dei nuovi Accordi regionali, ai pediatri di libera scelta sono corrisposti compensi per le prestazioni di assistenza domiciliare e ambulatoriale al cronico di cui all' art. 51 e dei rispettivi allegati, e secondo quanto stabilito dagli accordi regionali. L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui

sopra è definita annualmente dalle Regioni tenendo conto degli obiettivi da raggiungere fissati dai Piani Sanitari Regionali e degli obiettivi effettivamente raggiunti, previo Accordo regionale.

#### **D – ACCORDI REGIONALI ED AZIENDALI.**

1. Per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, spetta ai pediatri di libera scelta un compenso accessorio annuo nella misura e con le modalità concordate nell'ambito degli Accordi regionali.

2. E' fatto salvo il diritto dei pediatri, che alla data di pubblicazione del presente accordo operano in zone disagiate, di mantenere, quale compenso accessorio, il contributo mensile pattuito a livello regionale.

3. Gli Accordi regionali possono prevedere lo svolgimento di ulteriori attività, l'erogazione di specifiche prestazioni, compreso il possesso di specifici requisiti di qualità, e i relativi compensi.

#### **E – ARRETRATI TRIENNIO 2001-2003.**

Le Regioni liquidano a ciascun medico a titolo di arretrati per il triennio 2001-2003 entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo, l'ammontare risultante:

- a) dal compenso lordo di 0,149 euro, comprensivo della quota Enpam a carico del medico, moltiplicato per il numero degli assistiti in carico per ciascun mese, per il 2001;
- b) dal compenso lordo di 0,149 euro, comprensivo della quota Enpam a carico del medico, moltiplicato per il numero degli assistiti in carico per ciascun mese, per il 2002;
- c) dal compenso lordo di 0,209 euro, comprensivo della quota Enpam a carico del medico, moltiplicato per il numero degli assistiti in carico per ciascun mese, per il 2003.

#### **F – MODALITÀ DI PAGAMENTO.**

1. I compensi di cui alla lettera A), sono corrisposti mensilmente in dodicesimi e sono versati, mensilmente, entro la fine del mese successivo quello di competenza.

2. I compensi di cui alle lettere B) e C) sono versati mensilmente entro la fine del secondo mese successivo a quello di competenza.

3. Ai fini della correntezza del pagamento dei compensi ai pediatri di libera scelta si applicano le disposizioni previste per il personale dipendente dalle Aziende.

**ART. 59 - CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E PER L'ASSICURAZIONE DI MALATTIA.**

---

1. Per i pediatri iscritti negli elenchi della pediatria di famiglia viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui all'art. 9, comma 2, punto 6 della legge 29 giugno 1977, n. 349, pari al 15% di tutti i compensi previsti dal presente accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli Accordi regionali o aziendali e delle Province autonome di Trento e Bolzano, di cui il 9,375% a carico dell'Azienda e il 5,625% a carico del pediatra.
2. L'aliquota di cui al precedente comma 1 decorre dal 1.1.2004.
3. I contributi devono essere versati all'ente gestore del fondo di previdenza trimestralmente, con l'indicazione dei pediatri a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 giorni successivi alla scadenza del trimestre.
4. Per far fronte al pregiudizio derivante dagli eventi di malattia è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,30% (zero virgola trenta per cento) dei compensi relativi all'art. 58, lett. A comma 1 e 9, da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.
5. Con le stesse cadenze del contributo previdenziale di cui al comma 1, le Aziende versano all'E.N.P.A.M. il contributo per l'assicurazione di malattia affinché provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'Accordo avranno provveduto a stipulare entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, a stipulare apposito contratto di assicurazione mediante procedura negoziale aperta ad evidenza pubblica.

**ART. 60 - RAPPORTI TRA IL PEDIATRA CONVENZIONATO E LA DIRIGENZA SANITARIA DELL'AZIENDA.**

---

1. Ai fini del corretto rapporto tra i pediatri di libera scelta e le Aziende sanitarie locali in merito al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari, ed al rispetto delle norme in essi contenute, le Regioni individuano, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda, i servizi e le figure dirigenziali preposte.

2. I pediatri convenzionati sono tenuti a collaborare con le suddette strutture dirigenziali in relazione a quanto previsto e disciplinato dal presente Accordo.

**ART. 61 – ATTIVITÀ TERRITORIALI PROGRAMMATE.**

1. Per lo svolgimento di attività normalmente di prevenzione e profilassi a livello di comunità, indagini epidemiologiche ed educazione sanitaria, l'Azienda può attribuire ulteriori attività a tempo determinato, non superiori ad un anno, a pediatri inseriti negli elenchi dei pediatri di libera scelta della Azienda medesima ed espressamente rinnovabili.
2. Il servizio può essere attivato, su richiesta del coordinatore del distretto anche per servizi di coordinamento di progetti distrettuali per la pediatria di libera scelta, coordinamento di studi epidemiologici, collaborazione per le attività limitate al settore delle attività pediatriche, direzione di dipartimenti materno infantili. L'attività può essere affidata a tutti i pediatri iscritti negli elenchi che ne facciano richiesta.
3. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dei commi successivi, secondo quanto disposto dall'art. 14 del presente Accordo.

### **NORMA FINALE N. 1**

1. I pediatri che alla data di entrata in vigore del presente accordo risultano iscritti negli elenchi dei pediatri di libera scelta delle Aziende sono confermati nel rapporto convenzionale, fatti salvi l'applicazione delle norme in materia di incompatibilità e il possesso dei requisiti prescritti.

### **NORMA FINALE N. 2**

Le Regioni ed Organizzazioni Sindacali nazionali firmatarie del presente accordo nelle proprie articolazioni regionali sono tenute alla sottoscrizione ed all'osservanza dell'Accordo regionale stipulato ai sensi dell'art. 10, comma 3. Nel caso in cui una delle parti, Regione od Organizzazioni sindacali regionali, non recepisca il suddetto Accordo, si applicano le disposizioni seguenti:

a) in caso di non recepimento ed applicazione da parte della Regione interessata, gli aumenti previsti dall'art. 58, lett. B, continuano ad essere erogati ai medici secondo quanto previsto dal comma 8, lett. B del medesimo articolo;

b) in caso di non sottoscrizione da parte delle Organizzazioni sindacali interessate gli aumenti previsti dall'art. 58, lett. B sono congelati in un fondo vincolato non alienabile e saranno erogati alla sottoscrizione dell'Accordo di cui all'art. 10, comma 3 oppure alla stipula degli Accordi regionali.

### **NORMA FINALE N. 3**

Per l'anno 2004 la retribuzione dei pediatri di famiglia calcolata secondo l'art. 41 del DPR 272/2000. A titolo di arretrato a ciascun pediatra sono corrisposte le quote di cui al punto A comma 7 e al punto B comma 5 dell'art. 58, per un totale di quota per assistito anno di euro 4,06 come definito all'art. 9.

L'arretrato sarà calcolato moltiplicando il numero degli assistiti in carico al pediatra in ciascun mese per Euro 0,34.

Le scadenze per la corresponsione degli arretrati dovranno coincidere con quelle di cui al punto E dell'art. 58, nella misura di un terzo per rata.

### **NORMA FINALE N. 4**

Con riferimento alla previsione di eleggere il proprio domicilio nella zona assegnata il pediatra di famiglia già convenzionato alla data di entrata in vigore del presente accordo è sollevato dall'obbligo della residenza previsto dal precedente contratto collettivo.

### **NORMA FINALE N. 5**

Fermo restando il disposto di cui all'art. 1, comma 16 del d.l. n. 324 del 1993, convertito nella legge 27 ottobre 1993 n. 423 il medico è reinserito negli elenchi qualora non si trovi in una delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 17 del presente accordo.

### **NORMA FINALE N. 6**

Ove nel testo del presente accordo si sia riferimento alla dizione pediatra o pediatra di libera scelta questa è da intendersi al pediatra di famiglia.

#### **NORMA TRANSITORIA N. 1**

1. Premesso che l'art. 15-nonies, comma 3, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, dispone che in sede di rinnovo delle convenzioni nazionali siano stabiliti tempi e modalità di attuazione per l'applicazione di quanto sancito al comma 1 dell'articolo medesimo, e che il Decreto Legislativo n. 254 del 28 luglio 2000, all'art. 6 sospende l'efficacia di tali disposizioni fino all'attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della commissione che dovrà essere istituita con decreto del Ministro alla salute, fino a quando non entrerà in vigore il limite di età stabilito dall'art. 19, comma 1, lettera a) del presente Accordo Collettivo Nazionale, continua ad applicarsi l'art. 6, comma 1, lettera a) del DPR n. 613/96, con esclusione dell'ulteriore beneficio previsto dall'art. 16 del Decreto Legislativo 30.12.1992 n. 503.

#### **NORMA TRANSITORIA N. 2**

1. In sede di prima applicazione, a seguito dell'entrata in vigore del presente Accordo, è prorogata fino al 31.12.2006, la validità della graduatoria regionale approvata nell'anno 2005, avente validità fino al 30.6.2006.

#### **NORMA TRANSITORIA N. 3**

1. I procedimenti disciplinari pendenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo e fino alla costituzione del collegio di cui all'art. 30 del presente Accordo, vengono definiti secondo i criteri e le procedure previste dal DPR 272/2000.

#### **NORMA TRANSITORIA N. 4**

1. Gli Accordi regionali ed aziendali stipulati ai sensi del DPR 272/2000, vigenti alla data di entrata in vigore del presente Accordo, conservano i loro effetti giuridici ed economici fino alla durata da essi prevista o fino all'entrata in vigore dei successivi Accordi regionali ed Aziendali.

#### **NORMA TRANSITORIA N. 5**

1. Il termine di tre anni di cui all'art. 19, comma 3, decorre dalla data di entrata in vigore del presente Accordo.

#### **NORMA TRANSITORIA N. 6**

Con intese tra le parti firmatarie del presente Accordo e l'ENPAM sono definite, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, le previsioni di adeguamento del contributo previdenziale di cui all'art. 59 per gli anni successivi.

**DICHIARAZIONE CONGIUNTA**

Le parti si impegnano a monitorare gli effetti dell'assegno ad personam introdotto quale meccanismo di superamento degli incrementi automatici del compenso correlati all'anzianità di laurea ai fini di un suo eventuale perfezionamento nel successivo Accordo Nazionale.

## **ALLEGATI ALLEGATI.**

Allegato A Domanda di partecipazione alla graduatoria regionale di PdF

Allegato B Prestazioni aggiuntive

Allegato C Procedure tecniche per l'applicazione del rapporto ottimale

Allegato D Scheda di accesso in ospedale

Allegato E Assistenza domiciliare ai bambini con patologia cronica

Allegato E bis Assistenza ambulatoriale ai bambini con patologia cronica

Allegato F Regolazione dei rapporti economici tra pediatra titolare e pediatra sostituto

Allegato G Incentivazione per insediamento in zone disagiate

Allegato H Certificazioni sportive

Allegato I Dichiarazione informativa

Allegato L Progetto Salute Infanzia

**ALL. A)**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI  
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER IL PERIODO:**

Alla Regione

**Marca da  
bollo**

*Il* \_\_\_\_\_ *sottoscritto*  
*Dott.* \_\_\_\_\_

Nato \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ di  
residenza \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ n. Tel. \_\_\_\_\_

*CHIEDE*

di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo:

*ACCLUDE*

N..... *dichiarazioni sostitutive di certificazione ( autocertificazione )*

N..... dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio

N..... certificati

Data.....

Firma.....

CAPITOLO 2

CAPITOLO 3

CAPITOLO 4

CAPITOLO 5 FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DI  
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER IL PERIODO:

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**Esente da  
Imposta di bollo**

Il sottoscritto Dott.      Cognome..... Nome.....

C.F. ....

ai sensi e agli effetti dell' art. 4 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 come modificato e integrato dall'art. 2 del D.P.R. n. 403 del 20 ottobre 1998 recante il regolamento di attuazione degli articoli 1, 2 e 3 della legge 15 maggio 1997, n. 127, in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative

**DICHIARA**

**DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO**

1. Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art. 8 – comma 1 – del decreto legislativo 502/92 e 517/93 compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto ( 0.20 punti per mese di attività );

dal..... al.....

presso.....

dal..... al.....

presso.....

dal..... al.....

presso.....

2. Attività di sostituzione per attività sindacale ( 0.20 per mese di attività );

dal.....al.....medico\* .....A.S.L.....

....

dal.....al.....medico.....A.S.L.....

...

dal.....al.....medico.....A.S.L.....

...

---

\* inserire il nome del medico sostituito

3. Attività professionale svolta presso strutture sanitarie pubbliche (0.05 punti per mese di attività )  
dal.....  
al.....Struttura.....  
dal.....al.....Struttura.....  
...  
dal.....  
al.....Struttura.....
4. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva ( 0.10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività ) **\*\*\*\* vedi allegato A per la compilazione \*\*\*\***
5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle UU.SS.LL. ( 0.10 per mese )  
A.S.L..... dal..... al.....  
A.S.L..... dal..... al.....
6. Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 79, n. 38, della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n.430 ( 0.10 punti per mese di attività )  
dal.....  
al.....presso.....  
dal.....  
al.....presso.....  
dal.....  
al.....presso.....

**Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. ( 1 )**

Luogo e data..... ( 2 ) Firma del dichiarante.....

*( 1 ) Ai sensi dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 e successive modificazioni e integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

*( 2 ) Ai sensi dell'art. 2 – comma 11 – della legge 16 giugno 1998, n.191, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.*

***Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.***

*Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:*

- 1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo :*
  
- 2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;*
  
- 3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e , pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;*
  
- 4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ;*
  
- 5. L'art. 13 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;*
  
- 6. Titolare del trattamento dei dati è*



8. Di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione conseguito il..... presso.....

**Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. ( 1 )**

Data.....

Firma del dichiarante.....

**( Non soggetta ad autenticazione )**

*( 1 ) Ai sensi dell'art. 26 della Legge 4 Gennaio 1968, n. 15 e successive modificazioni e integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

## **CAPITOLO 7 AVVERTENZE ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE.**

I pediatri che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda ( 31 gennaio ) i seguenti requisiti :

- **Iscrizione all'Albo Professionale.**
  
- **Essere in possesso del diploma di specializzazione o attestato di libera docenza in una delle seguenti discipline:**
  1. pediatria;
  2. clinica pediatrica;
  3. pediatria e puericoltura;
  4. patologia clinica pediatrica;
  5. patologia neonatale;
  6. puericoltura;
  7. pediatria preventiva e sociale.

