



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 8^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n. 2667 del 07 agosto 2006 pag. 1/38



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

ACCORDO REGIONALE
IN ATTUAZIONE DELL'ACN RESO ESECUTIVO IN DATA 15 DICEMBRE 2005,
MEDIANTE INTESA NELLA CONFERENZA STATO – REGIONI, PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Venezia, 18 luglio 2006

INDICE

PREMESSE	3
ALCUNI ELEMENTI DI CONTESTO	3
OBIETTIVI STRATEGICI	4
DISPOSIZIONI GENERALI	4
LIVELLI DI CONTRATTAZIONE	5
AGGIORNAMENTO DELLE DISPOSIZIONI DELL' ACCORDO	5
DECORRENZA ECONOMICA DELL' ACCORDO	5
DURATA DELL' ACCORDO	5
GRADUATORIE	5
INCOMPATIBILITÀ	6
PARTECIPAZIONE AD INIZIATIVE AVENTI CARATTERE UMANITARIO E DI SOLIDARIETA' SOCIALE	6
FORMAZIONE CONTINUA	6
DIRITTI SINDACALI	7
COMITATO AZIENDALE	8
APPROPRIATEZZA DELLE CURE E DELL' USO DELLE RISORSE	8
FUNZIONI DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	8
ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO, PRESTAZIONI INDISPENSABILI	8
RAPPORTO OTTIMALE. AMBITI TERRITORIALI AI FINI DEL CALCOLO DEL RAPPORTO OTTIMALE PER LA INDIVIDUAZIONE DELLE ZONE CARENTI ORDINARIE	9
ZONE CARENTI STRAORDINARIE	10
DETERMINAZIONE DELLA QUOTA ORARIA DA DETRARRE AI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA CHE USUFRUISCONO DI STUDI PUBBLICI	10
REQUISITI E APERTURA DEGLI STUDI MEDICI	11
SOSTITUZIONI	11
MASSIMALE	12
SCELTA E REVOCHE	12
MANTENIMENTO DELLE SCELTE DEGLI ULTRAQUATTORDICENNI	12
DIMISSIONE PROTETTE	13
ASSISTENZA FARMACEUTICA E MODULARIO	13
INTERVENTI PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	13
ASPETTI STRATEGICI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI	13
PROGETTO SALUTE INFANZIA	15
PROGETTO CURE PRIMARIE	19
PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI CONDIVISI	20
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DIURNA	21
PARTECIPAZIONE ALLE UVMD	22
FORME ASSOCIATIVE	23
ASSISTENZA IN ZONE DISAGIATE	27
PATTI AZIENDALI	28
INTEGRAZIONE FRA SISTEMI DI CARTELLA CLINICA E SISTEMI INFORMATIVI AZ.	28
TRATTAMENTO DEI DATI – CODICE PRIVACY	29
PROGETTI SPERIMENTALI	29
Allegato 1 Bilanci di Salute	17
Allegato 2 Bilanci di Salute - parte B	18
Allegato 3 Tariffe Prestazioni di tipo Diagnostico	29
Allegato 4 Dettaglio degli importi previsti del Fondo ex art. 45	31
Allegato 5 Il progetto Cure Primarie – Il sistema informativo	32
Allegato Rapporti economici tra Pediatra titolare e sostituto	36

PREMESSE

Negli ultimi decenni i bisogni assistenziali dei bambini e delle loro famiglie sono mutati.

I parametri nettamente cambiati sono principalmente tre:

- la netta riduzione demografica (-50% circa);
- la riduzione delle patologie medio-gravi;
- il parossistico aumento della richiesta sanitaria (+ 400%).

Riduzione demografica.

Nel Veneto la natalità è diminuita quasi del 50% tra gli anni Sessanta e l'inizio del 2000. Si è scesi da indici di natalità del 18,4‰ nel 1961 al 9,2‰ nel 1996 con una conseguente diminuzione globale dei bambini (0-14 anni) che sfiora il 50%. Le tendenze, secondo analisi ISTAT, non si modificheranno in futuro, anzi vi saranno ulteriori contrazioni, nonostante l'arrivo di popolazione immigrata, più prolifica, ma non così numerosa da incidere in positivo sul trend dei nuovi nati.

Riduzione delle malattie medio-gravi.

Una serie di fattori favorevoli hanno ridotto le patologie che fino a pochi anni fa per la loro gravità necessitavano di ricovero; paradossalmente, a fronte di un miglioramento dello stato di salute, le famiglie hanno reagito con un aumento parossistico della domanda di prestazioni sanitarie per i loro figli, indirizzata sia a livello di Pediatria di Libera Scelta, sia a livello di Pronto Soccorso e/o Ospedale.

