

Ruolo delle **dinamiche demografiche**
nelle strategie di contrattazione sindacale

La definizione del **rapporto ottimale** e
la programmazione della copertura delle **carenze assistenziali**
(art. 30)

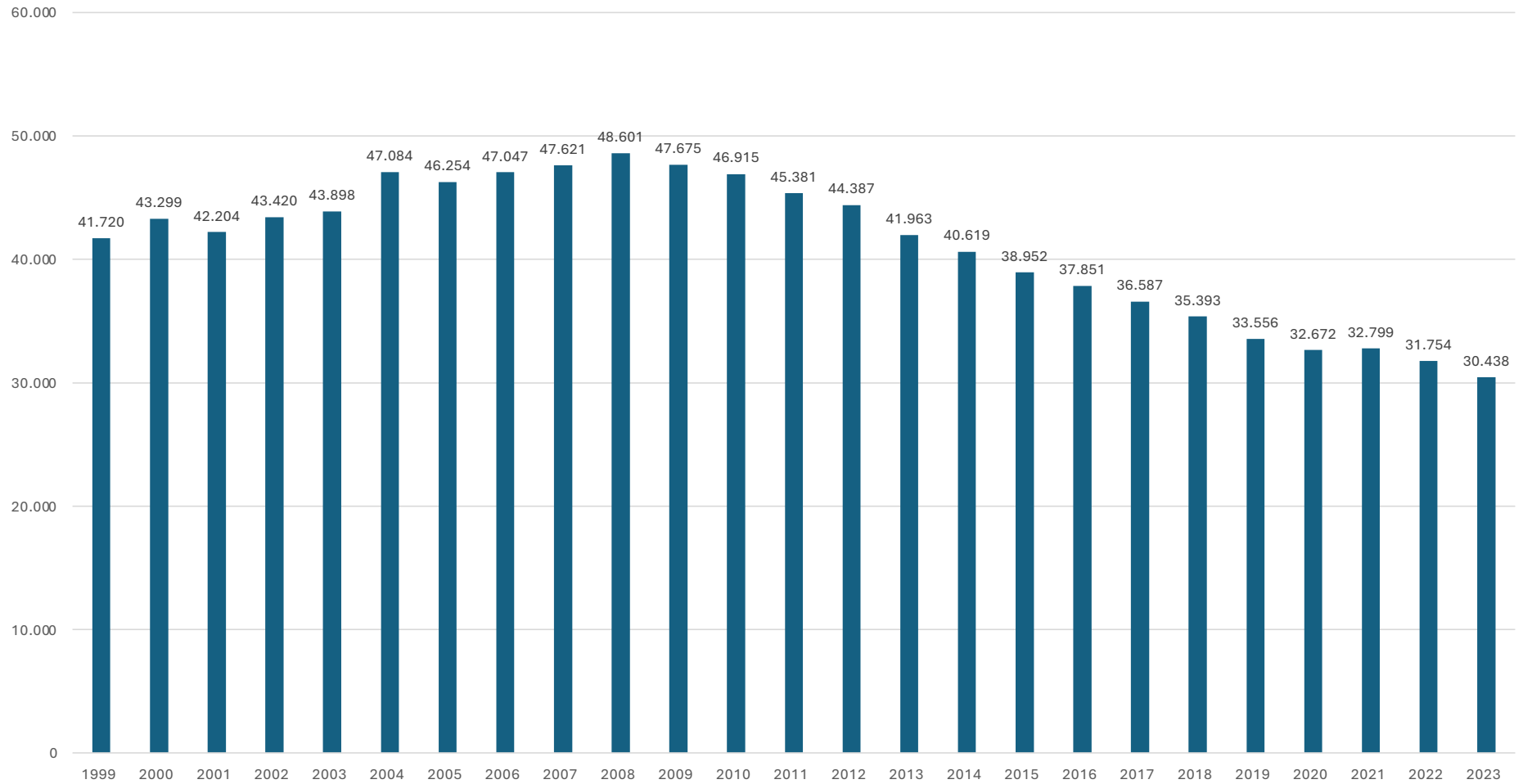
Franco Pisetta

REGIONE VENETO

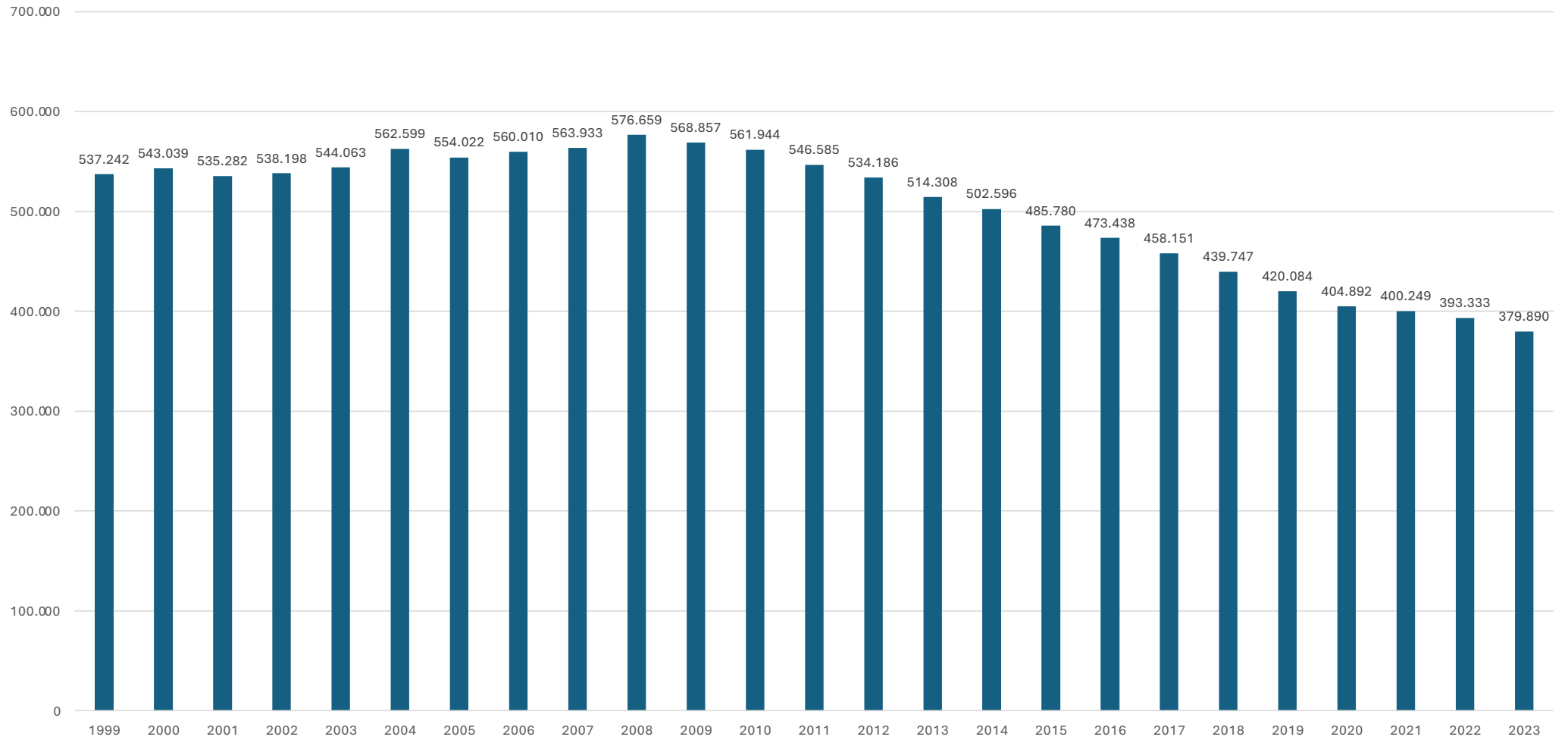
1992

Provincia	pop. 0-6	pop. 7-14	pop. 0-14	N°tot. Ped	Ped. imp.	Max. teor.	Max.reale	Lim.obbl.	Autolimit.	Tot.scelte	N°ped.SU	ore/sett. cons.	ore/sett. m.scol.	Tot. ore/sett.
Belluno	9206	15328	24534	11	1	8800	8240	180	380	8520	8 (7S 1ms+ osped.)	57 (39su 8ms 10 osp)	80 (65su12ms 3 osp)	137 (104 su 20 ms 13 osp.)
Treviso	39278	58906	98184	65	8	52600	50260	2230	110	44749	21 (21SU9im osp)	322,5 (300,5 SU 22 osp.)	347 (339 SU 8 osp)	669,5 (639 SU 30 osp)
Venezia	38338	55111	93449	71	14	56800	50225	2365	4310	44266	48 30S(13i) 12ms6Dtp	396 (308 su 88 dip)	809 (428 su 241 ms 140 dip)	1205 (736 su 241ms 228 dip)