La domanda, in regola con le vigenti leggi in materia di imposta di bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano entro e non oltre **il 31 gennaio** alla Regione

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto dall'ufficio protocollo se consegnata a mano.

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre.

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

Il medico che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale valida per il periodo, deve dichiarare solo il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno nonché di eventuali titoli di servizio non presentati nella graduatoria valida per il periodo:.

ALLEGATO " A "

Dott.      Cognome.....  
          Nome.....

C. F.....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva.( 0.10 per mese ragguagliato a 96 ore mensili di attività )\*

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio	dal.....	al.....
ore.....		
Febbraio	dal.....	al.....
ore.....		
Marzo	dal.....	al.....
ore.....		
Aprile	dal.....	al.....
ore.....		
Maggio	dal.....	al.....
ore.....		
Giugno	dal.....	al.....
ore.....		
Luglio	dal.....	al.....
ore.....		
Agosto	dal.....	al.....
ore.....		
Settembre	dal.....	al.....
ore.....		
Ottobre	dal.....	al.....
ore.....		

---

\* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare una o più volte l'allegato " A ".

Novembre dal..... al.....  
ore.....

Dicembre dal..... al.....  
ore.....

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio dal..... al.....  
ore.....

Febbraio dal..... al.....  
ore.....

Marzo dal..... al.....  
ore.....

Aprile dal..... al.....  
ore.....

Maggio dal..... al.....  
ore.....

Giugno dal..... al.....  
ore.....

Luglio dal..... al.....  
ore.....

Agosto dal..... al.....  
ore.....

Settembre dal..... al.....  
ore.....

Ottobre dal..... al.....  
ore.....

Novembre dal..... al.....  
ore.....

Dicembre dal..... al.....  
ore.....

Firma.....

## PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai pediatri sono quelle elencate in calce al presente allegato B, nel nomenclatore tariffario.
2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite nello studio professionale del pediatra di famiglia o a domicilio dell'utente a seconda delle condizioni di salute del paziente.
3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al punto 1) lo studio professionale del medico deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'Azienda di esercitare i previsti controlli sull'idoneità dello studio professionale, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.
4. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il medico è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare nome, cognome, indirizzo e numero del libretto di iscrizione dell'assistito.  
Se la prestazione aggiuntiva è eseguita previa autorizzazione sanitaria dell'Azienda, alla distinta deve essere allegato l'originale dell'autorizzazione stessa sul quale il medico, per ogni singola prestazione eseguita, deve far apporre la firma dell'assistito che ne ha beneficiato o, in caso di impedimento, di chi ha assistito alla avvenuta prestazione.
5. Il mancato invio della distinta riepilogativa delle prestazioni entro il termine stabilito priva l'Ente erogatore della possibilità di esercitare tempestivamente i propri poteri di controllo.
6. Qualora il ritardo sia dovuto a causa di forza maggiore, il caso sarà esaminato ai fini del pagamento tra l'Ente erogatore e il sanitario interessato.
7. Al pediatra spettano i compensi omnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario. Fermo quanto previsto dall'art. 19, comma 2, nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito. I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al punto 4).
8. Le Regioni e le OO.SS. firmatarie, nelle proprie articolazioni regionali, si impegnano, al compimento del sesto mese successivo all'entrata in vigore del presente accordo, a verificare l'andamento degli oneri conseguenti alle prestazioni in oggetto e qualora riscontrino oneri aggiuntivi senza corrispondenti diminuzioni di spese per il medesimo titolo in altri settori si impegnano altresì ad un protocollo integrativo di revisione dell'istituto in oggetto.

**NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PROFESSIONALI AGGIUNTIVE****A) PRESTAZIONI TERAPEUTICHE**

dall'1/1/2001

1. Sutura di ferita superficiale.....	3,36
2. Rimozione di punti di sutura e medicazione.....	12,34
3. Fleboclisi(unica: eseguibile in caso di intervento di urgenza).....	12,34
4. Tamponamento nasale anteriore.....	5,63
5. Rimozione tappo di cerume.....	7,18

6. Rimozione di corpo estraneo .....	7,18
7. Prima medicazione (*).....	12,34
8. Medicazioni successive.....	6,15
9. Toilette di perionichia suppurata.....	12,34
10. Riduzione della pronazione dolorosa dell'ulna.....	10,23
11. Riduzione della sublussazione articolare scapolo-omeroale	15,91
12. Terapia iniettoria desensibilizzante (per seduta)....	9,24
13. Asportazione di verruche.....	8,68
14. Iniezione endovenosa.....	6,15
15. Trattamento provvisorio di frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo	
- piccoli segmenti.....	12,96
- grandi segmenti.....	17,25
16. Frenulectomia linguale .....	14,67
17. Cateterismo vescicale.....	9,09
18. Drenaggio di ascesso sottocutaneo . . . . .	37,18

**PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE SANITARIA**

19. Boel test . . . . .	21,43
20. Screening per l'ambliopia . . . . .	21,43

(\*) per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata. In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

**B) VACCINAZIONI**

Nell'ambito di programmi vaccinali concordati con Azienda o Regione.

**C) PRESTAZIONI DI TIPO DIAGNOSTICO DI NORMA ESEGUIBILI NELL'AMBITO DI ACCORDI REGIONALI**

1. Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del medico o della associazione di medici, di prestazioni aggiuntive retribuite, sia singole per il chiarimento del quesito diagnostico od il monitoraggio delle patologie, che programmate, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato, correlato alle attività previste dall'art. 14.

2. A titolo esemplificativo si individuano alcune prestazioni correlate alle attività di cui all'art. 14, comma 4:

1. Conta leucocitaria (con microscopio e camera di Burkner)
2. Esame microscopico urine ( con microscopio e camera di Burkner)
3. PCR
4. MicroVES
5. Agglutinine a frigore
6. Ricerca SBEGA
7. Prelievo di sangue capillare
8. Prelievo di sangue venoso
9. Prelievo microbiologico

10. Test alla luce di Wood
11. Prick test
12. Otoscopia pneumatica
13. Impedenzometria
14. Audiometria tonale
15. Scoliometria
16. Spirometria
17. Terapia aerosolica
18. Urine completo (stick)
19. Urinocultura
20. Emocromo
21. Colesterolo
22. Trigliceridi
23. IgE
24. Podoscopia
25. Test per cecità ai colori
26. Cover Test
27. Tavole optometriche
28. Riflesso rosso
29. Test rapido per influenza
30. Test rapido per rotavirus
31. Test rapido per adenovirus
32. Test rapido per mononucleosi infettiva
33. Pulsiossimetria
34. Ecg
35. Ecografia anche
36. Ecografia addome
37. Ecografia cute e sottocutaneo
38. Test di Denver
39. Screening per autismo (CHAT)
40. PICS-IV (diagnosi dei disturbi dirompenti del comportamento)
41. Attività collegata al DMS IV

## ALLEGATO C

### PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEL RAPPORTO OTTIMALE

1. Stabilito per determinazione della Regione l'ambito territoriale, ai fini dell'acquisizione delle scelte, nello stesso va applicato il cosiddetto rapporto ottimale.
2. Si procede in questo modo.
3. Si stabilisce quale è la popolazione 0-6 anni nell'ambito risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
4. A parte si prende l'elenco dei pediatri già operanti nell'ambito in questione.
6. Ad ogni medico viene attribuito un valore ai fini dell'applicazione del rapporto ottimale.
7. Esso sarà:
  - uguale a 600 per tutti coloro che usufruiscono della quota individuale o che hanno un massimale superiore a 600;
8. Fatta la somma di questi valori la si sottrae al numero degli abitanti valido al fine dell'applicazione del rapporto ottimale.
9. La zona è carente se il risultato della sottrazione comporta un numero superiore a 300 e si inserirà un medico per ogni 600 abitanti o frazione superiore a 300 in relazione al risultato della sottrazione.

10. Esempio

Ambito territoriale 52.000 abitanti; popolazione pediatrica 6.050 abitanti al fine dell'applicazione del rapporto ottimale abitanti 6.050.

Ambito territoriale 52.000 abitanti; popolazione pediatrica 6.050 abitanti.

Al fine del rapporto ottimale:

Popolazione pediatrica 6.050.

Medici inseriti nell'ambito:

2 a 1000 scelte di massimale  
valgono 600

1.200 ( 2 x 600)

6 a 800 scelte di massimale  
valgono 600

3.600 ( 3 x 600)

Totale

-----  
4.800

La zona è carente:  $6.050 - 4.800 = 1.250$

Devono essere inseriti 2 pediatri

**SCHEDA DI ACCESSO IN OSPEDALE**

Caro collega,  
invio in ospedale ....1..... Paziente signor

.....  
.....

1) Motivo del ricovero

.....  
.....

2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto

.....  
.....

3) Dati estratti dalla scheda sanitaria

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

.....  
.....

Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.

Ti segnalo l'opportunità che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata, in busta chiusa, un esauriente relazione clinica.

..... lì.....

Dott. ....

Recapito telefonico .....

**ASSISTENZA DOMICILIARE AI BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA**

**Art. 1 DEFINIZIONE**

1. L'Assistenza ai bambini con patologia cronica è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative , socio-assistenziali, rese al domicilio del bambino e orientate in maniera da poter garantire il raggiungimento di specifici obiettivi di benessere, secondo piani di assistenza individualizzati, definiti anche con la partecipazione di più figure professionali.

Consente altresì di garantire un effettivo supporto alle famiglie, attraverso interventi di natura assistenziale mirate anche ad evitare il ricovero del bambino o la sua istituzionalizzazione . Consente infine una presa in carico “globale del paziente” da parte dei servizi territoriali, attraverso la definizione di percorsi di cura e assistenza concordati con le Unità Operative Aziendali e mirati al superamento dei momenti “critici” per il bambino e per la famiglia.

2. L'Assistenza domiciliare a bambini con patologia cronica (adi; adp) di cui all'art. 51 lett. a) e b) è svolta assicurando al domicilio del paziente, con le modalità e le cadenze temporali definite nel programma concordato con il Responsabile di distretto per effettuare:

- ✓ monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;
- ✓ controllo dello sviluppo psicofisico del bambino;
- ✓ predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- ✓ indicazione ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;
- ✓ attivazione di un sistema di rilevazione che consenta la realizzazione di “ registri specifici per patologie” in modo da fornire dati oggettivi circa l'impatto epidemiologico della patologia nello specifico territorio ;
- ✓ individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o équipe socio sanitari che operano nella AUSL in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione , trattamento e riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso.

**Art.2 OBIETTIVI**

Gli obiettivi del Servizio sono:

1. Aumentare il livello di integrazione sociale del minore e della famiglia eliminando il rischio di istituzionalizzazione o riducendo lo stesso per i periodi strettamente necessari a garantire programmi riabilitativi.
2. Il contenimento delle complicanze invalidanti di tipo irreversibile .
3. La promozione della permanenza dei minori in famiglia.
4. La razionalizzazione degli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi in piccoli pazienti con riacutizzazione di patologie croniche.
5. L'avvio di interventi di dimissione protetta e/o ospedalizzazione domiciliare.

6. La riduzione ricoveri impropri nonché dell'utilizzo improprio dei servizi ospedalieri .
7. La creazione di reti di servizi tra loro fortemente integrati, afferenti al sistema sanitario e a quello socio-assistenziale di competenza comunale, in grado di assumere, anche mediante l'uso delle più moderne tecnologie, la responsabilità di gestire i problemi del bambino "fragile" .

### **Art. 3 DESTINATARI DELL'ASSISTENZA**

1. Fatta salva diversa determinazione regionale nell'ambito degli accordi decentrati, il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti da patologie di rilevante interesse sociale che di seguito sono elencate:

- ✓ asma grave;
- ✓ fibrosi cistica;
- ✓ malattie cromosomiche e o genetiche invalidanti;
- ✓ sindrome di down;
- ✓ cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico;
- ✓ artropatie con grave limitazione funzionale;
- ✓ artrite reumatoide giovanile;
- ✓ patologie oncoematologiche;
- ✓ cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;
- ✓ tetraplegia;
- ✓ autismo e altre psicosi;
- ✓ epilessie;
- ✓ immunodeficienza congenite ed acquisite;
- ✓ acquisita;
- ✓ diabete mellito;
- ✓ neonati a rischio di deficit neurosensoriali;
- ✓ bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori

### **Art.4 PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA**

1. Il servizio è attivato dal pediatra di concerto con il responsabile dell'assistenza sanitaria del Distretto di residenza del paziente anche su segnalazione di:
  - ✓ il responsabile dell'Unità Operativa ospedaliera all'atto della dimissione;
  - ✓ servizi sociali;
  - ✓ familiari del paziente.
2. Per ogni singolo paziente il pediatra propone un programma articolato di interventi socio sanitari. Tale programma deve essere concordato con il Responsabile del Distretto e dovrà contenere anche gli interventi demandati, per competenza, ad altri operatori della Azienda, nonché i momenti di verifica degli interventi stessi.

3. Il dirigente del Distretto comunica l'ingresso in assistenza integrata del paziente entro 48 ore.
4. Il pediatra di libera scelta, nell'ambito degli interventi assistenziali :
  - ✓ ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
  - ✓ assicura gli interventi ambulatoriali e domiciliari ai pazienti destinatari dell'intervento, con le modalità e le cadenze previste dal programma concordato;
  - ✓ tiene la scheda degli accessi fornita dall'Azienda presso il domicilio del paziente sulla quale vengono riportati gli interventi.
5. Previo Accordo con il Dirigente del distretto:
  - ✓ attiva le eventuali consulenze specialistiche;
  - ✓ attiva gli interventi infermieristici, riabilitativi e sociali programmati;
  - ✓ coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

#### **Art.5 COMPENSO ECONOMICO**

1. Al pediatra oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso omnicomprensivo a quota variabile di £. 18,90, per ogni accesso domiciliare, per bambino con patologia cronica.
2. La liquidazione deve avvenire entro il secondo mese successivo al termine del programma, che viene definito con durata massima annuale. La documentazione degli interventi eseguiti è presentata all'Azienda secondo le modalità e i tempi concordati a livello regionale.
3. I compensi di cui al comma 1) possono essere incrementati a seguito di specifici accordi aziendali che tengono conto del raggiungimento di predefiniti obiettivi relativi alle patologie di cui al presente allegato.