Il duplice ruolo di madre-lavoratrice, spesso privo del supporto della rete parentale (famiglia allargata), rende difficile la gestione di un bimbo ammalato anche per patologie banali, ma tali da impedirgli la consueta frequenza alla *Comunità* (asili nido, scuola materna, ecc.). Ne consegue una domanda fuori dal comune e pressante di Cure Primarie, incontrollata e incontrollabile che dopo aver triplicato dal 1990 l'attività degli studi dei Pediatri di Libera Scelta, tracima verso l'Ospedale, determinando per l'indisponibilità del genitore ad una attesa anche limitata per disturbi modesti dei loro figli, accessi impropri al Pronto Soccorso. Attualmente il tasso di accesso al Pronto Soccorso, salvo determinate eccezioni limitate ad alcune Aziende ULSS, presenta una crescita annuale pari al +15% e riguarda quasi esclusivamente patologie modeste (codici bianchi) e non urgenti (codici verdi).

In pratica oggi la domanda di salute delle famiglie per i figli necessita di un governo più consona ai reali bisogni.

ALCUNI ELEMENTI DI CONTESTO

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

Il tuttora vigente PSN 2003-2005 ribadisce alcune anomalie del sistema di cure ed evidenzia anche nel Veneto un eccesso irrazionale di ricoveri pediatrici con marcate caratteristiche di inappropriata, seppur in misura minore rispetto alle medie nazionali (90‰ rispetto al 113‰ bambini residenti).

Sussistono poi ulteriori dati su cui riflettere: nel Veneto 445‰ bambini residenti in età 0-12 mesi subiscono un ricovero (dato nazionale si attesta al 593‰) e le ospedalizzazioni dei bambini sono superiori rispetto alle attese, risultando da due a tre volte maggiori rispetto alle medie internazionali. È evidente allora, nonostante i positivi risultati di salute conseguiti, la necessità di modificare i modelli assistenziali dell'Ospedale e del Territorio, restituendo costo-efficienza al SSN.

OBIETTIVI STRATEGICI

Il presente Accordo regionale si colloca entro il quadro di riferimento dell'ACN che richiama:

- l'importanza di un sistema delle Cure Primarie integrato, fondato dunque sull'interazione tra i professionisti e sulla promozione delle sinergie tra i diversi poli della rete socio-assistenziale. Rispetto a questo punto è doveroso sottolineare, anche per quest'area, la necessità di coordinamento tra il Territorio e l'Ospedale per la realizzazione di modelli di integrazione funzionale tra il Primo e il Secondo Livello;
- la necessità di realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza nel concetto più ampio di presa in carico globale dell'assistito;
- la conferma della validità del programma di prevenzione primaria che deve essere esteso a tutta la popolazione infantile del Veneto con particolare attenzione all'intercettazione dei deficit sensoriali visivi ed uditivi, alla copertura vaccinale ed ai corretti stili di vita;
- un adeguato sviluppo del Sistema di raccolta dei flussi informativi riguardo ai dati clinico epidemiologici rilevanti sia per programmare correttamente lo sviluppo dei processi assistenziali, sia per monitorare gli esiti attesi degli interventi operati in termini di obiettivi di salute;
- la strategicità di implementazione di modelli a responsabilità condivisa nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico, volti a garantire il perseguimento di obiettivi di salute.

Le Parti individuano, pertanto, come strumenti attuativi dei suddetti obiettivi strategici, da un lato i *Patti*, finalizzati alla declinazione a livello aziendale delle linee programmatiche ed alla definizione di ulteriori obiettivi contestuali. In quest'ottica lo strumento del Patto costituisce parte integrante dei sistemi di pianificazione e di programmazione aziendale, in relazione agli obiettivi di salute individuati ed attuabili tramite la messa a punto di processi di "presa in carico dei bisogni" e di stili che qualificano il rapporto tra Pediatra-Bambino-Famiglia. Dall'altro lato le *forme associative* della Pediatria di Libera Scelta rappresentano lo strumento atto a promuovere modalità di lavoro integrato tra i Medici e di responsabilizzazione su obiettivi di equità e compatibilità economica del sistema; esse inoltre favoriscono la continuità dell'assistenza che è all'apice degli obiettivi dell'organizzazione dei servizi.