Padova	43867	65111	108978	76	8	61800	57479	3300	1021	53372	38 (SU,11im)	370 (325 su 45 osp.)	540 (510 su 30 osp.)	910 (835 Sum 75 osp)
Rovigo	11782	18210	29992	13	1	10600	10090	360	150	9059	8 (7su 1m.s)	179 (SUMAI)	12 (m.serv.)	191 (179 SU 12m.ser.)
Vicenza	45003	59491	104494	77	8	62000	59210	1740	1050	50869	23 (16S-7ms)	256,5 (121 Su 24 med.s. 111,5 osp)	256 (35 Su 82 med.s. 139 osp.)	512,5 (156 SU 106 m.s. 250,5 osp)
Verona	43257	62259	105516	97	7	78600	75940	1960	1690	64022	8 (8 SU 4im)	40 (SUMAI)	51,5 (SUMAI)	91,5 (SUMAI)
Tot. Reg.	230731	334416	565147	410	47	331200	311444	12135	8711 Ass/Pls	274857 670	154 127 SUM 21 m.serv.	1621 1313,5 SUMAI 32 med.servizi	2095,5 1428,5 SUMAI 347 med.servizi	3716,5 2741 SUMAI 379 med.serv.
											%Ass 1/14	49%	6 dip. T.P vari osp.	276,5 dip-osp. 320 dip-osped. 596,5 dip-osp.