#### **Art. 6 DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO**

1. Presso ogni Distretto, è curata la tenuta di un fascicolo per ciascun medico pediatra che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti e modelli per l'assistenza domiciliare in ordine alfabetico.

#### **Art. 7 VERIFICHE**

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio dell'Azienda e i responsabili distrettuali delle attività sanitarie, possono in ogni momento verificare l'effettiva erogazione delle prestazioni previste nei programmi di assistenza.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in Accordo con il medico pediatra.
3. L'assistenza può essere non attivata o sospesa, motivatamente, sia dal medico pediatra che dall'Azienda, salvaguardando comunque le esigenze socio sanitarie del paziente.

## **Art. 8 INTESE DECENTRATE**

1. E' demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente allegato

## **ALLEGATO E bis**

### **ASSISTENZA AMBULATORIALE A BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA**

#### **Art. 1**

L'Assistenza ambulatoriale a bambini con patologia cronica (aap) di cui all'art. 51 comma 1, lettera c), è svolta assicurando presso l'ambulatorio del pediatra dei controlli clinici periodici: settimanali o quindicinali o mensili o a scadenze temporali definite in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

- ✓ Monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;
- ✓ Controllo dello sviluppo psicofisico del bambino;
- ✓ Predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- ✓ Indicazione ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;
- ✓ Attivazione di un sistema di rilevazione che consenta la realizzazione di "registri specifici per patologie" in modo da fornire dati oggettivi circa l'impatto epidemiologico della patologia nello specifico territorio ;
- ✓ Individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o équipe socio sanitari che operano nella AUSL in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione , trattamento e riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso

#### **Art. 2**

Attivazione del servizio Ambulatoriale

1. Fatta salva diversa determinazione regionale nell'ambito degli accordi decentrati, il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti da patologie di rilevante interesse sociale che di seguito sono elencate:

- ✓ Allergie gravi
- ✓ Asma
- ✓ Fibrosi cistica
- ✓ Malattia celiaca
- ✓ Malattie cromosomiche e o genetiche
- ✓ Sindrome di down
- ✓ Cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
- ✓ Gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione
- ✓ Artrite reumatoide giovanile
- ✓ Patologie oncoematologiche
- ✓ Cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi
- ✓ Tetraplegici
- ✓ Disturbi del comportamento
- ✓ Epilessie
- ✓ Immunodeficienza congenita e acquisita
- ✓ Diabete mellito
- ✓ Neonati a rischio di deficit neurosensoriali ( secondo il percorso allegato)

- ✓ Bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori.

### **Art.3**

Le Regioni, nell'ambito degli accordi decentrati definiscono le procedure per l'attivazione dell'assistenza, i compensi economici e le modalità di pagamento. Di seguito si fornisce un esempio di modalità organizzative:

1. La segnalazione del caso abbisognevole di assistenza ambulatoriale può essere effettuata dal pediatra di famiglia, dai competenti servizi sanitari e sociali e dalle famiglie.
2. L'esame del programma da parte del medico dell'Azienda deve avvenire entro 7 giorni dalla segnalazione effettuata secondo le modalità di cui sopra al Distretto competente per territorio riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine innanzi indicato, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.
3. Al pediatra oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso onnicomprensivo nella misura di regola ammontante a € 18,90 per accesso.
4. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le scadenze previste dal programma concordato.
5. In caso di ricovero ospedaliero in strutture sanitarie o sociali al fine di garantire la continuità assistenziale e l'auspicata integrazione funzionale tra la rete di assistenza territoriale e la struttura di ricovero, per ogni accesso, al pediatra verrà corrisposto il compenso previsto nel comma 1. del presente articolo.
6. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.
7. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che deve sempre essere documentata alla Azienda nei tempi previsti.

**REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA PEDIATRA TITOLARE  
E PEDIATRA SOSTITUTO NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA.**

1. Fermi gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 36, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto dell'uso delle attrezzature e delle altre spese oltre che della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
2. L'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, sulla base di quanto previsto dal precedente comma 1, nella misura del 55% del compenso di cui alla lettera A, commi 1 e 9 dell'articolo 58 del presente Accordo. Al medico sostituito viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.
3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore mobilità, i compensi di cui al comma 2 spettano, per i primi 30 giorni, integralmente al medico sostituto se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.
4. Ai medici sostituiti spettano i compensi previsti dall'art. 58, lett. C, comma 1 e 2 per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione.
5. Qualora il pediatra intenda avvalersi della collaborazione professionale di medici con compenso orario, tale compenso è pari a quello previsto per le attività orarie di continuità assistenziale aumentato del 50% se il sostituto è specialista in pediatria o disciplina equipollente
6. Qualora il medico sostituto non sia in possesso del titolo di specializzazione in pediatria, i rapporti economici di cui al presente articolo verranno regolati secondo le norme previste dall'Accordo della Medicina Generale. Al medico sostituito viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti

**INCENTIVAZIONE PER INSEDIAMENTO IN ZONE DISAGIATE.**

1. Sono considerate disagiate le zone che permangono scoperte per oltre 1 anno dalla pubblicazione della carenza o in base agli altri criteri individuati nell'ambito degli accordi regionali dall'Azienda per particolari difficoltà o geografica comprese le isole o per popolazione pediatrica rarefatta e sparsa e per specifiche condizioni di disagio e difficoltà di espletamento dell'attività.

2. L'insediamento del pediatra viene incentivato mediante:

- a) la messa a disposizione da parte della Regione di struttura ambulatoriale a costo ridotto
- b) l'utilizzazione del pediatra per attività territoriali programmate nei limiti dell'attività globalmente consentita e anche in deroga ai limiti temporali di cui all'art. 61, comma 1;
- c) l'incremento economico di cui all'art. 58 lett. D, comma 1 e 2.

**CERTIFICAZIONI SPORTIVE**

Tra i compiti dei Pedagogisti libera scelta, retribuiti in quota capitolare, rientrano le certificazioni per le attività sportive non agonistiche in ambito scolastico (punti a e c dell'art. 1 del DM 28/2/83), e cioè le certificazioni per attività fisico – sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche, per le attività inserite nei P.O.F. ( Piani Offerte Formative ) e per i Giochi sportivi studenteschi nelle fasi provinciali e regionali precedenti quella nazionale.

- a) Per attività parascolastiche si intendono le attività fisico-sportive svolte in orario extracurricolare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare e campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti;
- b) Per la partecipazione ai Giochi della gioventù ed i Giochi Sportivi Studenteschi è richiesta la certificazione di stato di buona salute esclusivamente per gli alunni selezionati per la partecipazione alla fasi provinciali e regionali successive a quelle di istituto o rete di istituti (sovrintesi da un'unica autorità scolastica)
- c) La certificazione di stato di buona salute per la partecipazione alle manifestazioni sportive organizzate da Enti pubblici o privati ed inserite nei P.O.F. del programma scolastico è dovuta per le sole attività che rientrano tra quelle definite alla lettera a) del presente allegato.
- d) Non è richiesta alcuna certificazione per la partecipazione alle lezioni di educazione fisica
- e) La richiesta di certificazione deve essere effettuata solo per gli alunni interessati utilizzando specifici moduli debitamente compilati e firmati dall'autorità scolastica competente e dai quali si evinca chiaramente la tipologia di attività per la quale si richiede la certificazione
- f) Non necessitano di certificazione le attività ginnico- motorie con finalità ludico – ricreative, ginnico – formative, riabilitative o rieducative, praticabili a prescindere dall'età e senza controllo sanitario preventivo obbligatorio
- g) Non necessita di certificazione la partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi nella scuola elementare in quanto sono limitati alla fase di Istituto ed hanno carattere educativo, formativo e mai competitivo.

Allo scopo di promuovere l'attività fisico sportiva, le Regioni, in accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, possono concordare modalità di inserimento delle certificazioni per attività sportive non agonistiche diverse da quelle di cui ai punti a), b), e c) del presente allegato fra le prestazioni di particolare impegno professionale di cui All. B definendo le relative tariffe.

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA  
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il sottoscritto Dott.....  
nato a..... il..... residente in.....  
Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo  
dei..... della Provincia di.....  
ai sensi e agli effetti dell'art.4, legge 4 gennaio 1968, n.15

**Dichiara formalmente di**

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):  
Soggetto..... ore settimanali.....  
Via..... Comune di.....  
Tipo di rapporto di lavoro .....
2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. .... con massimale di n°..... scelte  
Periodo: dal .....
3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)  
A.S.L. .... branca..... ore sett.....  
A.S.L..... branca..... ore sett.....
4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)  
Provincia..... branca.....  
Periodo: dal.....

**Segue ALLEGATO I)**

5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione..... o in altra Regione (2):  
 Regione..... A.S.L..... ore sett.....  
 in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
  
6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L. 833/78: (2)  
 Organismo..... ore sett.....  
 Via..... Comune di .....  
 Tipo di attività.....  
 Tipo di rapporto di lavoro.....  
 Periodo: dal.....
  
7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)  
 Organismo..... ore sett.....  
 Via..... Comune di .....  
 Tipo di attività.....  
 Tipo di rapporto di lavoro.....  
 Periodo: dal.....
  
8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:  
 Azienda..... ore sett.....  
 Via..... Comune di.....  
 Periodo: dal.....
  
9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)  
 A.S.L. .... Comune di.....  
 Periodo: dal.....
  
10. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:  
 Periodo: dal.....

**Segue ALLEGATO I)**

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)  
 .....  
 .....

Periodo: dal.....

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6):

Soggetto pubblico.....

Via..... Comune di .....

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro:.....

Periodo: dal.....

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

.....

.....

Periodo: dal.....

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)

soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....

Periodo: dal.....

**NOTE**

---

---

---

---

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- (1) - cancellare la parte che non interessa  
(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

**Autentica della sottoscrizione**

---

**( T i m b r o )**

---

L'anno duemila \_\_\_\_\_ addì \_\_\_\_\_

del mese di \_\_\_\_\_ è comparso \_\_\_\_l\_\_\_\_ Signor  
\_\_\_\_\_ della cui identità

s o n o c e r t o

per \_\_\_\_l\_\_\_\_ quale, dopo essere stato\_\_\_\_ da me ammonit\_\_\_\_ sulla respon-sabilità penale  
cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, mi ha reso la su-estesa  
dichiarazione, sottoscrivendola in mia presenza.

\_\_\_\_\_  
( Firma dell'incaricato)

### **Progetto salute infanzia**

Le Regioni possono, nell'ambito della propria autonomia programmatica, prevedere l'attivazione del «Progetto salute infanzia», che rappresenta un qualificato sviluppo del programma delle «visite età filtro» previsto nel precedente Accordo. Il «Progetto salute infanzia», salve diverse determinazioni regionali, è costituito da un piano base che preveda almeno sei bilanci di salute, pianificati in età che possono permettere adeguati interventi di educazione sanitaria e profilassi delle malattie infettive in armonia con obiettivi di salute enunciati dal PSN e con il nuovo calendario vaccinale stabilito dal Piano Nazionale Vaccini 2005.

Il pediatra è tenuto all'esecuzione delle visite età filtro secondo protocolli operativi, conformi al piano base del presente progetto, definiti mediante accordi a livello regionale.

Tali protocolli devono prevedere un minimo di cinque bilanci di salute da eseguirsi nella fascia d'età zero sei anni secondo le tabelle seguenti fatti salvi diversi accordi regionali. Le Regioni possono, previo specifico Accordo, prevedere lo svolgimento di ulteriori bilanci di salute di cui due entro il sesto anno di vita ed altri entro il periodo adolescenziale, per gli assistiti in carico. Al pediatra per ciascuno dei bilanci di salute spetta un compenso lordo di €. 12,91, detratta la quota ENPAM a carico dell'Azienda.

La liquidazione dei compensi deve avvenire entro il secondo mese successivo alla presentazione del riepilogo. Il «Progetto salute infanzia» può prevedere, inoltre, dei livelli di implementazione legati ad obiettivi di educazione sanitaria e di profilassi delle malattie infettive e ulteriori azioni integrative che saranno oggetto di specifici accordi a livello regionale.

Qualora tali implementazioni dovessero rientrare nell'ambito di uno specifico progetto le Regioni d'intesa con le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale rideterminano i compensi.

Al fine di garantire l'opportunità di usufruire del «Progetto salute infanzia» a tutti gli assistiti ed in particolare a quelli appartenenti alle fasce sociali svantaggiate, a cura delle Aziende, le famiglie saranno adeguatamente informate sui tempi di esecuzione del progetto e sollecitate al puntuale rispetto delle scadenze previste.

PIANO BASE		PRIMO LIVELLO DI IMPLEMENTO			SECONDO LIVELLO DI IMPLEMENTO
BILANCI DI SALUTE		OBIETTIVI			
ETA'	INTERVENTO	MODULO DI EDUCAZIONE SANITARIA	MODULO DI PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE	AZIONE ESECUTIVA	AZIONE INTEGRATIVA
60/90 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti da trasporto in auto. Prevenzione Sids. Prevenzione complicanze da fumo passivo. Sostegno all'allattamento al seno	Promuovere i livelli di copertura per le vaccinazioni previste dai calendari vaccinali	Linea guida: -trasporto sicuro in auto -prevenzione Sids -fumo passivo -aspetti nutrizionali Consenso informato sulle vaccinazioni Informazioni reazioni avverse ai vaccini	Riflesso rosso Riflessi pupillari Questionario di rilevazione delle capacità uditive Vaccinazioni
180 gg +/- 30gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti domestici	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Linea guida caduta e pericoli sul fasciatoio	Questionario di rilevazione delle capacità uditive Riflesso pupillare alla luce Riflesso rosso
-30 gg 360 gg +60 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti. Prevenzione disturbi alimentari. sovrappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Presentazione MPR e recupero ritardi vaccinali Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc.. Linee guida nutrizionali	Cover test <b>VACCINAZIONI</b>
24 mesi +/- 120gg.	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti. Prevenzione disturbi alimentari sovrappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc. Linee guida nutrizionali	Stereo test di Lang Cover test
3 anni +/- 180gg.	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti. Prevenzione disturbi alimentari sovrappeso ed obesità	Recupero dei ritardi vaccinali	Linee guida nutrizionali	Vaccinazione Stereo test di Lang
5/6 anni	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti. Prevenzione disturbi alimentari sovrappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale Linee guida nutrizionali	Vaccinazione Podoscopia Test di acuità visiva



**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 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**

QUADRIENNIO NORMATIVO 2006-2009, BIENNIO ECONOMICO 2006-2007

In data 27 maggio 2009 alle ore 15.00, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale 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 tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore Dott. Franco Rossi

*firmato*

**E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:**

**FIMP**

*firmato*

**CIPE**

*firmato*

Vista la legge 23 dicembre 1978 n.833;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'art. 4, comma 9, legge 30 dicembre 1991 n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'art. 52, comma 27, legge 27 dicembre 2002 n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008 risultante dall'atto di intesa tra Stato e Conferenza unificata Regioni e Autonomie Locali approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 2006;

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, del 24 luglio 2003;

Visto l'art. 2 nonies della legge 26 maggio 2004 n. 138;

Visto l'accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 29 luglio 2004;

Visto l'art. 1, comma 178 della legge 30 dicembre 2004 n. 311;

Visto l'art. 79, comma 2 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112 convertito con modificazioni legge 6 agosto 2008, n. 133.