Il presente Accordo Regionale intende dunque valorizzare:

- la valenza strategica del Patto;
- gli strumenti gestionali delle forme associative con particolare attenzione alle forme evolute e complesse (UTAP ed Equipe territoriali) che dovranno costituire il fulcro dell'assistenza pediatrica primaria in un contesto distrettuale organizzato ed integrato con il settore ospedaliero;
- la conferma e la valorizzazione del progetto "Salute Infanzia" come livello essenziale ed uniforme di prevenzione in ambito regionale;
- la conferma e lo sviluppo del progetto "Cure Primarie", quale espressione dell'appropriatezza diagnostico prescrittiva e del governo clinico delle patologie a maggior incidenza ed importanza sociale.

DISPOSIZIONI GENERALI

Con il presente Accordo regionale si dà, anche, attuazione all'art. 7 dell'Intesa - ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 - della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Atto rep. n. 2271 del 23 marzo 2005, per la parte relativa ai Pediatri di Libera Scelta.

Livelli di contrattazione (art. 2)

Il quadro normativo di riferimento definisce tre livelli di contrattazione:

- nazionale (accordi collettivi nazionali, art. 3);
- regionale (accordi regionali, art. 4, conformemente alla programmazione socio-sanitaria regionale);
- aziendale (Patti aziendali, art. 2).

L'applicazione a livello aziendale avviene in base ai contenuti del presente Accordo.

Si demanda ai Patti aziendali la definizione delle azioni più appropriate sulla scorta delle realtà locali.

L'obbligatorietà del Patto deriva dalla DGR n. 2424 del 09/08/2005 "Assegnazione obiettivi ai Direttori Generali Ulss".

Aggiornamento delle disposizioni dell'Accordo

Considerato che le disposizioni del presente documento si inseriscono nell'attività regionale di programmazione socio-sanitaria in continua evoluzione e che, pertanto, è necessario prevedere le modalità per adeguare l'Accordo regionale ad eventuali cambiamenti del SSSR, si assegna tale compito al Comitato regionale (art. 24) per la Pediatria di Libera Scelta, attraverso l'adozione dei relativi pareri sulle materie di propria competenza.

Decorrenza economica dell'Accordo

Il presente Accordo regionale decorre dalla data di pubblicazione nel B.U.R. della delibera della Giunta regionale di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti.

Durata dell'Accordo

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

Graduatorie (art. 15)

Con DD.GG.RR. n. 1360 del 7/05/2004 e n. 3639 del 19/11/2004 è stata trasferita all'Azienda ULSS n. 20 di Verona l'attività regionale relativa all'accesso alla convenzione dell'area della Pediatria di Libera Scelta.

A fini statistici gli elenchi dei Pediatri già titolari di un incarico a tempo indeterminato con il SSN non ai sensi del presente Accordo, iscritti nella graduatoria regionale, sono identificabili per il monitoraggio dello stato occupazionale della categoria, previa verifica della possibilità di distinguere, a livello informatico, fra medici pediatri dipendenti, SAI e medici pediatri non ancora convenzionati con il SSN.

Incompatibilità (art. 17)

Tenendo presente che l'attività di Medico Specialista Ambulatoriale convenzionato anche nella branca di Pediatria è divenuta incompatibile con l'iscrizione negli elenchi della Pediatria di Libera Scelta, in relazione al comma 1 lettera c dell'art. 17, per quanto riguarda i rapporti in atto, questi rimangono in essere senza riduzione di massimale se l'attività è svolta fino a 5 ore settimanali, oltre si riduce il massimale di 20 assistiti per ogni ora a partire dalla prima, fino ad un massimo di 10 ore settimanali e comunque fino al limite inferiore di 600 assistiti.

Il disposto dell'art. 18 c. 14 si riferisce agli eventi programmabili.

Partecipazione ad iniziative aventi carattere umanitario e di solidarietà sociale (art. 18 c. 3 lettera f)

Ai sensi dell'art. 18 c. 3 lettera f), la Regione valuta l'opportunità di riconoscere al pediatra titolare il trattamento economico corrisposto direttamente al pediatra sostituto.

Formazione continua (art. 20)

Per l'attuazione dell'art. 20 dell'ACN si rinvia a quanto disposto con la DGR n. 3640 del 19/11/2004 "Formazione continua per i Medici della Medicina Convenzionata".

Il Sistema Organizzato di Formazione continua (SOF) è articolato secondo il sottoindicato modello con le relative competenze.