VENETO Nati vivi ISTAT



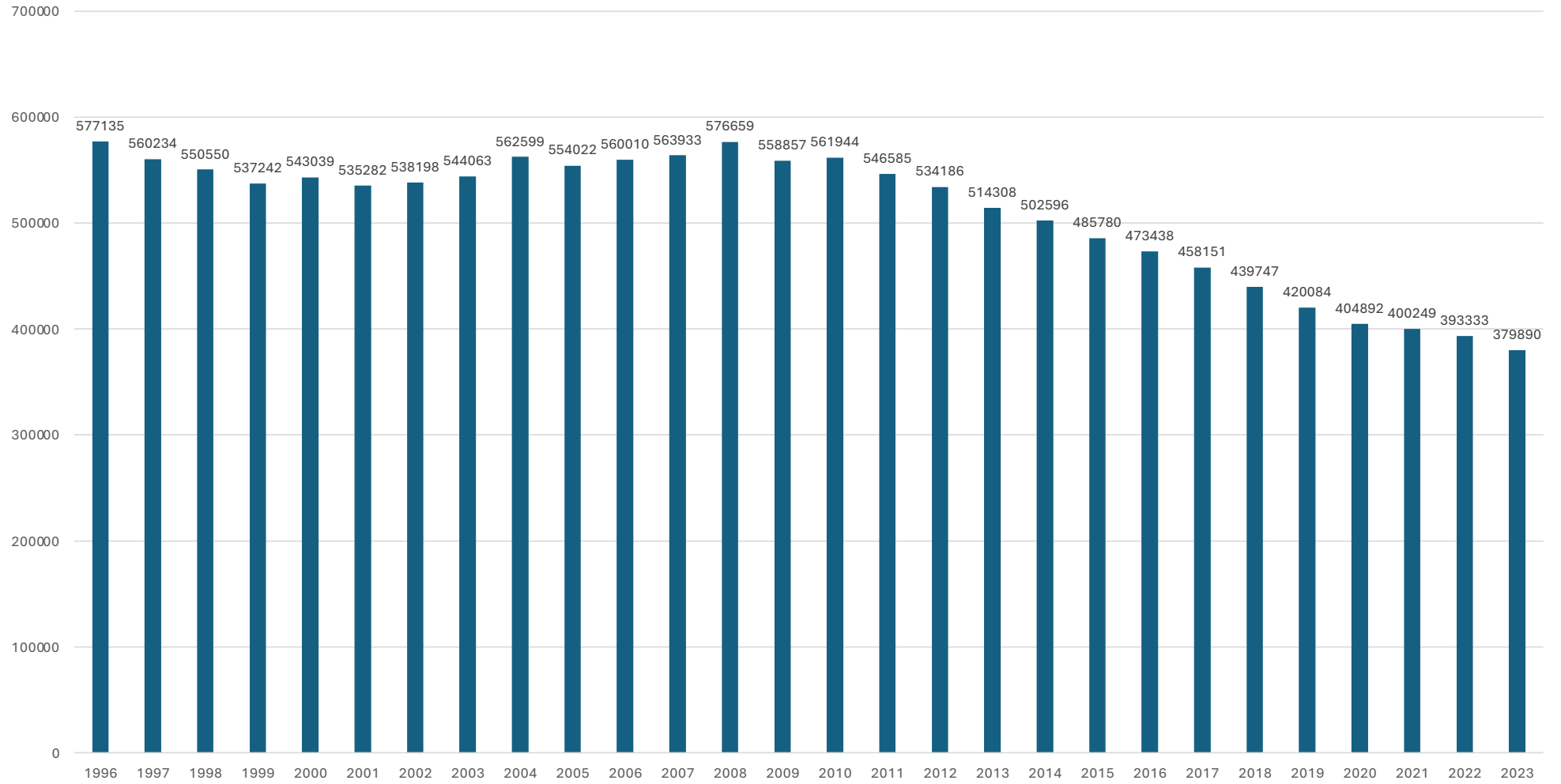
ITALIA Nati vivi ISTAT



ITALIA Ricambio Popolazione pediatrica 1-14 anni dati reali dei nati per anno

Anni	Popolazione Ped.	Anni	Popolazione Ped.	Riduzione
2009	558857	2023	379890	178967
2008	576659	2022	393333	183326
2007	563933	2021	400249	163684
2006	560010	2020	404892	155118
2005	554022	2019	420084	133938
2004	562599	2018	439747	122852
2003	544063	2017	458151	85912
2002	538198	2016	473438	64760
2001	535282	2015	485780	49502
2000	543039	2014	502596	40443
1999	537242	2013	514308	22934
1998	550550	2012	534186	16364
1997	560234	2011	546585	13649
1996	577135	2010	561944	15191
	7761823		6515183	1246640