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 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**

Il presente accordo include innovazioni, rispetto al previgente ACN 15 dicembre 2005. Le clausole non modificate conservano la loro validità salvo che non risultino in contrasto con le innovazioni introdotte.

In caso di contrasto, il nuovo testo prevale sul precedente. L'eventuale contenzioso che permanga dopo l'intervento regionale è risolto secondo quanto previsto dalla norma finale n. 7.

**INDICE**

ART. 1 – STRUMENTI. ....	4
ART. 2 – STRUTTURA DEL COMPENSO. ....	5
ART. 3 – AUMENTI CONTRATTUALI. ....	6
ART. 4 – ENTRATA IN VIGORE E DURATA DELL'ACCORDO. ....	7
ART. 5 – CAMPO DI APPLICAZIONE. ....	8
ART. 6 – COMPITI E FUNZIONI DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA. ....	9
ART. 7 – CONTENUTI DEMANDATI ALLA NEGOZIAZIONE REGIONALE. ....	10
ART. 8 – GRADUATORIA REGIONALE. ....	11
ART. 9 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE. ....	12
ART. 10 – PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ. ....	13
ART. 11 – AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA. ....	14
ART. 12 – REQUISITI E FUNZIONI MINIME DELL'UNITÀ COMPLESSA DELLE CURE PRIMARIE. ....	15
ART. 13 – FUNZIONI DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA. ....	17
ART. 13 BIS – COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI. ....	17
ART. 14 – COMPITI DEL PEDIATRA. ....	18
ART. 15 – TRATTAMENTO ECONOMICO. ....	19
ART. 16 – FLUSSO INFORMATIVO. ....	21
ART. 17 – TESSERA SANITARIA E RICETTA ELETTRONICA. ....	22
ART. 18 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E PER L'ASSICURAZIONE DI MALATTIA. ....	23
NORMA FINALE N. 1. ....	24
NORMA FINALE N. 2. ....	25
NORMA FINALE N. 3. ....	26
NORMA FINALE N. 4. ....	27
NORMA FINALE N. 5. ....	29
NORMA FINALE N. 6. ....	30
NORMA TRANSITORIA N. 1. ....	31
NORMA TRANSITORIA N. 2. ....	32
NORMA TRANSITORIA N. 3. ....	33
NORMA TRANSITORIA N. 4. ....	34
NORMA TRANSITORIA N. 5. ....	35
NORMA TRANSITORIA N. 6. ....	36
NORMA TRANSITORIA N. 7. ....	37
DICHIARAZIONI A VERBALE. ....	38
ALLEGATO A. ....	39

## **ART. 1 – STRUMENTI.**

---

1. Nell'art. 6, comma 1 dell'ACN 15 dicembre 2005 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, d'ora in poi "ACN 15 dicembre 2005", dopo la lettera a), precisamente dopo le parole: «entro tempi accettabili;» è inserita la seguente:

«a1) applicazione degli strumenti di cui agli articoli 26 bis, 26 ter, 58 bis e 58 ter, dal momento che gli stessi possono sostenere nel modo più efficace il perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria indicati nel presente Accordo.».

2. Le lettere b), c), d) ed e) del medesimo articolo sono abrogate.

## **ART. 2 – STRUTTURA DEL COMPENSO.**

---

1. Nell'art. 8, comma 3 dell'ACN 15 dicembre 2005, dopo le parole: «precedente lettera A.» è abrogata la lettera B, precisamente le parole: da «Gli aumenti» a «comma 2.».

### **ART. 3 – AUMENTI CONTRATTUALI.**

---

1. Nell'art. 9, comma 1 dell'ACN 15 dicembre 2005, dopo le parole: «indicato nel modo che segue», le parole da «TABELLA A» sino all'ultima riga della tabella C sono sostituite dalle seguenti:

«TABELLA A – Arretrati 2006 – 2007

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2006	0,47
arretrati 2007	5,38

TABELLA B – Incrementi 2008

Decorrenza	Quota capitaria	Rif. art. ACN
dal 1.1.2008	€ 4,48	Art. 58, lett. A, comma 1
dal 1.1.2008	€ 1,50	Art. 58, lett. A, comma 9

»

**ART. 4 – ENTRATA IN VIGORE E DURATA DELL'ACCORDO.**

---

1. Nell'art. 11, comma 1 dell'ACN 15 dicembre 2005, dopo le parole: «Conferenza Stato-Regioni» sono abrogate le seguenti: «, scade il 31 dicembre 2005».

**ART. 5 – CAMPO DI APPLICAZIONE.**

---

1. Nell'art. 13 dell'ACN 15 dicembre 2005 è abrogato il comma 3.

## **ART. 6 – COMPITI E FUNZIONI DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA.**

---

1. Dopo l'art. 13 dell'ACN 15 dicembre 2005 è inserito il seguente:

### **«ART. 13 BIS – COMPITI E FUNZIONI DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA.**

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il pediatra, nell'ambito dei compiti previsti dall'art. 44 del presente accordo, espleta le seguenti funzioni :

- assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;
- si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti;
- persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.

2. Le funzioni e i compiti di cui al precedente comma costituiscono responsabilità individuali del pediatra.

3. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il pediatra svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di pediatri di famiglia di cui all'articolo 26 bis e opera all'interno di una specifica unità complessa delle cure primarie, quando attivata come previsto dall'art. 26 ter, che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali.

4. Per ciascun paziente in carico, il pediatra raccoglie, aggiorna e trasmette all'azienda sanitaria le informazioni come previsto dall'art. 58 bis del presente accordo.

5. Ai fini dell'assolvimento dei compiti previsti del DM 4 aprile 2008 e DPCM 26 marzo 2008, per la realizzazione del progetto Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica nonché per l'assolvimento dei compiti relativi al flusso informativo di cui all'art. 58 bis, il medico aderisce ed utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle regioni secondo modalità e strumenti definiti fra le parti a livello regionale.

6. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo, costituiscono parte integrante dell'ACN e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN.».

## **ART. 7 – CONTENUTI DEMANDATI ALLA NEGOZIAZIONE REGIONALE.**

---

1. Nell'art. 14, comma 3 dell'ACN 15 dicembre 2005, è abrogata la lettera b) ed è inserita la seguente:

«b1) nelle forme previste dagli artt. 26 bis e 26 ter;».

2. Al comma 5 del medesimo articolo, dopo le parole: « a livello regionale;» sono abrogate le lettere c) e d), precisamente le parole: da «c. attivazione di un sistema informativo» a «prestazioni e dei relativi costi».

3. Il comma 6 del medesimo articolo è abrogato.

**ART. 8 – GRADUATORIA REGIONALE.**

---

1. Il comma 6 dell'art. 15 dell'ACN 15 dicembre 2005 è abrogato.

**ART. 9 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE.**

---

1. Nell'art. 16, numero II, lettera f) dell'ACN 15 dicembre 2005, dopo le parole: «attività di» è inserita la seguente: « specialista».

## **ART. 10 – PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ.**

---

1. Alla lettera b) dell'art. 25, comma 2 dell'ACN 15 dicembre 2005, dopo le parole: «pediatri di libera scelta» è abrogata la successiva: «comprese» ed è inserita la seguente: «incluse»; inoltre, dopo le parole: «quelle informatiche» sono inserite le seguenti: «, non ricomprese agli artt. 58 bis e 58 ter,».
2. Le lettere g) ed h) del medesimo articolo, comma 2 sono abrogate.
3. Nella lettera k) del medesimo articolo, comma 2, dopo le parole: «ospedale-territorio» sono inserite le seguenti: « fino all'attivazione delle Unità Complesse di cui all'art. 26 ter».

## **ART. 11 – AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA.**

---

1. Dopo l'art. 25 dell'ACN 15 dicembre 2005, è inserito il seguente:

### **«ART. 26 BIS – AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA.**

1. Con le aggregazioni funzionali territoriali si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli pediatri per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

2. I pediatri partecipano obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali.

3. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente accordo le Regioni, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso ACN, individuano le aggregazioni funzionali, facendo riferimento alla specificità delle realtà locali.

4. L'attività dell'aggregazione funzionale è coordinata da un pediatra di famiglia.

5. Nell'ambito degli accordi regionali vengono definite le modalità di partecipazione dei pediatri alle aggregazioni funzionali sulla base dei criteri di cui al comma 3, nonché la scelta del coordinatore di cui al comma 4.

6. I pediatri aderiscono all'aggregazione funzionale indicata dalla Regione allo scopo di:

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra pediatria di famiglia e continuità assistenziale;
- promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";
- promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
- promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia.

7. L'aggregazione funzionale persegue le finalità di cui al comma 6 attraverso:

- L'individuazione di strumenti, tempi e momenti di verifica per l'avvio dei processi di riorganizzazione;
- La condivisione delle proprie attività con il Distretto di riferimento, per la valutazione dei risultati ottenuti e per la socializzazione dei medesimi;
- La partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma 6.».

## **ART. 12 – REQUISITI E FUNZIONI MINIME DELL’UNITÀ COMPLESSA DELLE CURE PRIMARIE.**

---

1. Dopo l’art. 25 dell’ACN 15 dicembre 2005, è inserito il seguente:

### **«ART 26 TER – REQUISITI E FUNZIONI MINIME DELL’UNITÀ COMPLESSA DELLE CURE PRIMARIE.**

1. Nell’ambito del processo di programmazione volto a definire le unità complesse delle cure primarie, la Regione consulta le organizzazioni sindacali firmatarie del presente ACN. I modelli dell’unità complessa delle cure primarie possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orogeografiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.

2. Gli accordi regionali con le OO.SS. dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità complessa delle cure primarie, nonché le modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti. Per l’attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse delle cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all’associazionismo, all’impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla unità complessa delle cure primarie, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area. Nell’ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso l’erogazione in forma diretta da parte dell’azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico. Fino ai predetti accordi regionali, restano in essere le indennità e incentivazioni richiamate dal presente comma, nonché le forme organizzative previste dai precedenti accordi regionali.

3. L’unità complessa delle cure primarie è costituita dai medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali. L’unità complessa delle cure primarie opera, nell’ambito dell’organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espleta le seguenti funzioni di base:

- assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- assicurare l’accesso ai servizi dell’unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l’uso improprio del Pronto Soccorso;
- realizzare nel territorio la continuità dell’assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell’utente a partire in particolare dai pazienti cronici. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti, va perseguita l’integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all’accesso in ospedale dei medici convenzionati;
- impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;
- sviluppare la medicina d’iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell’infanzia e dell’adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;

- contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;

4. Dall'entrata in vigore del presente accordo, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle unità complesse delle cure primarie attivate con gli accordi di cui al comma 2.».

## **ART. 13 – FUNZIONI DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA.**

---

1. Il comma 8 dell'art. 29 dell'ACN 15 dicembre 2005 è abrogato.

## **ART. 13 BIS – COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI.**

---

1. Nel comma 1 dell'art. 33 dell'ACN 15 dicembre 2005, dopo le parole: «di ogni anno» sono inserite le seguenti: « o diversamente secondo quanto previsto da specifici accordi regionali» .

2. Nel comma 2, lettera a) del medesimo articolo, dopo le parole: «gli ambiti territoriali carenti» sono abrogate le successive: da «e quelli già inseriti» a «nell'elenco di provenienza» e sono inserite le seguenti: «a condizione che risultino iscritti da almeno tre anni»; dopo le parole: «attività di continuità assistenziale» è eliminato il punto ed è inserito il punto e virgola e sono abrogate le seguenti: da «I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza» a «nel corso dell'anno solare.».

3. Dopo il comma 2, lettera a) del medesimo articolo, è inserita la seguente:  
«a1) i pediatri che risultano già inseriti in un elenco di pediatria di altra regione a condizione che risultino iscritti da almeno cinque anni e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale;».

4. Nel comma 6 del medesimo articolo, dopo le parole: «di cui al comma 2, lett. a)» è inserito il punto e virgola, sono abrogate le successive: «in base alla anzianità di iscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di famiglia;» e sono inserite le seguenti: «successivamente interpella i pediatri di cui al comma 2 lettera a1 ed in ultimo, »; dopo le parole: «laddove risulti necessario, interpella» è abrogata la seguente: «successivamente»; infine, dopo le parole: «comma 2, lett. b)» sono abrogate le successive: «, in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui al comma 3».

5. Nel comma 7 del medesimo articolo, dopo le parole: «del comma 2, lett. a)» sono inserite le seguenti: «e a1)»; dopo le parole: «è determinata» sono inserite le seguenti: «dall'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della pediatria di famiglia, detratti i periodi di eventuale cessazione dell'incarico.» e sono abrogate le successive: «sommando:

a) l'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della pediatria di famiglia della Regione, detratti i periodi di eventuale cessazione dell'incarico;

b) l'anzianità di iscrizione nell'elenco di provenienza, ancorché già compresa nell'anzianità di cui alla lettera a).».