In integrazione con il SOF, per quanto riguarda la Pediatria di famiglia, costituisce risorsa peculiare e irrinunciabile per l'attività di aggiornamento e formazione l'attività delle Associazioni culturali venete dei Pediatri di famiglia e del CESPER "Centro studi per la formazione e la ricerca in pediatria del territorio", nato nel 1994 come rapporto culturale tra la FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri) e le associazioni culturali pediatriche del Veneto.

La Formazione continua è incentrata prioritariamente sui compiti professionali specifici della Pediatria di famiglia. Si articola in:

- progetti formativi estesi a tutta la categoria a livello regionale. Questi rivestono generalmente carattere obbligatorio e riguardano prioritariamente tematiche di interesse del Servizio sanitario regionale (supporto all'attuazione di progetti derivanti dagli Accordi regionali, modificazione o incremento dei compiti professionali, cambiamenti nei modelli di erogazione dell'assistenza);
- progetti formativi aziendali a sostegno di specifici progetti di miglioramento dell'organizzazione e della qualità della assistenza erogata, concordati dall'Azienda ULSS con la rappresentanza sindacale della Pediatria di famiglia; possono avere carattere obbligatorio o volontario, secondo le necessità definite negli accordi aziendali o nel presente accordo. Qualora riguardino tematiche sulle quali è necessario realizzare un processo di continuità dell'assistenza al bambino/adolescente tra diversi livelli e/o professionalità, in un quadro progettuale comune vanno ipotizzati momenti rivolti alle singole componenti coinvolte nel processo di cambiamento, per la definizione delle diverse professionalità e dei diversi livelli di intervento nel processo assistenziale; prevedendo anche eventuali successivi momenti e modalità di formazione comune per definire il modello assistenziale ottimale in particolare per gli aspetti che devono essere condivisi, per quelli che travalicano specifici compiti professionali o nei quali questi coincidono per i diversi livelli di assistenza;
- formazione volontaria, organizzata sulla base di propri bisogni di sviluppo professionale, identificati e proposti dai Pediatri di famiglia attraverso le organizzazioni sindacali e

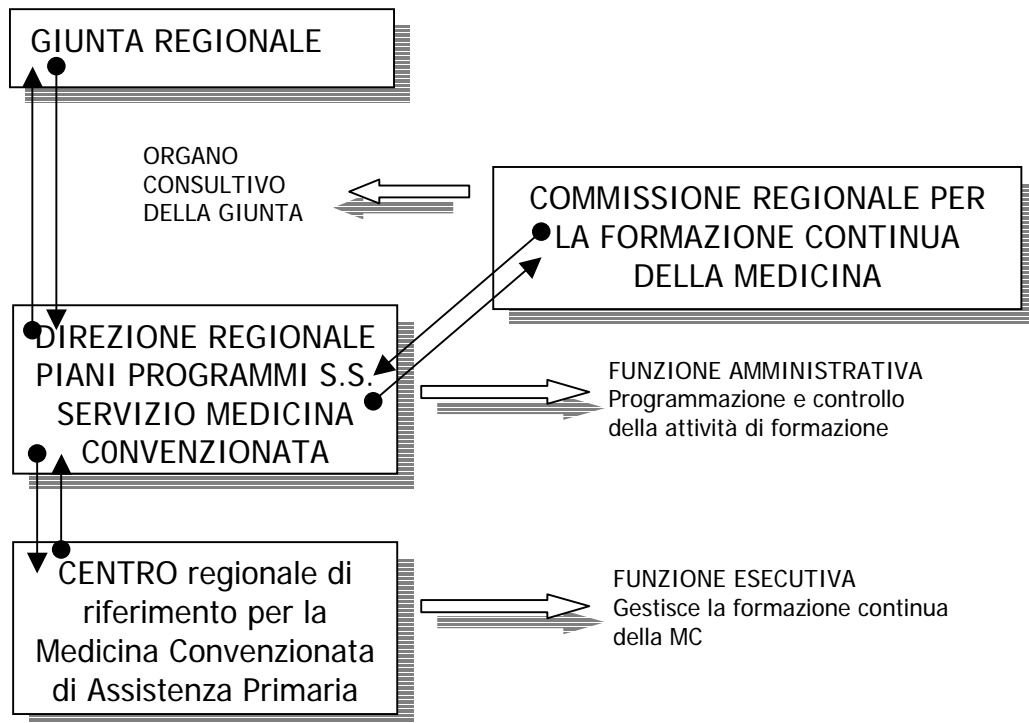
culturali di categoria. Questi eventi formativi ed il loro razionale scientifico e professionale vengono di norma comunicati alle Aziende ULSS, per consentire loro una opportuna conoscenza delle attività e iniziative, e perché possano tenerne conto nella propria programmazione assistenziale e formativa, per favorire collaborazioni e sinergie tra i professionisti, le loro organizzazioni e le articolazioni ed i Servizi delle Aziende stesse. Questa modalità di formazione, concorrendo in modo sostanziale al raggiungimento dei Crediti formativi ECM previsti dagli obblighi professionali, viene per quanto possibile facilitata per alcune specifiche iniziative anche attraverso accordi tra le Aziende ULSS e le organizzazioni sindacali sull'attivazione del Servizio di continuità assistenziale.