ITALIA Popolazione pediatrica

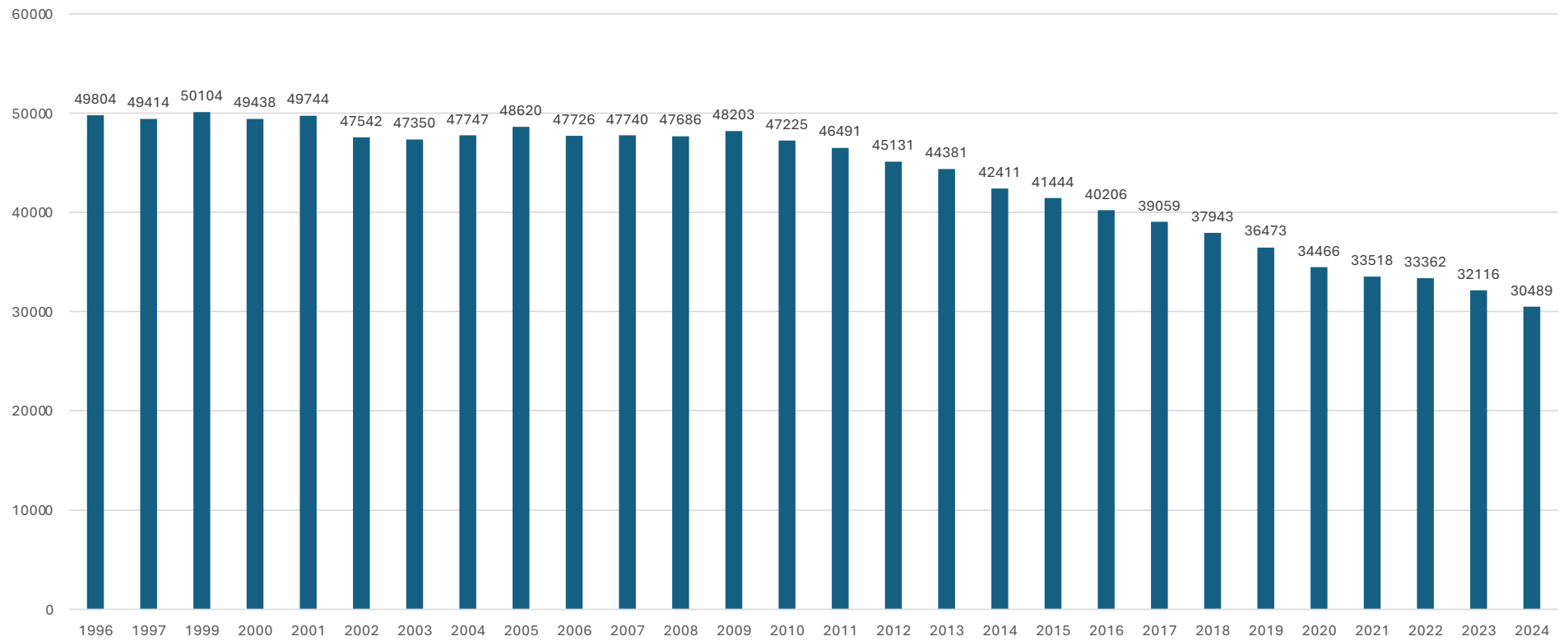


ITALIA Popolazione pediatrica 1-14 dati ISTAT

Anno	Pop. 0-13	Riduzione	%	Pls	Riduzione	%
2009	7761823			7695		
2023	6515183	-1246640	-17%	6681	1035	-14%
2037						
previsione Media	5502562	-1012621		5357?	1324?	-20%?
previsione Minima	5131743	-1383440	-22%	5009?	1672?	-25%?

VENETO									
classi di età	0-13 anni		classi di età	0-13 anni	differenza		classi di età	0-13 anni	differenza
1996	49804		2011	46491	3313		2025	30025	16466
1997	49414		2012	45131	4283		2026	30055	15076
1999	50104		2013	44381	5723		2027	30137	14244
2000	49438		2014	42411	7027		2028	30253	12158
2001	49744		2015	41444	8300		2029	30400	11044
2002	47542		2016	40206	7336		2030	30582	9624
2003	47350		2017	39059	8291		2031	30801	8258
2004	47747		2018	37943	9804		2032	31023	6920
2005	48620		2019	36473	12147		2033	31257	5216
2006	47726		2020	34466	13260		2034	31529	2937
2007	47740		2021	33518	14222		2035	31790	1728
2008	47686		2022	33362	14324		2036	31996	1366
2009	48203		2023	32116	16087		2037	32169	-53
2010	47225		2024	30489	16736		2038	32148	-1659
Totali	678343			537490	140853			434165	103325

VENETO Popolazione pediatrica



VENETO	bb 0-13	Assititi	%assititi	n° Pls	Ass/Pls
1992	565147	274857	49	410	670
1997	541955	372534	69	492	757
2003	592307	481922	81	543	888
2007		519425		558	931
2011	678343	578650	85	572	1012
2014	633069	564695	89	565	999
2016	624087	562480	90	556	1012
2024	537418	508785	95	499	1020
	14-15	13806			
	0-13 reali	494979	92		

Calo assistiti e PLS

REGIONE VENETO	2016			2024			Differenza 2016-2024	
	assistiti	PLS		assistiti	PLS		assistiti	PLS
ULSS 1 Dolomiti	17550	20		16897	18		653	2
ULSS 2 Marca Trevigiana	110612	108		96247	93		14365	15
ULSS 3 Serenissima	65200	64		60544	58		4656	6
ULSS 4 Veneto Orientale	22752	21		21197	19		1555	2
ULSS 5 Polesana	21702	23		19344	19		2358	4
ULSS 6 Euganea	110446	102		97941	92		12505	10
ULSS 7 Pedemontana	43634	45		40025	42		3609	3
ULSS 8 Berica	61638	60		53790	48		7848	12
ULSS 9 Scaligera	108946	113		102066	110		6880	3
Totale Regione	562480	556		508051	499		54429	57

MINISTERO DELLA SALUTE
EX DIREZIONE GENERALE DELLA DIGITALIZZAZIONE, DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E DELLA STATISTICA
UFFICIO DI STATISTICA