## **ART. 14 – COMPITI DEL PEDIATRA.**

---

1. Nell'art. 44, comma 2, lettera d) dell'ACN 15 dicembre 2005, dopo le parole: «tenuto conto della normativa nazionale» sono abrogate le successive: da «, anche con riferimento alla Carta» a «24 novembre 2003 n. 326».
2. Nel medesimo articolo, stesso comma, dopo la lettera d) è inserita la seguente: «d1) l'adempimento di quanto previsto agli artt. 58 bis e 58 ter».
3. Nel medesimo articolo, allo stesso comma, lettera f), dopo le parole: «organizzative territoriali» sono abrogate le successive: da «e l'aggregazione in centri» a «obiettivi del Distretto, » e sono inserite le seguenti: «con le modalità e»; inoltre, dopo le parole: «quanto disposto dal» sono abrogate le successive: «successivo comma 3» e sono inserite le seguenti: «terzo comma dell'art. 13 bis».
4. Nel medesimo articolo è abrogato il comma 3.
5. Nello stesso articolo, comma 4, dopo la lettera a), precisamente dopo le parole: «di cui all'art. 26;», è inserita la seguente: «a1) l'adesione alle aggregazioni funzionali e alle unità complesse delle cure primarie di cui rispettivamente agli artt. 26 bis e 26 ter;».

## **ART. 15 – TRATTAMENTO ECONOMICO.**

---

1. Nell'art. 58, comma 1, lettera c) dell'ACN 23 marzo 2005, dopo le parole: «prestazioni informatiche» sono inserite le seguenti: « escluse quelle di cui agli artt. 58 bis e 58 ter».
2. Nel medesimo articolo, lettera A, comma 1, sono abrogate le parole da: «Ai pediatri» a «Euro 79,17» e sono inserite le seguenti: «A far data dal 1 gennaio 2008 il compenso forfettario di cui all'art. 58, lettera A, comma 1 dell'ACN 15 dicembre 2005 è rideterminato in euro 83,65 per ciascun assistito in carico».
3. Nel medesimo articolo, lettera A, comma 9, dopo le parole: «progetti per la salute dell'infanzia, » sono abrogate le successive: «dal mese successivo all'entrata in vigore del presente accordo» e sono inserite le seguenti: «dal 1.1.2008»; inoltre, dopo le parole: «capitaria di euro» sono abrogate le successive: «12 ( dodici )» e sono inserite le seguenti: «13,50 (tredici/50)».
4. Nel medesimo articolo, lettera B, comma 4, dopo le parole: «01.01.2005» sono inserite le seguenti: «e fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter»; dopo le parole: «pediatria in associazione» sono inserite le seguenti: « e fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter,».
5. Nel medesimo articolo, lettera B, comma 5, dopo le parole: «01.01.2005» sono inserite le seguenti: « e fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter».
6. Nel medesimo articolo, lettera B, comma 6, dopo le parole: «01.01.2005» sono inserite le seguenti: « e fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter».
7. Nel medesimo articolo, lettera B, comma 10, dopo le parole: «(lett A comma 1 articolo 58)» sono inserite le seguenti: « e fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter».
8. I commi 11 e 12 del medesimo articolo, lettera B, sono abrogati.
9. Nel medesimo articolo, lettera B, comma 13, prima delle parole: «indennità per il collaboratore» è abrogata la successiva: «La» e sono inserite le seguenti: «Fatto salvo quanto previsto dall'art. 26 ter, 1'».
10. Nel medesimo articolo, lettera B, comma 14, dopo le parole: «all'articolo 9» sono abrogate le successive: «del presente accordo» e sono inserite le seguenti: «dell'ACN 15 dicembre 2005».
11. Nel medesimo articolo, lettera C, dopo le parole: «prestazioni informatiche» sono inserite le seguenti: « escluse quelle di cui agli artt. 58 bis e 58 ter».
12. Nel titolo di cui alla lettera E del medesimo articolo, dopo la parola: «Arretrati» sono abrogate le successive: «Triennio 2001-2003» e sono inserite le seguenti: «Biennio 2006-2007».
13. Nel medesimo articolo, lettera E, sono abrogate le parole: da «Le Regioni» a «per il 2003» e sono inseriti i seguenti commi:
  1. Gli arretrati di cui alla tabella A dell'art. 9 sono corrisposti entro il mese di giugno 2009.
  2. Gli adeguamenti contrattuali derivanti dall'applicazione degli incrementi di cui alla tabella B dell'art. 9 devono essere effettuati entro giugno 2009, unitamente alla corresponsione dei relativi arretrati riferiti all'anno 2009.
  3. Gli arretrati riferiti all'anno 2008 e derivanti dall'applicazione degli incrementi di cui alla tabella B dell'art. 9 saranno corrisposti entro ottobre 2009.

4. Tutti gli incrementi e gli arretrati di cui al presente articolo sono corrisposti nel limite del massimale del pediatra di famiglia e delle scelte in deroga acquisibili secondo quanto previsto dall'art. 38 dell'ACN 15 dicembre 2005.».

## **ART. 16 – FLUSSO INFORMATIVO.**

---

1. Dopo l'articolo 58 dell'ACN 15 dicembre 2005 è inserito il seguente:

### **«ART. 58 BIS – FLUSSO INFORMATIVO.**

1. Dal 1° gennaio 2009, il pediatra di famiglia trasmette alla propria azienda sanitaria le informazioni elementari di seguito specificate:

- Richiesta di ricovero per diagnosi accertata, ipotesi diagnostica o problema (indicando se il ricovero è stato suggerito, urgente o programmato, utilizzando l'apposito spazio nella ricetta rossa);
- Accessi allo studio medico, con visita medica o attività di counselling;
- Accessi allo studio medico, senza visita medica;
- Visite domiciliari;
- PPIP (anche i resoconti riferiti alle vaccinazioni antinfluenzali effettuate a soggetti anziani o affetti da patologie croniche);
- Assistenza domiciliare (ADP/ADI);

2. Le informazioni di cui al comma precedente devono:

- riferirsi al singolo caso (assistito, accesso, procedura);
- riportare la data (giorno, mese, anno) in cui il caso si è verificato;
- essere informatizzate e trasmesse con cadenza mensile entro il 10° (decimo) giorno del mese successivo.

3. Tali informazioni saranno trasmesse dai medici convenzionati tramite il sistema informatico delle Aziende e/o delle Regioni per le finalità di governance del SSR. Le suddette informazioni, elaborate a cura dell'Azienda, regolarmente trasmesse in forma aggregata ai componenti dei Comitati Aziendali e Regionali, sono patrimonio della stessa Azienda e dei medici e vengono utilizzate per le finalità di comune interesse.

4. Il flusso informativo di cui ai commi precedenti potrà essere avviato solo dopo adeguata valutazione sulla sicurezza delle infrastrutture, nonché nel rispetto della normativa sulla *privacy* e senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei medici convenzionati.».

## **ART. 17 – TESSERA SANITARIA E RICETTA ELETTRONICA.**

---

1. Dopo l'articolo 58 dell'ACN 15 dicembre 2005 è inserito il seguente:

### **«ART. 58 TER – TESSERA SANITARIA E RICETTA ELETTRONICA.**

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, del progetto Tessera Sanitaria-collegamento in rete dei medici-ricetta elettronica, formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi tra lo Stato e la singola regione, il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il SSN è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti di cui al DPCM 26 marzo 2008 così come definito ai sensi dell'art. 13 bis, comma 5.
2. In caso di inadempienza il medico di cui al precedente comma è soggetto alla riduzione del trattamento economico complessivo in misura pari al 1,15 % su base annua.
3. L'inadempienza e la sua durata su base mensile sono documentate attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria.
4. La relativa trattenuta è applicata dall' Azienda sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza.
5. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del medico e valutate tramite le verifiche disposte dal Sistema Tessera Sanitaria.
6. L'eventuale ricorso da parte del medico è valutato dal Collegio Arbitrale secondo le modalità previste dall'art. 30.».

## **ART. 18 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E PER L'ASSICURAZIONE DI MALATTIA.**

---

1. Dopo l'art. 59, comma 2 dell'ACN 15 dicembre 2005, è inserito il seguente:  
«2bis. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i pediatri di cui al presente articolo possono optare a partire dal 1 gennaio 2009 per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.».

2. Nel medesimo articolo, dopo il comma 5 e precisamente dopo le parole: «evidenza pubblica.» è inserito il seguente comma:

«5 bis. A far data dal 1 gennaio 2010 il contributo di cui al comma 4 a carico del servizio pubblico cessa di essere riversato, secondo le disposizioni del precedente comma 5, all'E.N.P.A.M.. Dalla stessa data il medesimo contributo dello 0,30% dei compensi relativi all'art. 58, lett. A commi 1 e 9, dedotti gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda, è proporzionalmente riversato sulle rispettive quote capitarie sulle quali era in precedenza calcolato.».

3. Nel medesimo articolo, dopo il comma 5 è inserito il seguente comma:

«6. L'onere derivante dalla complessiva contribuzione previdenziale e dalla attuazione del comma 4 del presente articolo costituisce parte integrante del costo dell'ACN come definito dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.».

## **NORMA FINALE N. 1**

---

1. La Norma Finale n. 3 dell'ACN 15 dicembre 2005 è abrogata.

## **NORMA FINALE N. 2**

---

1. Nella Norma Finale n. 4 dell'ACN 15 dicembre 2005, dopo le parole: «entrata in vigore» sono abrogate le successive: «del presente accordo» e sono inserite le seguenti: «dell'ACN 15 dicembre 2005».

### **NORMA FINALE N. 3**

---

1. Dopo la Norma Finale n. 6 dell'ACN 15 dicembre 2005, è inserita la seguente:

**«NORMA FINALE N. 7**

In ottemperanza al combinato disposto dell'art. 46, comma 1 D.lgs 30 marzo 2001, n. 165 e dell'art. 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 la SISAC fornisce assistenza alle amministrazioni in materia di uniforme interpretazione delle clausole contrattuali sentite le OO.SS. firmatarie del presente accordo.».

## **NORMA FINALE N. 4**

---

1. Dopo la Norma Finale n. 6 dell'ACN 15 dicembre 2005, è inserita la seguente:

### **«NORMA FINALE N. 8**

1. I contenuti del presente articolo rappresentano altrettanti impegni che le parti decidono di assumere con la sottoscrizione di questo accordo e di recepire per la loro concreta applicazione nel prossimo accordo relativo al biennio 2008/2009. In particolare si conviene di precisare già in questo accordo che le finalità cui devono essere destinate le risorse del prossimo biennio economico 2008/2009 sono quelle richiamate ai commi 2, 3 e 4 del presente articolo;

2. Tutte le risorse disponibili per il rinnovo del secondo biennio economico 2008/2009 dovranno essere finalizzate al potenziamento dei processi di riorganizzazione ed integrazione. A tal fine le risorse di competenza del 2008 saranno erogate solo a partire dal 1 gennaio 2009 congiuntamente a quelle di competenza del 2009. Le suddette risorse vengono utilizzate per garantire:

- a) il processo di perfezionamento degli accordi integrativi regionali, prevedendo meccanismi di garanzia che coinvolgano il livello di rappresentanza nazionale di parte pubblica e sindacale;
- b) la definizione di istituti che assicurino il riconoscimento dell'impegno professionale graduato per livello di complessità in un'ottica di uniformità dell'assistenza tra le regioni.

3. Gli obiettivi da perseguire col prossimo Accordo sono rappresentati in particolare da quelli elencati di seguito:

- a) per quanto riguarda gli obiettivi generali, si sottolinea l'esigenza di procedere verso la individuazione di forme di collaborazione tra il pediatra di famiglia, il medico di medicina generale e lo specialista ambulatoriale, incluso quello ospedaliero, con l'individuazione e la definizione dei relativi vincoli di incompatibilità;
- b) per quanto riguarda gli obiettivi specifici, si richiamano i seguenti:
  - miglioramento dell'accesso agli ambulatori di pediatria di famiglia, di medicina generale e ai poliambulatori specialistici pubblici, a partire dal potenziamento dell'orario di apertura quotidiana, anche ai fini di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso;
  - potenziamento dei programmi di continuità assistenziale per garantire una assistenza e una presa in carico 24 ore per 7 giorni, a partire dai pazienti cronici a favore dei quali va previsto l'accesso in ospedale dei pediatri di famiglia;
  - potenziamento dell'assistenza domiciliare a favore della popolazione sia in età pediatrica che in età adulta;
  - coinvolgimento programmato degli specialisti ambulatoriali a favore sia degli assistiti a domicilio o nelle strutture residenziali, sia ai fini del potenziamento della diagnostica di primo livello presso gli ambulatori dei pediatri di famiglia e dei medici di medicina generale.

4. Oltre agli obiettivi indicati al precedente comma 3, le parti convengono che nel prossimo accordo si debbano affrontare tra l'altro anche i seguenti aspetti:

- La revisione delle modalità e della struttura del compenso del medico, anche in relazione alle nuove unità complesse delle cure primarie;

- La partecipazione della specialistica ambulatoriale ai protocolli operativi della continuità dell'assistenza H 24;
- La definizione degli standard nazionali in ordine al sistema informativo, con particolare riferimento alla scheda sanitaria;
- L'approfondimento del flusso informativo che collega i medici convenzionati con le aziende sanitarie;
- La revisione della normativa contrattuale vigente al fine di renderla coerente con i nuovi assetti organizzativi;
- La revisione della costituzione e del funzionamento degli organismi regionali e aziendali nei quali è prevista la presenza delle Organizzazioni Sindacali.
- L'adeguamento dei meccanismi di certificazione della rappresentatività e dei diritti sindacali.».

## **NORMA FINALE N. 5**

---

1. Dopo la Norma Finale n. 6 dell'ACN 15 dicembre 2005, è inserita la seguente:

### **NORMA FINALE N. 9**

1. Le disposizioni dell'art. 52 dell'ACN 15 dicembre 2005, così come precisato all'ultimo capoverso del comma 2 dell'art. 26 ter del presente accordo, cessano e non trovano applicazione per i soli medici che entrano a far parte delle Unità Complesse delle Cure Primarie.».

## **NORMA FINALE N. 6**

---

1. Dopo la Norma Finale n. 6 dell'ACN 15 dicembre 2005, è inserita la seguente:

### **«NORMA FINALE N. 10**

1. La partecipazione alle aggregazioni funzionali territoriali della pediatria di famiglia di cui all'art. 26 bis del presente accordo, non comporta costi aggiuntivi a carico della regione e non pone in discussione il sistema di incentivazione vigente.».