A indispensabile garanzia della congruità dei progetti formativi con la specifica professionalità dei Pediatri di famiglia veneti e di una loro estesa e convinta partecipazione, per i progetti formativi di livello regionale il Centro regionale di riferimento per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria si avvale del CESPHER "Centro studi per la formazione e la ricerca in pediatria del territorio"; per i progetti formativi aziendali le Aziende ULSS si avvalgono anche della collaborazione e delle competenze delle Associazioni culturali locali dei Pediatri di famiglia (facenti parte del CESPHER) che operano nel loro territorio.

Fatto salvo quanto stabilito al comma 12 dell'art. 20, le Aziende ULSS possono assicurare, previa comunicazione, l'attivazione della continuità assistenziale e le sedi di riunione in occasione dei corsi formativi organizzati conformemente al presente articolo.

Ai fini dell'applicazione del comma 7 dell'art. 20 dell'ACN, si deve tener conto degli eventi formativi obbligatori organizzati dalla Regione e dalle Aziende.

SISTEMA ORGANIZZATIVO DI FORMAZIONE CONTINUA



Diritti sindacali (art. 21)

Per la partecipazione alle riunioni dei comitati ex artt. 23 e 24 dell'ACN, compreso il tempo occorrente per il viaggio e fino ad esaurimento degli argomenti all'ordine del giorno, è prevista una indennità onnicomprensiva di € 154,94, corrisposta direttamente al medico membro dei suddetti

organismi da parte della Azienda ULSS di iscrizione del medico stesso, sotto la voce “rimborsi sostituzioni sindacali”.

Il compenso economico di € 51,65 viene riconosciuto al segretario del Comitato ex art. 23 dell'ACN, nel caso le riunioni si svolgano fuori dell'orario di servizio e se non in contrasto con le norme vigenti dell'ente di appartenenza.

Al di fuori dei casi sopra elencati, il compenso orario per le attività previste dall'art. 21, come stabilito al comma 6, è di €20,84 (aumentato ad €31,26 se il sostituto è specialista in pediatria) da corrispondere direttamente al medico sostituito.

Con riferimento al comma 6 dell'art. 21, semestralmente ciascuno dei rappresentanti designati ai sensi del comma 5 comunica alla propria Azienda ULSS il numero di ore utilizzate nel semestre precedente per l'espletamento dell'attività sindacale. Entro il mese successivo l'Azienda provvede al pagamento al Pediatra, di cui al comma 5, di quanto dovuto sulla base dei compensi di cui al precedente capoverso.

Comitato Aziendale (art. 23)

La composizione per la parte sindacale del Comitato aziendale paritetico, costituito da pediatri iscritti negli elenchi dell'azienda Ulss, prevede, oltre alla presenza di un rappresentante per ogni sigla sindacale firmataria dell'Accordo regionale, un ulteriore numero di rappresentanti delle stesse OO.SS. firmatarie direttamente proporzionale alla rispettiva consistenza associativa, purché espressione di almeno il 10% del numero complessivo degli iscritti alle OO.SS. a livello aziendale.

Ad integrazione delle disposizioni di cui all'art. 23, il comitato aziendale si riunisce, di norma, ogni tre mesi; ulteriori convocazioni possono avvenire su richiesta motivata di una delle parti.

Delle sedute del Comitato Aziendale viene redatto, da parte del segretario, apposito verbale.

Appropriatezza delle cure e dell'uso delle risorse (art. 27)

Ai sensi dell'ultimo capoverso dell'art. 27 comma 6, il Direttore Generale assume i provvedimenti di competenza entro 60 giorni dalla relativa comunicazione.

Funzioni della Pediatria di Libera Scelta (art. 29)

Gli adempimenti di cui all'art. 29 comma 5 sono materia da definire nei Patti aziendali.