DISTRIBUZIONE DEI MEDICI PEDIATRI PER CLASSI DI SCELTE E NUMERO SCELTE PER MEDICO PEDIATRA – ANNO 2023

Regione	Medici Pediatri distinti per classi di scelte										Numero Scelte per Pediatra
	Da 1 a 250		Da 251 a 800		Oltre 800		Totale		Di cui indennità per attività in forma associativa		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
PIEMONTE			45	12,8	307	87,2	352	100,0	137	38,9	1.102
VALLE D' AOSTA			2	18,2	9	81,8	11	100,0	9	81,8	1.049
LOMBARDIA	7	0,7	200	18,8	855	80,5	1.062	100,0	717	67,5	981
PROV. AUTON. BOLZANO			4	7,1	52	92,9	56	100,0	46	82,1	1.118
PROV. AUTON. TRENTO	4	5,9	12	17,6	52	76,5	68	100,0	61	89,7	906
VENETO	1	0,2	59	11,5	453	88,3	513	100,0	440	85,8	1.006
FRIULI VENEZIA GIULIA			22	19,6	90	80,4	112	100,0	36	32,1	3.154
LIGURIA	3	1,9	40	25,5	114	72,6	157	100,0	136	86,6	879
EMILIA ROMAGNA	6	1,1	201	35,6	358	63,4	565	100,0	414	73,3	832
TOSCANA	48	10,1	80	16,9	346	73,0	474	100,0	261	55,1	924
UMBRIA	2	1,9	41	39,8	60	58,3	103	100,0	72	69,9	795
MARCHE	2	1,3	19	12,6	130	86,1	151	100,0	104	68,9	892
LAZIO	11	1,5	200	27,5	516	71,0	727	100,0	474	65,2	807
ABRUZZO	1	0,8	28	21,5	101	77,7	130	100,0	90	69,2	869
MOLISE			9	31,0	20	69,0	29	100,0	29	100,0	814
CAMPANIA	3	0,4	137	19,5	561	80,0	701	100,0	475	67,8	893
PUGLIA	5	1,0	195	39,0	300	60,0	500	100,0	427	85,4	802
BASILICATA			23	42,6	31	57,4	54	100,0	33	61,1	854
CALABRIA	1	0,5	66	29,9	154	69,7	221	100,0	157	71,0	871
SICILIA	5	0,9	206	35,5	369	63,6	580	100,0	454	78,3	818
SARDEGNA			61	43,6	79	56,4	140	100,0	28	20,0	803
ITALIA	99	1,5	1.650	24,6	4.957	73,9	6.706	100,0	4.600	68,6	936

ASS DIS MED 04

Dati SISAC 1.1.2024

- PLS: 6484
- Assistiti: 5835251
- Ass/PLS: 900



MINISTERO DELLA SALUTE
EX DIREZIONE GENERALE DELLA DIGITALIZZAZIONE, DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E DELLA STATISTICA
UFFICIO DI STATISTICA

DISTRIBUZIONE DEI MEDICI PEDIATRI PER ANZIANITA' DI SPECIALIZZAZIONE E BAMBINI PER MEDICO PEDIATRA – ANNO 2023

Regione	Numero Medici Pediatri per anzianità di specializzazione					Totale	% Medici Pediatri Uomini	Bambini Residenti per Medico Pediatra
	Da 0 a 2 anni	Da 2 a 9 anni	Da 9 a 16 anni	Da 16 a 23 anni	Oltre 23 anni			
PIEMONTE	3	17	32	59	241	352	20,2	1.302
VALLE D'AOSTA		1	2	1	7	11	36,4	1.245
LOMBARDIA		56	105	154	747	1.062	19,1	1.109
PROV. AUTON. BOLZANO	3	2	15	9	27	56	33,9	1.364
PROV. AUTON. TRENTO	2	6	8	9	43	68	25,0	995
VENETO	10	49	67	44	343	513	26,1	1.074
FRIULI VENEZIA GIULIA		17	12	24	59	112	22,3	1.114
LIGURIA	1	14	17	21	104	157	33,1	940
EMILIA ROMAGNA	6	73	70	87	329	565	22,5	894
TOSCANA		8	49	41	376	474	33,3	822
UMBRIA	1	8	12	9	73	103	27,2	888
MARCHE		5	8	5	133	151	35,1	1.070
LAZIO		17	49	48	613	727	27,0	910
ABRUZZO		3	2	3	122	130	39,2	1.072
MOLISE					29	29	55,2	995
CAMPANIA	7	18	51	40	585	701	44,5	1.017
PUGLIA		16	28	33	423	500	39,2	885
BASILICATA			1	1	52	54	31,5	1.032
CALABRIA	1	4	1	4	211	221	37,1	991
SICILIA	2	3	9	19	547	580	37,9	1.019
SARDEGNA	1	6	6	12	115	140	27,1	1.073
ITALIA	37	323	544	623	5.179	6.706	30,1	1.009