## **NORMA TRANSITORIA N. 1**

---

1. La Norma Transitoria n. 2 dell'ACN 15 dicembre 2005 è abrogata.

## **NORMA TRANSITORIA N. 2**

---

1. La Norma Transitoria n. 3 dell'ACN 15 dicembre 2005 è abrogata.

### **NORMA TRANSITORIA N. 3**

---

1. Nella Norma Transitoria n. 4, comma 1 dell'ACN 15 dicembre 2005, dopo le parole: «entrata in vigore» sono abrogate le successive: «del DPR 272/2000» e sono inserite le seguenti: «dell'ACN 15 dicembre 2005».

#### **NORMA TRANSITORIA N. 4**

---

1. La Norma Transitoria n. 5 dell'ACN 15 dicembre 2005 è abrogata.

## **NORMA TRANSITORIA N. 5**

---

1. La Norma Transitoria n. 6 dell'ACN 15 dicembre 2005 è abrogata.

## **NORMA TRANSITORIA N. 6**

---

1. Dopo la Norma Transitoria n. 6 dell'ACN 15 dicembre 2005, è inserita la seguente:

### **NORMA TRANSITORIA N. 7**

I rappresentanti medici elettivi di cui all'art. 25, comma 4 del presente ACN restano in carica fino alla definizione economico normativa del biennio 2008-2009 ed alla sua entrata in vigore.».

## **NORMA TRANSITORIA N. 7**

---

1. Dopo la Norma Transitoria n. 6 dell'ACN 15 dicembre 2005, è inserita la seguente:

### **«NORMA TRANSITORIA N. 8**

Nelle more della definizione di nuovi criteri per la formazione della graduatoria tra i quali prevedere l'istituzione di un tirocinio specifico di pediatria di famiglia da inserire nell'accordo del secondo biennio economico, il punteggio di 0,20 punti al mese, previsto dalla lettera a), titoli di servizio, dell'art. 16 del presente Accordo è elevato a punti 0,60 al mese.».

## **DICHIARAZIONI A VERBALE.**

---

È abrogata la Dichiarazione congiunta dell'ACN 15 dicembre 2005 e sono inserite le seguenti:

### **«DICHIARAZIONI CONGIUNTE**

La SISAC si impegna a collaborare con l'ENPAM per ridefinire le modalità ed i termini del versamento dei contributi dovuti e dell'invio della relativa rendicontazione come richiesto dalla corretta imputazione sulla posizione previdenziale degli iscritti.

La SISAC e le OO.SS. dei pediatri di famiglia concordano sulla opportunità di destinare il valore derivante dagli incrementi contrattuali del biennio economico 2006-2007, disposti dall'anno 2008 e riferiti al monte salari della quota C, per i processi di potenziamento ed integrazione della Continuità Assistenziale riferita alla popolazione assistita dai pediatri, in applicazione a quanto disposto al comma 6 dell'art. 26 bis».

## **ALLEGATO A**

---

1. Gli allegati A, D ed I dell'ACN 15 dicembre 2005 sono espunti dal testo e pubblicati sul sito istituzionale della SISAC (<http://www.sisac.info>).

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 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**

BIENNIO ECONOMICO 2008-2009

In data 9 marzo 2010 alle ore 19.30, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'ipotesi di Accordo collettivo nazionale 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 tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore Dott. Franco Rossi

*firmato*

**E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:**

**FIMP**

*firmato*

**CIPE**

*firmato*

Vista la legge 23 dicembre 1978 n. 833;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'art. 4, comma 9, legge 30 dicembre 1991 n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'art. 52, comma 27, legge 27 dicembre 2002 n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008 risultante dall'atto di intesa tra Stato e Conferenza unificata Regioni e Autonomie Locali approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 2006;

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, del 24 luglio 2003;

Visto l'art. 2 nonies della legge 26 maggio 2004 n. 138;

Visto l'accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 29 luglio 2004;

Visto l'art. 1, comma 178 della legge 30 dicembre 2004 n. 311;

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 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**

**INDICE**

ART. 1 – ISTITUZIONE DEL REFERENTE NELLE UCCP.....	4
ART. 2 – MODIFICHE ALLE NORME VIGENTI SULL'INCOMPATIBILITÀ. ....	5
ART. 3 – DISPOSIZIONI SUI FLUSSI INFORMATIVI E COMUNICAZIONI "PAPERLESS". ....	6
ART. 4 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.....	7
ART. 5 – INDICAZIONI PER I PROSSIMI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI.....	8
ART. 6 – TEMPISTICA DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI. ....	9
ART. 7 – GESTIONE DELLE LISTE DEGLI ASSISTITI DAI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA. ....	10
ART. 8 – INDICAZIONI PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE.....	11
ART. 9 – IMPIEGO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI NELL'ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE E NELLE UCCP. ....	12
ART. 10 – AUMENTI CONTRATTUALI.....	13
ART. 11 – MODIFICHE ACN 15 DICEMBRE 2005 E S.M.I. ....	15
ART. 12 – ACN 15 DICEMBRE 2005 E S.M.I.....	16
DICHIARAZIONE A VERBALE .....	17

## **ART. 1 – ISTITUZIONE DEL REFERENTE NELLE UCCP.**

---

1. Nelle Unità Complesse delle Cure Primarie (UCCP) di cui all'art. 26ter ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, è istituito il ruolo del referente unico scelto tra i medici dell'UCCP in rapporto di convenzionamento con il SSN da almeno cinque anni.
2. Gli Accordi regionali individuano le specifiche funzioni, i compiti e le responsabilità del referente unico dell'UCCP definendone i criteri e le modalità per la sua nomina da parte delle Aziende Sanitarie, stabilendo anche il compenso da corrispondere.
3. Il referente unico si avvale della collaborazione dei coordinatori delle Aggregazioni Funzionali di cui all'art. 260bis ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.
4. L'onere complessivo del compenso di cui al comma 2 viene finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali dal presente ACN.

## **ART. 2 – MODIFICHE ALLE NORME VIGENTI SULL'INCOMPATIBILITÀ.**

---

1. Fatti salvi i criteri di incompatibilità già sanciti dall'art. 17 ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente accordo il medico che sia iscritto negli elenchi dei medici di medicina generale convenzionati ai sensi dell'art. 8, comma 1 D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.
2. Le clausole negoziali difformi sono abrogate.

### **ART. 3 – DISPOSIZIONI SUI FLUSSI INFORMATIVI E COMUNICAZIONI “PAPERLESS”.**

---

1. Dal momento dell'avvio a regime da parte della regione o provincia autonoma della rete informatica regionale di cui all'art. 58ter dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., nell'ambito dei compiti del pediatra di libera scelta, è avviato il percorso di implementazione del “patient summary” attraverso le seguenti fasi da attuare progressivamente:
  - a) l'implementazione ha inizio con l'invio sperimentale, al fine della valutazione della qualità del dato, di un set concordato di informazioni riferito agli assistiti in carico 0-6 anni;
  - b) stabilizzato il flusso di cui al punto a), viene stabilita concordemente a livello regionale la graduale implementazione dell'invio dei dati, riferita agli assistiti in carico con patologie croniche;
  - c) al termine delle fasi di cui ai precedenti punti a) e b) è prevista una verifica congiunta a livello regionale al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi ed introdurre gli eventuali ed opportuni aggiustamenti per il consolidamento del “patient summary” riferito a tutta la popolazione assistita, al fine dell'utilizzo da parte del Sistema Sanitario Regionale.

Le regioni definiscono, d'intesa con le OO.SS. firmatarie del presente accordo, la tempistica più opportuna del percorso di implementazione del “patient summary” per rendere coerente lo sviluppo della sanità elettronica con la programmazione regionale.
2. L'individuazione dei pazienti affetti da patologie croniche o da particolari problemi di salute per i quali è prevista l'integrazione della quota capitaria di cui all'art. 10 del presente accordo viene effettuata con criteri definiti a livello regionale. Per tali pazienti i pediatri di libera scelta partecipano a percorsi di presa in carico e gestione integrata ed inviano all'Azienda sanitaria uno specifico prospetto informativo contenente i principali dati epidemiologici relativi ai suddetti pazienti in carico. I dati epidemiologici da trasmettere nel prospetto informativo sono concordati e condivisi a livello regionale.
3. Le informazioni di cui al presente articolo, così come quelle previste all'articolo 58bis dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. e più in generale qualsiasi altra informazione amministrativa rilevante sotto il profilo del rapporto convenzionale, vengono trasmesse dal medico all'Azienda sanitaria e da quest'ultima al medico esclusivamente attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.
4. Gli obblighi di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo devono rispettare la tempistica prevista al 1° comma dell'art. 58ter dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., fatto salvo quanto previsto al comma 4 dell'art. 58bis e dal comma 5 dell'art. 13bis del medesimo ACN.

#### **ART. 4 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.**

---

1. L'Accordo collettivo nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del SSN, nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.
2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale definito dal nuovo titolo V° della Costituzione, rispettando i principi di complementarità e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.
3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali ad esempio:
  - La definizione dei compiti e delle funzioni del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
  - La dotazione finanziaria complessiva a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione dei rinnovi contrattuali;
  - La responsabilità delle istituzioni, Regioni e Aziende sanitarie, nei confronti della piena applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale.
4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale, definisce obiettivi di salute, modelli organizzativi e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale.
5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale, specifica i progetti e le attività del personale sanitario convenzionato necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.
6. È abrogato l'art. 2 ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.

## **ART. 5 – INDICAZIONI PER I PROSSIMI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI.**

---

1. I prossimi AIR dovranno svilupparsi lungo il processo di attuazione delle nuove forme organizzative (AFT e UCCP), individuate con l'ACN 29 luglio 2009, affrontando in particolare i seguenti aspetti:
  - a) Relazioni funzionali tra i professionisti che operano nell'ambito di dette forme organizzative, avendo riguardo in particolare alle nuove funzioni di valenza comune espletabili nel nuovo contesto collaborativo, e quelle tra gli stessi professionisti e l'Azienda sanitaria;
  - b) Azioni per favorire gli utenti e l'accesso ai servizi, con particolare riferimento a:
    - Accessibilità giornaliera di almeno 12 ore ai servizi dell'UCCP (con sede di riferimento o con sede unica)
    - Possibilità di accesso in tempo reale, per i professionisti operanti nelle sedi di UCCP, ai dati clinici di tutti gli assistiti del territorio di riferimento
    - Individuazione e potenziamento della strumentazione diagnostica di base disponibile presso la sede dell'UCCP
    - Potenziamento dell'assistenza domiciliare e residenziale, con individuazione di personale infermieristico dedicato
    - Sviluppo della medicina d'iniziativa, delle attività di prevenzione e dei programmi assistenziali rivolti ai casi più complessi
  - c) Miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica e adesione ai livelli assistenziali di diagnosi e cura previsti dai percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) condivisi
  - d) Definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza anche con la finalità di misurazione dello stato di salute degli assistiti portatori di patologia cronica
  - e) Valutazione dell'appropriatezza dei servizi erogati, inclusa la misurazione dell'impatto sui consumi complessivi e specifici degli assistiti affetti da distinta patologia cronica.

## **ART. 6 – TEMPISTICA DEGLI ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI.**

---

1. Gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) sono siglati e resi operativi dagli appositi provvedimenti regionali entro 9 mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo Collettivo Nazionale.
2. Qualora in una Regione tale termine non venga rispettato, le risorse definite dal presente ACN per l'AIR di quella Regione vengono attribuite come segue:
  - secondo le stesse modalità e proporzioni concordate per l'attribuzione della quota nazionale degli incrementi contrattuali definiti dal presente ACN;
  - tali incrementi contrattuali sono riconosciuti ai medici convenzionati previa riduzione del 10%.
  - la Regione interessata adotta i provvedimenti conseguenti entro 30 giorni.

**ART. 7 – GESTIONE DELLE LISTE DEGLI ASSISTITI DAI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.**

---

1. Al fine di garantire l'assistenza pediatrica ai bambini con età inferiore a 6 anni, laddove se ne ravvisi la necessità, la Regione può modulare la gestione delle liste degli assistiti dai pediatri di libera scelta con l'obiettivo di attribuire la priorità all'inserimento a questa categoria di assistiti secondo criteri definiti fra le parti.
2. Al medesimo fine, qualora il calcolo del rapporto ottimale non consenta la pubblicazione di una zona carente al fine di garantire il diritto all'assistenza pediatrica ed alla libera scelta del cittadino, le Aziende, sulla base degli indirizzi definiti in seno al Comitato Permanente Regionale, possono procedere a individuare un'ulteriore zona carente nel medesimo ambito territoriale.

## **ART. 8 – INDICAZIONI PER LO SVILUPPO DELL’ASSISTENZA DOMICILIARE.**

---

1. La visita domiciliare è una prestazione che il pediatra mette in atto quando ritiene necessario, in relazione ad alcune condizioni dell’assistito, avendo il dovere deontologico di valutare secondo la sua competenza e senza alcun condizionamento estraneo all’ambito della sua responsabilità professionale.
2. La visita domiciliare deve corrispondere in generale a criteri di appropriatezza e di efficacia basati sull’evidenza.
3. Nei confronti degli assistiti caratterizzati da condizioni cliniche di particolare gravità, il pediatra di famiglia garantisce l’assistenza domiciliare in coerenza con il Piano terapeutico e con i percorsi assistenziali definiti a livello regionale. Tali condizioni sono rappresentate da:
  - malattie genetiche invalidanti
  - artropatie con grave limitazione funzionale
  - patologie onco-ematologiche
  - immunodeficienza congenita e acquisita
  - soggetti politraumatizzati
  - cerebropatici e cerebrolesi con forme gravi
  - cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
  - insufficienza respiratoria grave
  - insufficienza renale
  - distrofia muscolare

La Regione in relazione alla propria realtà epidemiologica può decidere di sostituire una o più condizioni cliniche riferite a patologie croniche incluse in questo elenco.
4. Il programma delle visite domiciliari a favore degli assistiti di cui al comma precedente viene inserito nel flusso informativo di cui al comma 2 dell’art. 3.