Esercizio del diritto di sciopero, prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione (art. 31)

Le visite urgenti, ivi comprese le visite domiciliari urgenti e l'assistenza programmata ai malati terminali, che sono definite prestazioni indispensabili ai sensi della legge n. 146/90, come modificata ed integrata dalla legge n. 83/00, dall'ACN e che devono essere assicurate durante l'esercizio del diritto di sciopero dai Pediatri convenzionati, sono compensate mediante la corresponsione del 50% dei compensi spettanti ai sensi dell'art. 58, lettere A, B, C e D.

Tali prestazioni possono essere regolamentate a livello aziendale secondo differenti modalità di esecuzione in base alla organizzazione delle funzioni di Pediatria di Libera Scelta adottate nell'Azienda ULSS (es. ambulatori prefestivi, associazioni e gruppi).

Rapporto ottimale. Ambiti territoriali ai fini del calcolo del rapporto ottimale per la individuazione delle zone carenti ordinarie (artt. 32 e 33)

Ferma restando l'articolazione territoriale delle Aziende ULSS in distretti socio-sanitari, quali centri di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS, i parametri per la definizione degli ambiti territoriali ai fini del calcolo del rapporto ottimale e della copertura delle zone carenti, di cui all'art. 33 dell'ACN, sono i seguenti:

- a) l'ambito territoriale ai fini dell'individuazione delle zone carenti di pediatria coincide, di regola, con il territorio del Comune avente orientativamente una popolazione residente tale da consentire l'inserimento di almeno tre Pediatri;
- b) qualora il Comune abbia una popolazione residente non sufficiente all'inserimento di almeno tre pediatri, l'ambito territoriale è costituito da più Comuni limitrofi, comprendenti una popolazione complessiva tale da permettere l'inserimento di almeno tre Pediatri. L'aggregazione dei Comuni deve avvenire comunque all'interno dello stesso distretto.
- c) qualora il territorio del Comune sia suddiviso in più distretti aggreganti anche altri Comuni limitrofi, il calcolo del rapporto ottimale, ai fini dell'individuazione delle zone carenti, è riferito a tutta la popolazione residente in ciascun distretto. L'ambito territoriale, in questo caso, coincide quindi con il distretto;
- d) qualora il territorio di un solo Comune sia suddiviso in più distretti, il calcolo del rapporto ottimale è riferito a tutta la popolazione residente nel Comune.

Gli ambiti territoriali sono individuati con apposito provvedimento deliberativo delle Aziende ULSS, previo parere obbligatorio del Comitato aziendale, nel rispetto dei criteri sopra citati, e possono non coincidere con gli ambiti della Medicina Generale.

Se in sede di verifica della situazione esistente, in riferimento ai nuovi ambiti dovessero riscontrarsi disomogenee distribuzioni territoriali di Pediatri, l'Azienda ULSS effettuerà una valutazione delle necessità assistenziali sentito il Comitato ex art. 23 dell'ACN, prima di adottare specifici provvedimenti.

Qualora si accertino applicazioni difformi o situazioni non contemplate dalle presenti disposizioni, le parti firmatarie del presente Accordo, si impegnano ad una verifica appropriata per una corretta realizzazione dei criteri indicati, attraverso il Comitato aziendale.

Nell'ipotesi di cui ai punti a) e b), l'ambito di scelta del Pediatra da parte degli assistiti coincide con l'ambito territoriale.

Nell'ipotesi di cui al punto c) l'ambito di scelta coincide, di regola, con l'ambito territoriale.

Tuttavia gli assistiti residenti nel Comune frazionato, anche se in zone di quest'ultimo facenti parte di un diverso distretto, possono effettuare la scelta nell'intero Comune, previa accettazione del Pediatra interessato, senza peraltro che si configuri una scelta in deroga.

Per quanto contenuto al punto d), la scelta del Pediatra ha luogo in tutto l'ambito comunale.

Gli assistiti residenti nelle zone marginali di un ambito territoriale possono scegliere un Pediatra di un ambito limitrofo previa sua accettazione e parere favorevole del Comitato Aziendale, in relazione alle migliori condizioni di vicinanza e viabilità.

In riferimento ai commi 11 e 12 dell'art. 33, in sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del pediatra, l'Azienda può indicare il Comune o la zona di ubicazione dello studio medico. Tale disposizione può essere derogata, previo parere del Comitato Aziendale, in merito alla localizzazione della sede, per la pediatria di gruppo di nuova costituzione e per l'inserimento in pediatrie di gruppo esistenti. Al fine di favorire l'inserimento stabile dei Pediatri in piccoli Comuni o in zone disagiate di Comuni più ampi, l'Azienda ULSS può autorizzare l'utilizzazione di ambulatori pubblici ponendo a carico del Pediatra gli oneri di gestione relativi alla sua attività. Tale individuazione potrà essere modificata, previo parere del Comitato ex art. 23 dell'ACN, qualora si accertino, in fase di inserimento del Pediatra, condizioni particolari

limitative per il servizio agli assistiti, per il medico ovvero la mancanza assoluta di immobili, anche tra le strutture pubbliche, atti ad ospitare lo studio privato del convenzionato.