ASS_DIS_MED_03

Numero assistiti

ACN 2005

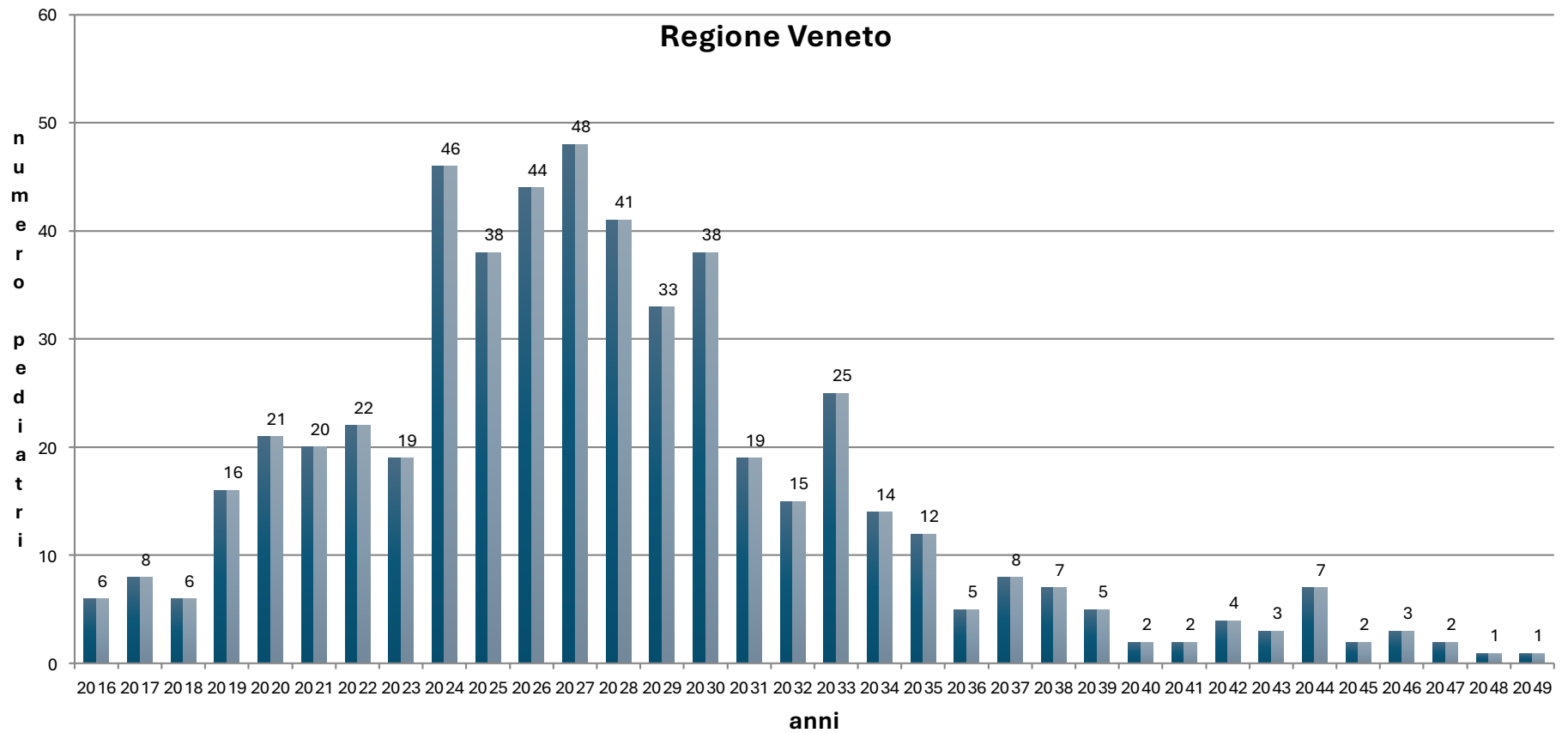
- ART. 38 - MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI
 - 9. non concorrono alla determinazione del massimale i **fratellini**
 - 10. Le scelte temporanee di cui **all'articolo 39, commi 7 e 11** non concorrono alla determinazione del massimale individuale.
 - 13. Non concorrono alla determinazione del massimale gli assistiti **ultraquattordicenni** ... 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
 - 7. Per i cittadini **extracomunitari**
 - 11. Per i cittadini **non residenti**

Numero assistiti

AIR 2006

- Le deroghe al massimale previste dal ACN 2005 vanno applicate anche ai massimali derogati
- Per la deroga degli extracomunitari (e temporanei e ultra quattordicenni) viene definita una % del massimale (anche derogato) del 8% modificabile a livello Aziendale secondo le necessità locali, sentito il Comitato Aziendale (arrivata anche al 25%)

PLS in Uscita (compimento 70 anni)



Rapporto convenzionale

- Non dipendenza
- Non libera professione
- Parasubordinazione: Accordo basato su reciproche garanzie

Il PLS garantisce una serie di compiti assistenziali e obblighi organizzativi

Il SSN/Regionale «garantisce» la possibilità di un guadagno «certo» o perlomeno «facilitato» (rispetto alla libera professione)

ETA' DI ESCLUSIVA - RAPPORTO OTTIMALE - ETA' PEDIATRICA - MASSIMALE

Dall'intreccio delicato di questi 4 parametri emerge l'entità del numero di assistiti di ciascun PLS e conseguente guadagno.

Nessuno di questi parametri è una variabile indipendente.