**ART. 9 – IMPIEGO DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI NELL’ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE E NELLE UCCP.**

---

1. Nell’ambito della UCCP, lo specialista ambulatoriale ha il compito di garantire l’assistenza specialistica definita dalla programmazione aziendale ai pazienti che accedono ai servizi di quella UCCP, nonché ai pazienti che devono essere assistiti al proprio domicilio o presso altre strutture residenziali.
2. L’attività dello specialista ambulatoriale nell’ambito della UCCP si svolge in accordo con l’attività degli altri medici convenzionati operanti nella medesima UCCP (assistenza primaria, guardia medica, pediatria di famiglia, eccetera) e viene coordinata dal referente della stessa UCCP.

## **ART. 10 – AUMENTI CONTRATTUALI.**

---

1. Le Regioni e le Organizzazioni sindacali, preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia, fissano un aumento, per medici pediatri di libera scelta, da erogarsi secondo la seguente tabella e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda:

**TABELLA A – Arretrati 2008 – 2009**

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2008	0,51
arretrati 2009	4,12

**TABELLA B – Incrementi 2010**

Decorrenza	quota capitaria	ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i./presente accordo
dal 1.1.2010	€ 4,40	Art. 58, lett. A, comma 9
dal 1.1.2010	€ 0,25	assistenza al cronico
dal 1.1.2010	€ 1,54	Accordo Integrativo Regionale

2. Le Regioni, per i relativi accordi decentrati potranno contare su una quota per assistito, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, pari ad euro 1,54 (uno/54).
3. Ai sensi dell'art. 58, lett. A, comma 9 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., per ciascun assistito che non abbia compiuto il sesto anno di età, in ragione del maggior carico di lavoro connesso all'attività nell'ambito dei progetti per la salute dell'infanzia, continuerà ad essere corrisposto, a far data dal 1 gennaio 2010, il compenso aggiuntivo annuo pari a euro 17,93 (diciassette/93).
4. Euro 0,25 (zero/25) per ciascun assistito dai pediatri di libera scelta, al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'azienda, viene attribuito dalla Regione ai propri pediatri in base al numero di assistiti, affetti dalle condizioni cliniche di cui all'art. 8.
5. Le Regioni assegnano tale disponibilità finanziaria di cui al precedente comma entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente ACN. Trascorso tale termine, le risorse non assegnate per l'assistenza ai pazienti di cui al precedente comma 4, vengono

assegnate ai pediatri sulla base del numero di assistiti con età inferiore ai 6 anni presenti nella loro lista.

6. Il mancato rispetto di quanto previsto al precedente art. 3, comma 2 comporta la sospensione dell'assegnazione della quota stessa.
7. Gli arretrati di cui alle tabelle A del comma 1 del presente articolo, sono corrisposti entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente ACN.
8. Gli arretrati derivanti dagli adeguamenti contrattuali di cui al comma 3 del presente articolo sono corrisposti entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente ACN.
9. Gli arretrati derivanti dagli adeguamenti contrattuali, a far data dal 1 gennaio 2010, di cui al comma 2 del presente articolo, sono corrisposti entro tre mesi dalla stipula dell'accordo regionale o entro tre mesi dalla scadenza dei termini dell'art. 6 del presente ACN.
10. Tutti gli incrementi e gli arretrati di cui al presente articolo sono corrisposti nel limite del massimale del pediatra di famiglia e delle scelte in deroga acquisibili secondo quanto previsto dall'art. 38 dell'ACN 15 dicembre 2005.

## **ART. 11 – MODIFICHE ACN 15 DICEMBRE 2005 E S.M.I.**

---

1. È abrogato il comma 5bis dell'art. 59, dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.; tale abrogazione esplica comunque i propri effetti economici contestualmente all'adeguamento del trattamento economico disposto ai sensi del presente accordo (1 gennaio 2010) ed incide anche sugli arretrati riferiti all'anno 2010.
2. A totale assorbimento delle risorse economiche riferite alla disposizione abrogata al precedente comma 1 e garantendo l'invarianza degli oneri diretti ed indiretti ai fini del presente accordo, le parole "è rideterminato in euro 83,65 per ciascun assistito in carico" di cui all'art. 58, lettera A, comma 1, ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., sono sostituite dalle seguenti: "è rideterminato in euro 83,87 per ciascun assistito in carico".

**ART. 12 – ACN 15 DICEMBRE 2005 E S.M.I.**

---

1. Il presente Accordo rappresenta il rinnovo del biennio economico 2008-2009 e integra con le clausole dei precedenti articoli il quadro normativo dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.

## **DICHIARAZIONE A VERBALE**

---

Le regioni si impegnano ad utilizzare l'eventuale disponibilità di risorse derivante dall'applicazione dell'art. 6, comma 2 del presente Accordo a favore di programmi di integrazione tra l'attività di continuità assistenziale e quelle di pediatria di libera scelta.



**SISAC**

Struttura interregionale sanitari convenzionati

## **DICHIARAZIONE A VERBALE**

---

La SISAC, alla luce della comunicazione inviata dal Comitato di Settore del Comparto Sanità in merito all'impegno a valutare la possibile attribuzione della quota aggiuntiva dello 0,8% rispetto all'incremento già riconosciuto nell'ambito del presente rinnovo contrattuale, si impegna a riconvocare le parti una volta esperite tutte le procedure di deliberazione del relativo atto di indirizzo.

Il Coordinatore  
dott. Franco Rossi  
(*firmato*)

## **DICHIARAZIONI A VERBALE DELLE OO.SS. – PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

### **DICHIARAZIONE A VERBALE CIPE**

La C.I.Pe. – Confederazione Italiana Pediatri

- **PUR RITENENDO**

giuridicamente valido e vincolante l'accordo sottoscritto dalle parti il 02.03.2010 ed il relativo ACN allegato;

- **REPUTANDO**

dannoso per la categoria la mancanza di una copertura assicurativa certa per i primi 30 giorni di malattia;

- **PUR AVENDO FATTO RILEVARE:**

1. L'assenza di una dichiarazione congiunta relativa al pagamento dell'IRAP, nella quale si specifichi il ruolo del collaboratore di studio, utile per escludere l'autonoma organizzazione ed evitare così l'iniquo pagamento dell'IRAP stessa, dichiarazione prevista nel contratto dei Medici di Medicina Generale;
2. L'obbligo di trasmettere dati sensibili pediatrici senza una norma esplicita di tutela della riservatezza dei dati, a salvaguardia del pediatra e dell'assistito;
3. La carenza cronica di risorse destinate alla reale incentivazione della Pediatria di famiglia;
4. Il miserevole incremento stipendiale del 2%, a fronte del contestuale aumento degli obblighi burocratici che andranno a scapito della qualità dell'assistenza;
5. La mancanza di una data certa di scadenza del Contratto, e ciò, oltre a disincentivare l'apertura di tavoli contrattuali, potrebbe comportare, in una indefinita tornata di trattative, l'impossibilità di maturare arretrati futuri;

**SI VEDE PERTANTO COSTRETTA**

Ancora una volta, ad una firma puramente tecnica dell'odierno contratto, dopo un'attenta analisi ed una valutazione piuttosto negativa del suo insieme da parte dei propri organismi sindacali;

**RISERVANDOSI**

in ogni caso le necessarie verifiche giurisdizionali sulla legittimità dell'atto, o parte di esso, eventualmente lesive degli interessi della categoria, come ampiamente rappresentato più volte in sede trattante.



# ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 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 28 marzo 2018, alle ore 15:15 ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta ai sensi dell'articolo 8 del d.lgs., n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Vincenzo Pomo (firmato)

e le seguenti organizzazioni sindacali:

**FIMP** (firmato)

**SIMPEF** (firmato)

**FEDERAZIONE CIPE-SISPE-SINSPE** (firmato)

Vista la Legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'articolo 4, comma 9, Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'articolo 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge 8 novembre 2012, n. 189;

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014);

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep. 164/CSR);

Visto l'articolo 2 nonies della Legge 26 maggio 2004, n. 138;

Visto l'accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 29 luglio 2004;

Visto l'articolo 1, comma 178 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto l'articolo 1, comma 470 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Vista la Legge 11 dicembre 2016, n. 232;

Visto l'articolo 1, comma 683 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 recante regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE);

Visto l'articolo 9-quater del D.L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2015, n. 125;

Visto il D.P.C.M. 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto il D.P.C.M. 27 febbraio 2017;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 189/CSR del 28 ottobre 2010, Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019»;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 14/CSR del 2 febbraio 2017, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute".

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

# INDICE

INDICE.....	4
Premessa .....	5
Art. 1 – Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale .....	6
Art. 2 – Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni.....	7
Art. 3 – Esercizio del diritto di sciopero .....	9
Art. 4 – Procedure per l’assegnazione di incarichi.....	10
Art. 5 – Modifiche all’ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. ....	13
Art. 6 – Arretrati .....	14
Art. 7 – Entrata in vigore dell’Accordo e rappresentatività a livello decentrato.....	16
Norme transitorie .....	17
Allegato 1 – Titoli per la formazione della graduatoria regionale.....	18
Allegato 2 – Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell’area della pediatria di libera scelta.....	20

## PREMESSA

---

Il presente ACN viene sottoscritto in attesa di concludere entro l'anno la contrattazione del triennio 2016-2018 (economico e normativo). In considerazione dell'attuale contesto normativo, il presente Accordo affronta alcune priorità emerse nel corso della trattativa, già oggetto delle linee di indirizzo, che richiedono una soluzione negoziale particolarmente tempestiva.

Tali priorità attengono in particolare alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), alla necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei pediatri che si prospetta nel prossimo quinquennio e alla regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali. Con il presente ACN vengono altresì definite le modalità di erogazione delle risorse relative agli anni 2010-2015, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN, nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 legati alla partecipazione per la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale sopra richiamati.

## ART. 1 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE

---

1. La programmazione regionale finalizzerà gli AAIIRR alla realizzazione delle esigenze assistenziali del proprio territorio, tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:
  - a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.)*. Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta alla presa in carico degli assistiti affetti da malattie rare o croniche e ad alta complessità per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.
  - b) *PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.) 2017-2019*. La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il P.N.P.V. 2017-2019 propone il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età. Le Regioni sono impegnate a individuare il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e, ove necessario, nell'ambito degli AAIIRR prevedono una attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.
  - c) *ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO*. L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AAIIRR prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei pediatri di libera scelta e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.
  - d) *GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA*. Nell'ambito degli AAIIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere prevista specificamente la partecipazione dei pediatri di libera scelta ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di *follow-up* nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti.

## ART. 2 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI

---

1. A partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore del presente Accordo, l'articolo 15 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

### *“ART. 15 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI.*

1. I pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività previste dal presente Accordo sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità con procedure tese allo snellimento burocratico ed al rispetto dei tempi.
2. I pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 17, comma 1, lettere f) e j) e devono possedere alla scadenza del termine per la presentazione della domanda i seguenti requisiti:
  - a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
  - b) iscrizione all'Albo professionale;
  - c) diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria di cui al comma 6.
3. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono far domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.
4. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria i pediatri di cui al comma 2 devono trasmettere a mezzo procedura telematica definita dalla Regione, entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, una domanda in bollo integrata ai sensi della normativa vigente con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente oltre al punteggio per il titolo di cui al comma 2, lettera c). La domanda di inclusione deve essere rinnovata di anno in anno e deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'Allegato 1. La Regione può prevedere che nella medesima domanda il pediatra esprima la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali di cui al comma 7.
5. L'amministrazione regionale, o l'Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui all'Allegato 1, predispone la graduatoria, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito.

6. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione i pediatri interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria definitiva è approvata dall'Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 30 novembre di ciascun anno. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale. La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo.

7. Le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva di cui al comma precedente, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.

8. Le domande di partecipazione all'avviso di cui al comma 7, in bollo, devono essere trasmesse entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda, fatto salvo il caso di adozione della procedura di cui al comma 4, ultimo capoverso. I pediatri di cui al precedente comma, lettera b) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

9. La Regione può provvedere alla attuazione di quanto disposto dal presente articolo adottando differenti modalità di trasmissione delle domande tese comunque alla semplificazione dell'iter amministrativo, alla riduzione degli adempimenti dei pediatri aspiranti all'incarico ed alla limitazione degli oneri sostenuti.”

## ART. 3 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO

---

1. L'articolo 31 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

*“ART. 31 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO.*

1. L'esercizio del diritto di sciopero, le prestazioni indispensabili e le loro modalità di erogazione e quanto altro previsto dalla Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, sono regolamentati secondo quanto previsto dall'Allegato 2 del presente Accordo, recante l'Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della pediatria di libera scelta.”

## ART. 4 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI

---

1. A partire dalla prima pubblicazione utile successiva al 1 gennaio 2019 degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta, l'articolo 33 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. è sostituito dal seguente:

### *“ART. 33 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI.*

1. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 32.
2. In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del pediatra, l'Azienda può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale ed eventualmente indicare una modalità articolata.
3. L'indicazione di cui al comma precedente costituisce vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 (tre) dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, il pediatra può chiedere all'Azienda di rimuovere tale vincolo in caso di pubblicazione di una nuova zona carente nell'ambito di scelta. Al momento del rilevamento della zona carente, l'Azienda, sentito il pediatra interessato, indica la sede da lui lasciata vacante come sede di pubblicazione della nuova zona carente. Lo spostamento dello studio può aver luogo esclusivamente con l'inizio dell'attività convenzionale del nuovo inserito.
4. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più ambiti territoriali carenti.
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi secondo il seguente ordine:
  - a) per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN;
  - b) per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN;
  - c) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
  - d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4.
6. I pediatri di cui al comma 5, lettere a) e b) sono graduati in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1.

7. I pediatri di cui al comma 5, lettera c) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15;
- b) punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- c) punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

8. I pediatri di cui al comma 5, lettera d) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

9. In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri di cui al comma 5, lettere a) e b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

10. Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli ambiti per cui concorre.

11. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella secondo il seguente ordine:

- a) i pediatri di cui al comma 5, lettera a);
- b) i pediatri di cui al comma 5, lettera b);
- c) i pediatri di cui al comma 5, lettera c);
- d) i pediatri di cui al comma 5, lettera d), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

12. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più ambiti territoriali rimangano vacanti, la Regione o il soggetto da questa individuato, predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli ambiti territoriali sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i pediatri interessati. La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 30 (trenta) giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da parte dei pediatri, purché non titolari di incarico a tempo indeterminato nell'ambito del SSN.