Per quanto disposto dal comma 12 dell'art. 32, l'Azienda ULSS verifica la possibilità di mettere a disposizione del Pediatra, a titolo gratuito, lo studio con i requisiti previsti dal comma 2 dell'art. 35. Inoltre, al Pediatra viene corrisposto un compenso accessorio mensile di €154,94.

Con riferimento all'art. 33, comma 3 dell'ACN, si precisa che i 10 punti per i Pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni sono da sommare ai 6 punti che si attribuiscono ai Pediatri residenti da almeno due anni nell'ambito territoriale dichiarato carente.

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.

Determinazione della quota oraria da detrarre ai Pediatri di Libera Scelta che usufruiscono di studi pubblici

Al Pediatra che fruisce degli studi pubblici per la propria attività convenzionata dovrà essere detratta dalle competenze globalmente corrisposte una quota oraria nella misura e secondo le modalità di seguito indicate.

Le quote orarie sono definite a livello aziendale, tenendo conto anche dei servizi assicurati relativamente allo studio da un minimo di €1,55 ad un massimo di €4,65, rapportato anche al numero degli assistiti in carico al Pediatra che fruisce dell'ambulatorio.

Le quote si riferiscono all'uso di uno studio in cui siano presenti gli standard previsti dall'art. 35, comma 2, dell'ACN.

L'eventuale uso degli studi ubicati nei comuni o frazioni di comuni che saranno individuati zone disagiate è a titolo gratuito.

In relazione ad esigenze assistenziali di residenti in località particolari le Aziende ULSS possono consentire l'uso dello studio pubblico a titolo gratuito.

L'uso dello studio pubblico è attestato dalla Azienda ULSS di intesa con il Pediatra mediante sottoscrizione di apposito accordo nel quale dovranno essere indicate le ore di utilizzo, le attrezzature esistenti, le modalità dell'uso della struttura e quant'altro le parti riterranno opportuno precisare sempre entro i limiti dell'Accordo. Dovrà inoltre evidenziarsi che l'utilizzo dello studio non presuppone alcun contratto di locazione e che l'utilizzo può essere revocato in qualsiasi momento su decisione dell'Azienda ULSS, sentito il comitato aziendale, qualora lo ritenga opportuno nell'ambito delle sue attività istituzionali, dando un preavviso di almeno tre mesi all'altra parte.

Il recupero dell'importo definito per l'uso degli studi pubblici è effettuato trimestralmente sulla base delle ore complessive di utilizzo, di regola mediante fatturazione da parte dell'Ulss.

Requisiti e apertura degli studi medici (art. 35)

Con riferimento all'art. 35, comma 7 dell'ACN, si concorda di inserire dopo il nominativo del medico l'indicazione della specializzazione in Pediatria.

Per effetto del comma 5 dell'art. 35, sono previste 18 ore settimanali da 841 assistiti in poi.

In applicazione del comma 9 dell'art. 35 le modalità di contattabilità del medico al di fuori delle fasce di apertura dello studio sono disciplinate nell'ambito dei Patti aziendali.

Si richiamano le disposizioni regionali sugli studi medici relative all'accreditamento (L.R. 16 agosto 2002, n. 22).

Sostituzioni (art. 36)

Con riferimento all'art. 36, comma 4 dell'ACN, 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. L'orario di apertura dello studio può essere modificato dal sostituto con l'obbligo di mantenere il numero complessivo delle ore di apertura stabilite dal medico sostituito e qualora non interferisca con gli obblighi previsti dalle forme associative. Nel caso in cui il Pediatra sostituito faccia parte di una associazione o di un gruppo, il sostituto dovrà svolgere tutti i compiti relativi all'organizzazione collettiva del lavoro, compresi quelli inerenti all'adesione ai vari progetti aziendali.

La sostituzione avviene nello studio del medico sostituito, salvo i casi di cui all'art. 36 c. 5 e delle forme associative, ed il sostituto non può sostituire, di norma, più di un collega contemporaneamente. Le prestazioni di tipo diagnostico e le altre attività extra, effettuate dal sostituto, vengono riconosciute economicamente al sostituto.