Età di esclusiva

- 0-5 anni (o dal 1° al 6° anno)
- 6 classi di età
- Da 0 anni a 5 anni e 364 giorni
- Non i seienni
- Obbligo di iscrizione al PLS

Le tavole statistiche dell'ISTAT partono da 0 anni (I.Stat)

Rapporto ottimale

- Era considerato il numero «giusto» di assistiti
- Definisce il numero teorico di assistiti «assicurati» per PLS (per un guadagno per cui ne valga la pena)
- Doveva essere «garantito» e quindi era calcolato sui soggetti in età di esclusiva
- Negli ACN era stabilito nella misura di 1 PLS ogni 600 bb in età di esclusiva (+ il resto finale se >300)
- Quasi tutte le Regioni hanno condiviso negli AIR modalità specifiche per definire il fabbisogno delle zone carente
- **La legge 182/2012 (che modifica su questo punto la Legge 833/1978) stabilisce che debba essere definito negli AIR**

Rapporto ottimale

- Automatismo indispensabile in fase di avvio della PLS (partendo da zero)
- Dopo 10 anni circa i primi problemi con l'avvicinamento o il raggiungimento del massimale, comunque risolto a livello regionale (zone carenti straordinarie ed elasticità delle deroghe al massimale, calcolo anche su parte della popolazione 7-14).
- Un automatismo, a regime, per le ovvie differenze di ciascuna realtà, potrà creare solo problemi e non risolvere i problemi locali reali.
- Il fabbisogno assistenziale è specifico per ciascuna zona

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 settembre 1990, n. 315

Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833

- **Art. 4. Rapporto ottimale**

....

4. Il numero dei pediatri iscrivibili in ciascun comune o altro ambito definito ai sensi del primo comma è determinato in base al rapporto di un medico per 600 - o frazione superiore a 300 - assistibili residenti in età compresa fra 0 e 6 anni.

5. In deroga al disposto del comma 4 l'U.S.L., sentito il Comitato ex art. 8, al raggiungimento da parte dei pediatri già iscritti di un numero medio di scelte pari **ai due terzi della media del loro massimale**, può, al fine di meglio garantire l'assistenza pediatrica, effettuare l'inserimento di **altri pediatri nel rapporto di un medico per 600 - o frazione superiore a 300 - assistibili residenti in età compresa fra 7 e 14 anni, calcolati in ragione di un terzo.**

AIR 2006

- Zone carenti straordinarie

Quando in un ambito territoriale, definito come ai punti a)-b)-c)-d) del precedente paragrafo, si verifichi una situazione di carenza assistenziale a causa del raggiungimento del proprio massimale da parte dei Pediatri inseriti e la conseguente impossibilità di operare ulteriori scelte pediatriche, senza che il calcolo del rapporto ottimale, come definito **all'art. 32* dell'ACN**, consenta la pubblicazione di una zona carente ordinaria, l'Azienda ULSS, sentito il Comitato ex art. 23, attiva le procedure previste dall'art. 38 comma 3**, fino al momento in cui il rapporto ottimale sarà tale da individuare una zona carente ordinaria.

Nel caso in cui i Pediatri interpellati non accettino la deroga al massimale, o questa venga accettata in maniera insufficiente a garantire la copertura assistenziale, l'Azienda ULSS attiva le procedure previste dall'art. 39 commi 12 e 13***, fermo restando che, tranne i casi di accertata impossibilità, le scelte relative ad assistiti in età di esclusiva devono essere effettuate in favore di un Pediatra e potrà richiedere la pubblicazione di una zona carente straordinaria d'intesa con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale. Nel caso di mancata intesa sulla pubblicazione della zona carente, l'Azienda ULSS sottopone la questione all'esame di una apposita Commissione regionale composta da tre esperti: il Presidente del Comitato regionale Pediatria di Libera Scelta o suo delegato, che la presiede, un membro proposto dalle OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale e un membro proposto dal Coordinamento dei Direttori Generali delle Aziende ULSS. La decisione di detta Commissione viene comunicata alle parti interessate per gli adempimenti conseguenti.

Tale pubblicazione potrà avvenire anche in deroga alle scadenze di aprile e ottobre previste dall'art. 33 dell'ACN

ACN 2005

- * Art. 32 comma 8

*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***

- ** Art. 38 comma 3

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.

AIR delega alle Aziende

- *** Art. 39 commi 12 e 13

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.



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME
COMITATO DI SETTORE COMPARTO REGIONI-SANITÀ
(ART. 41, COMMA 2, D.LGS. 165/2001)

12/COMITATOREG-SAN

ATTO DI INDIRIZZO

INERENTE

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I
MEDICI DI MEDICINA GENERALE ED I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

Roma, 20 gennaio 2023

secondo il modello organizzativo determinato dalla programmazione regionale con l'adozione della Centrale Unica o del Numero Unico Europeo 116117 o comunque con un'organizzazione che consenta una ridotta presenza fisica dei medici.

In tale ottica l'ACN della medicina generale potrà determinare una decisa evoluzione del ruolo unico dei medici di assistenza primaria, fornendo le indicazioni per la definitiva attuazione dello stesso sin dall'assegnazione degli incarichi affidati dall'entrata in vigore del testo negoziale. La pubblicazione per il ruolo unico di assistenza primaria dovrà definitivamente avvenire con assegnazione, nel limite della copertura delle ore disponibili, di un incarico ad attività oraria a tempo pieno (38 ore) e con obbligo di contemporanea apertura dello studio per lo svolgimento di attività a ciclo di scelta. Lo svolgimento delle due attività dell'incarico (oraria/ciclo di scelta) comporta l'introduzione di un meccanismo dinamico di contemperamento delle ore rispetto al carico assistenziale, nell'ambito dell'impegno settimanale a tempo pieno.