La Regione, o il soggetto da questa individuato, procede alla valutazione delle domande pervenute secondo il seguente ordine di priorità:

- a) pediatri inseriti nelle graduatorie di altre Regioni;
- b) pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.

I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza e in caso di pari punteggio prevalgono, nell'ordine, la

anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione e la minore età. I candidati di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età, con priorità di interpello per i pediatri residenti nell'ambito carente, in Azienda e successivamente nella Regione e fuori Regione.

13. La Regione, o il soggetto individuato, indica nell'avviso di cui al comma 1 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei pediatri con un preavviso di 15 (quindici) giorni. Gli stessi termini e modalità si applicano alle procedure di cui al comma 12.

14. Il pediatra interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico o rinunciare all'assegnazione.

15. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli ambiti territoriali carenti per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati.

16. Il pediatra che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 19, comma 1, lettera c). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

17. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il pediatra deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 17 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

18. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione di ambito territoriale carente, ai sensi del comma 5, lettera b), ad un pediatra proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto dal comma 16.

19. Per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie la Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure di cui ai commi 1 e 12, può procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo.”

## **ART. 5 – MODIFICHE ALL’ACN 15 DICEMBRE 2005 E S.M.I.**

---

1. A partire dall’entrata in vigore dell’articolo 2 del presente Accordo, è abrogato l’articolo 16 dell’ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. e la valutazione dei titoli avviene secondo i punteggi previsti dall’Allegato 1.
2. Nell’articolo 17, comma 1, la lettera f) dell’ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. è sostituita dalla seguente: “f) fruiscia del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;”.
3. Nell’articolo 17, comma 1, la lettera j) dell’ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. è sostituita dalla seguente: “j) fruiscia di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni della “quota A” del fondo di previdenza generale dell’ENPAM;”.
4. A partire dall’entrata in vigore dell’articolo 2 del presente Accordo, nell’articolo 34, comma 3, primo alinea, dopo le parole “eventuali prescrizioni di cui all’articolo 33”, le parole “comma 11” sono sostituite dalle parole “comma 2”.
5. A partire dall’entrata in vigore dell’articolo 2 del presente Accordo, è abrogata la norma transitoria n. 8 dell’ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.

## ART. 6 – ARRETRATI

---

1. Preso atto delle disposizioni finanziarie assunte dal Governo in materia e considerata la scelta di addivenire alla sottoscrizione del presente ACN in attesa di definire compiutamente la revisione contrattuale normativa ed economica relativa al triennio 2016-2018, le parti concordano l'erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per il periodo 2010-2015 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN), per i pediatri di libera scelta, da erogarsi secondo la seguente tabella e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

TABELLA A1 – Arretrati 2010 - 2015

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2010	0,67
arretrati 2011	0,99
arretrati 2012	0,99
arretrati 2013	0,99
arretrati 2014	0,99
arretrati 2015	0,99

2. Per la partecipazione alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), per la necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei pediatri e la regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali, sono corrisposti gli arretrati relativi agli anni 2016 e 2017 (pari all'indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché agli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017) secondo la seguente tabella e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico dell'Azienda:

TABELLA A2 – Arretrati 2016 - 2017

Anno	€/anno per assistito
arretrati 2016	1,46
arretrati 2017	2,43

3. Gli arretrati di cui alla tabella A1 del comma 1 e alla tabella A2 del comma 2 sono corrisposti nel limite del massimale del pediatra di libera scelta e delle scelte in deroga acquisite secondo quanto previsto dall'articolo 38 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. nell'anno di riferimento.

4. Gli arretrati di cui al comma 1 del presente articolo sono corrisposti entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente ACN.
5. Gli arretrati di cui al comma 2 del presente articolo sono corrisposti entro i 90 giorni successivi al termine di cui al comma precedente.

## ART. 7 – ENTRATA IN VIGORE DELL'ACCORDO E RAPPRESENTATIVITÀ A LIVELLO DECENTRATO

---

1. Il presente Accordo entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
2. Il presente Accordo nelle more della vigenza dell'ACN del triennio 2016-2018 (economico e normativo) integra e sostituisce, ove espressamente previsto, l'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.
3. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentatività a livello nazionale di cui all'articolo 22, comma 6, dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.
4. Gli Accordi Attuativi Aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale.

## NORME TRANSITORIE

---

### **Norma transitoria n. 1**

I pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente al 31 gennaio 2018 possono presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale entro il 15 settembre 2018. La domanda deve essere corredata dall'autocertificazione del titolo nel frattempo acquisito e dei titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2017.

### **Norma transitoria n. 2**

Fino all'entrata in vigore dell'articolo 4 del presente Accordo, alle procedure per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti, pubblicati sul Bollettino Ufficiale dalla Regione o dal soggetto da questa individuato, è consentita la partecipazione anche ai pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale. Tali pediatri concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e minore età, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda e successivamente nella Regione e fuori Regione. Il possesso del diploma di cui sopra deve essere autocertificato nella domanda di partecipazione all'assegnazione degli ambiti carenti.

## ALLEGATO 1 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE

---

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati di seguito con l'indicazione del relativo punteggio:

I. TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

- a) specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.,  
per ciascuna specializzazione: p. 4,00
- b) specializzazione in disciplina affine alla pediatria ai sensi della tabella B del D.M. 31 gennaio 1998 e s.m.i.,  
per ciascuna specializzazione: p. 2,00
- c) specializzazione in discipline diverse da quelle previste alle lettere a) e b),  
per ciascuna specializzazione: p. 0,20
- d) conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE):  
complessivamente p. 0,50
- e) conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente europea per l'utilizzo del PC (ECDL):  
complessivamente p. 0,25

II. TITOLI DI SERVIZIO:

- a) attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'articolo 8, comma 1, del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione,  
per ciascun mese complessivo: p. 1,10  
(per l'attività sindacale il mese corrisponde a 96 ore);
- b) servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale, nell'emergenza sanitaria territoriale, di assistenza primaria,  
per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività: p. 0,10  
(per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore);
- c) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo: p. 0,10
- d) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,  
per ciascun mese: p. 0,05

e) attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125; della Legge 10 luglio 1960, n. 735 e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430,

per ciascun mese complessivo: p. 0,10

f) attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono,

per ciascun mese complessivo: p. 0,05

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, le frazioni di mese superiori a 15 giorni (per l'attività sindacale superiore a 48 ore) sono valutate come mese intero.
3. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante la scuola di specializzazione in pediatria o equipollente di cui all'articolo 15, comma 2, lettera c) non sono valutabili. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolto durante le scuole di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettere b) e c) del presente Allegato.
4. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, anzianità di specializzazione, voto di specializzazione e minore età.
5. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente Allegato.

## ALLEGATO 2 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

---

1. Nell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. è inserito il seguente:

*“ALLEGATO 2 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA.*

### ART. 1

#### CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

1. Il presente Accordo è applicato a tutti i pediatri di libera scelta in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. operanti secondo le previsioni del vigente ACN.
2. Le clausole del presente Accordo attuano le disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, in caso di sciopero nei servizi pubblici essenziali, indicando i livelli minimi essenziali di assistenza sanitaria territoriale e fissando i criteri per la determinazione dei contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli. Per quanto non espressamente previsto dal presente Accordo si intendono applicate le disposizioni di legge di cui al presente comma.
3. Il presente Accordo indica tempi e modalità per l'espletamento delle procedure di conciliazione e di raffreddamento.
4. Le clausole del presente Accordo si applicano alle azioni sindacali relative alle politiche sindacali di riforma, rivendicative e contrattuali, sia a livello nazionale che decentrato. Tutte le disposizioni in tema di preavviso e di durata non si applicano nelle vertenze relative alla difesa dei valori e dell'ordine costituzionale, per gravi eventi lesivi dell'incolumità e della sicurezza dei lavoratori.

### ART. 2

#### SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

1. Ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 come modificata dagli articoli 1 e 2 della Legge 11 aprile 2000, n. 83, le prestazioni indispensabili di assistenza pediatrica da considerare essenziali nella presente area negoziale, per assicurare il rispetto dei valori e dei diritti costituzionalmente tutelati, sono le seguenti: visite domiciliari non differibili, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali.
2. Le prestazioni minime indispensabili vengono erogate da ciascun pediatra convenzionato in riferimento ai propri assistiti in carico.

## ART. 3

### MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Le rappresentanze sindacali che proclamano azioni di sciopero che coinvolgono i servizi di cui all'articolo 2 sono tenute a darne comunicazione alle Aziende ed enti interessati con un preavviso non inferiore a 10 giorni precisando, in particolare, la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca spontanea di uno sciopero indetto in precedenza, le rappresentanze sindacali devono darne comunicazione alle predette amministrazioni almeno 5 giorni prima.
2. Le rappresentanze sindacali che proclamano sciopero, a prescindere dall'ambito territoriale di proclamazione dello stesso, informano con la stessa tempistica di cui al precedente comma la "Commissione di Garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali".
3. La proclamazione degli scioperi relativi a vertenze nazionali vanno comunicati: al Ministero della Salute, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e a tutti i Presidenti di Regione e i Presidenti delle Province Autonome di Trento e Bolzano; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze in ambiti regionali vanno comunicati al Presidente della Regione o della Provincia Autonoma, all'Assessore alla Sanità, a tutti i Prefetti delle province della Regione; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze a livello di Azienda va comunicata all'Assessore regionale alla Sanità, al Direttore Generale dell'Azienda e al Prefetto competente per territorio. Nei casi in cui lo sciopero incida su servizi resi all'utenza, le Regioni ed enti interessati sono tenute a trasmettere agli organi di stampa ed alle reti radiotelevisive pubbliche e private di maggiore diffusione nell'area interessata dallo sciopero una comunicazione circa i tempi e le modalità dell'azione di sciopero. Analoga comunicazione viene effettuata dalle stesse amministrazioni anche nell'ipotesi di revoca, sospensione o rinvio dello sciopero, ai sensi dell'articolo 4, comma 8.
4. Le rappresentanze sindacali comunicano alle amministrazioni interessate la durata delle azioni di sciopero come di seguito elencate:
  - a) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non potrà superare, la durata massima di 2 (due) giorni continuativi. In ogni caso lo sciopero non potrà essere a ridosso di giorni festivi;
  - b) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non supereranno i 3 (tre) giorni consecutivi. Nel caso in cui dovessero essere previsti a ridosso dei giorni festivi, la loro durata non potrà comunque superare un giorno;
  - c) lo sciopero dovrà essere proclamato per almeno una giornata lavorativa;
  - d) l'area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda. Sono altresì escluse forme surrettizie di sciopero quali le assemblee permanenti o forme improprie di astensione dal lavoro;
  - e) in caso di scioperi distinti nel tempo, sia della stessa che di altre organizzazioni sindacali, incidenti sullo stesso servizio finale e sullo stesso bacino di utenza, l'intervallo minimo tra l'effettuazione di un'azione di sciopero e la proclamazione della successiva è fissato in quarantotto ore, alle quali segue il preavviso di cui al comma 1.
5. Le azioni di sciopero non saranno effettuate:
  - nel mese di agosto;

- nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
  - nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali regionali, e comunali, per i singoli ambiti;
  - nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
  - nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.
6. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.
  7. L'adesione allo sciopero comporta la trattenuta del trattamento economico relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale.
  8. La trattenuta prevista dal precedente comma 7 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine dello sciopero medesimo.
  9. Per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui all'articolo 2, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuta ai pediatri di libera scelta una percentuale del compenso previsto per essi dall'articolo 58 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta, da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale.

## ART. 4

### PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. In caso di insorgenza di una controversia sindacale che possa portare alla proclamazione di uno sciopero, vengono espletate le procedure di conciliazione di cui ai commi seguenti.
2. I soggetti incaricati di svolgere le procedure di conciliazione sono:
  - a) in caso di conflitto sindacale di rilievo nazionale, il Ministero del Lavoro;
  - b) in caso di conflitto di livello regionale, il Prefetto del Capoluogo di Regione;
  - c) in caso di conflitto sindacale di Azienda, il Prefetto del Capoluogo di Provincia competente.
3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del Lavoro, entro un termine di tre giorni lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta che chiarisca le motivazioni e gli obiettivi della formale proclamazione dello stato di agitazione e della richiesta della procedura conciliativa, provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. Il medesimo Ministero può chiedere alle organizzazioni sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti notizie e chiarimenti per l'utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il quale il tentativo si considera comunque espletato ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83.
4. Con le stesse procedure e modalità di cui al comma precedente, nel caso di controversie regionali e di Azienda, i soggetti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 provvedono alla convocazione delle parti per l'espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di cinque giorni dall'apertura del confronto.

5. Il tentativo si considera altresì esplicito ove i soggetti di cui al comma 2 non abbiano provveduto a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.
6. Il periodo della procedura conciliativa di cui al comma 3 ha una durata complessivamente non superiore a sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quello del comma 4, una durata complessiva non superiore a dieci giorni.
7. Del tentativo di conciliazione di cui al comma 3 viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti, è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere l'espressa dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma sleale di azione sindacale ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.
8. Le revoche, le sospensioni ed i rinvii dello sciopero proclamato non costituiscono forme sleali di azione sindacale, qualora avvengano nei casi previsti dall'articolo 2, comma 6 della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, o nel caso di oggettivi elementi di novità nella posizione della controparte datoriale.
9. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra individuate, le parti non intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l'autorità giudiziaria sulle materie oggetto della controversia.
10. In caso di proclamazione di una seconda iniziativa di sciopero, nell'ambito della medesima vertenza e da parte del medesimo soggetto, è previsto un periodo di tempo dall'effettuazione o revoca della precedente azione di sciopero entro cui non sussiste obbligo di reiterare la procedura di cui ai commi precedenti. Tale termine è fissato in 120 giorni, esclusi i periodi di franchigia di cui all'articolo 3, comma 5.

## ART. 5

### COMUNICAZIONI

1. Le Aziende sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente.
2. Allo scopo di conciliare il diritto individuale di adesione alla astensione collettiva con le necessità organizzative delle Aziende sanitarie, il pediatra convenzionato è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria adesione allo sciopero entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale, fatta eccezione per i pediatri iscritti alla Organizzazione Sindacale che ha proclamato lo sciopero i quali sono tenuti a comunicare entro il medesimo termine l'eventuale non adesione."