Per la copertura degli incarichi disponibili, nel limite del massimale orario/scelte già definito dall'ACN vigente (38 ore) e con adozione del medesimo meccanismo dinamico citato, i medici già incaricati di assistenza primaria a ciclo di scelta all'entrata in vigore dell'ACN potranno completare l'impegno settimanale con attività a rapporto orario e i medici a rapporto orario (a 24 ore) potranno completare l'incarico fino alle 38 ore con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito della AFT di appartenenza.

4/5

Per quanto riguarda la pediatria di libera scelta, al fine di rendere l'individuazione degli ambiti carenti più aderenti al numero di assistibili presenti nell'ambito stesso, l'ACN dovrà rivedere il sistema di calcolo del rapporto ottimale tenendo conto degli assistibili 0-14 decurtati degli assistiti 7-14 già in carico ai medici del ruolo unico di assistenza primaria. Contestualmente, per il medesimo settore, a conferma di quanto definito nel vigente ACN, la contrattazione esiterà un massimale pari a 1000 assistiti che includa indifferentemente tutte le scelte, ordinarie ed in deroga.

Nei casi di mancanza delle predette strutture, o a causa dell'impossibilità di organizzare l'assistenza territoriale presso le stesse, le presenti linee di indirizzo vengono declinate per i medici ed i pediatri, comunque inseriti nell'assetto organizzativo definito dalla regione (AFT ed UCCP), adottando procedure informatizzate ed individuando la rete specialistica e diagnostica di prossimità.

In tali casi, identificati dall'Azienda e/o dalla Regione, l'impegno delle disponibilità regionali per personale e strumenti diagnostici è riferito anche individualmente. Attesa la difficoltà di copertura delle zone carenti, le Regioni possono favorire l'accettazione dell'incarico incentivando anche la disponibilità del medico e del pediatra alla continuità assistenziale o agevolando l'apertura dello studio.

Le risorse economiche nazionali individuate dalla normativa vigente e riferite al triennio economico 2019-2021 sono affidate alla contrattazione come da seguente tabella (%):

Atto di indirizzo 20 gennaio 2023

- Per quanto riguarda la pediatria di libera scelta, al fine di rendere l'individuazione degli ambiti carenti più aderenti al numero di **assistibili** presenti nell'ambito stesso, l'ACN dovrà rivedere il sistema di calcolo del **rapporto ottimale tenendo conto degli assistibili 0-14** decurtati degli assistiti 7-14 già in carico ai medici del ruolo unico di assistenza primaria. Contestualmente, per il medesimo settore, a conferma di quanto definito nel vigente ACN, la contrattazione esiterà **un massimale pari a 1000 assistiti che includa indifferentemente tutte le scelte, ordinarie ed in deroga.** (*ndr: in deroga a cosa?*)
- *Obiettivo: aumentare le zone carenti*

Nuovo Rapporto ottimale ACN 2024

art. 30 comma 1

- 1. Dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente Accordo il rapporto ottimale dei pediatri di libera scelta, riferito a ciascun ambito territoriale, è determinato in base al numero di **residenti** di età compresa **tra 0 e 14 anni**, decurtato il numero degli assistiti di età superiore ai 6 anni e minore di 14 anni in carico ai medici del ruolo unico di assistenza primaria. In assenza degli Accordi Integrativi Regionali, per la determinazione degli ambiti da considerare carenti, si applica il seguente calcolo: **somma** del numero dei bambini residenti in età **0-5 anni e 364 giorni** con il **70%** **dei residenti in età 6-13 anni e 364 giorni**. In esito a tale calcolo si procede all'inserimento di **un pediatra ogni 850 residenti** o frazione superiore a 450.

Nuovo Rapporto ottimale ACN 2024

art. 30 comma 6

- 6. Gli Accordi Integrativi Regionali possono individuare specifiche modalità di determinazione degli ambiti da definirsi carenti per renderli più aderenti al fabbisogno assistenziale delle varie AFT, tenendo conto, in particolare, delle seguenti condizioni:
 - a) capacità di acquisire assistiti da parte dei pediatri di libera scelta facenti parte di diversi ambiti territoriali della stessa AFT;
 - b) peculiarità geografiche del territorio e densità abitativa;
 - c) presidi sanitari pubblici operanti nel territorio.

Qualora sia possibile soddisfare il fabbisogno in una AFT, l'Azienda esamina eventuali richieste di **mobilità intraaziendale** presentate dai pediatri di libera scelta già titolari di incarico a tempo indeterminato. I pediatri di libera scelta aspiranti alla mobilità devono essere titolari di incarico da almeno 2 anni nella Azienda stessa con priorità dell'assegnazione ai pediatri con maggiore anzianità di incarico.

Variabili collegate al nuovo Ottimale

- Riduzione della popolazione pediatrica di almeno il 20% (con il corrispettivo aumento delle zone carente del 30% rispetto al precedente rapporto ottimale) nel tempo di ricambio della popolazione pediatrica
- Necessità di conseguente riduzione del numero di PLS per permettere un numero di assistiti sufficiente
- Diversità della % reale di 7-14 in carico ai PLS nelle diverse realtà locali
- Gobba pensionistica dei PLS entro 5/6 anni, poi in decrescita
- L'età dei PLS in ogni singolo ambito territoriale
- Differenti tassi assistenziali dei singoli PLS (N. assistiti/PLS) e in particolare, le assolute diversità locali irrisolvibili con un automatismo fisso!