Con riferimento all'art. 36, comma 17 dell'ACN, 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 ULSS possono liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione.

L'art. 18 introduce al comma 6 il ristoro psicofisico quale motivo di sospensione del rapporto convenzionale. Questo rappresenta ad una prima lettura e a differenza di quanto contenuto nel precedente A.C.N., la presa d'atto che anche al pediatra di libera scelta che intrattiene un rapporto di lavoro con l'ULSS venga riconosciuta la necessità di riposo quale una delle possibili motivazioni per la sospensione temporanea del rapporto.

Rispetto alla gestione dei contenuti dell'art. 18 (sospensione del rapporto) e dell'art. 36 (sostituzioni), preme sottolineare che l'art. 18 non è da considerare esaustivo delle possibili motivazioni della sospensione, né era intenzione delle parti firmatarie stendere un elenco dettagliato

della casistica, anche perché rimane, come previsto dallo stesso A.C.N., un limite temporale massimo nell'anno.

Pertanto, si ritiene che nulla risulti cambiato rispetto alle procedure attualmente in uso per la sospensione del rapporto convenzionale e le sostituzioni.

Massimale (art. 38)

Con riferimento all'art. 38, comma 3 dell'ACN, eventuali deroghe al massimale individuale possono essere autorizzate dall'Azienda ULSS, 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, per un tempo determinato in base alle esigenze locali della stessa Azienda ULSS in funzione di una migliore assistenza in misura stabilita annualmente in ogni singola azienda mediante accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello aziendale. Sul massimale, anche derogato, è calcolata la percentuale dell'8% relativamente agli assistiti extracomunitari iscritti temporaneamente, ai domiciliati iscritti temporaneamente e agli assistiti ultra 14 anni per patologia cronica. Tale percentuale potrà essere modificata dall'Azienda in relazione a particolari esigenze locali, sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 23.

Si demanda ad uno specifico gruppo di lavoro regionale la definizione delle modalità operative circa l'applicazione dell'istituto, entro sei mesi dall'entrata in vigore dell'ACR.

Il rientro nel massimale è da considerarsi fisiologico.

Scelta e revoche (art. 39)

Premesso che, nell'art. 34, comma 1, lettera b), del T.U. sull'immigrazione, è esplicitato il diritto per l'extracomunitario di essere iscritto al SSN anche durante la fase del rinnovo del permesso di soggiorno, relativamente all'art. 39 comma 8 dell'ACN si precisa che ogni Azienda ULSS deve provvedere al rinnovo automatico dell'iscrizione al SSN e al Pediatra che lo ha in carico, alla scadenza del permesso di soggiorno, per il periodo di espletamento delle pratiche da parte della Questura di riferimento. Una volta conseguito il nuovo permesso di soggiorno l'interessato dovrà ripresentarsi al Distretto socio-sanitario per validare il mantenimento dell'iscrizione al SSN e al Pediatra, con una durata corrispondente alla validità del permesso stesso. In caso di mancato rinnovo del permesso di soggiorno, la cancellazione delle quote al medico avverrà dalla data del rigetto della domanda stessa; in ogni altro caso si effettuerà la sospensione della corresponsione del pagamento delle quote, a partire dalla data di scadenza del periodo di rinnovo automatico (180 giorni stabiliti per la definizione delle pratiche del rinnovo). La presente disposizione sarà oggetto di apposito indirizzo applicativo da parte della Regione.

Mantenimento delle scelte degli ultraquattordicenni (art. 41)

Per il mantenimento della scelta in favore del pediatra fino al 16° anno di età, si conviene di considerare come particolari ai fini dell'accoglimento della richiesta del genitore, le seguenti situazioni:

1. patologia grave, cronica e persistente;
2. immaturità psico-fisica;
3. situazioni psico-sociali causa di rischi o problematiche fisiche gravi;
4. ulteriori situazioni individuate dall'Azienda, sentito il Comitato aziendale.

La richiesta del genitore deve essere accompagnata dalla attestazione del Pediatra e dalla sua accettazione.

Le situazioni di cui ai punti 1, 2, 3, vengono regolarizzate direttamente dall'Ufficio scelte e revoche sulla scorta di criteri da definirsi in sede di ciascun Comitato aziendale.

L'Azienda comunica alla famiglia dell'assistito, almeno tre mesi prima, la revoca della scelta per compimento del 14° anno di età e l'annotazione che, per situazioni particolari, può essere richiesto, in deroga, il mantenimento della scelta in carico al pediatra fino al 16° anno di età. In caso di mancata comunicazione alla famiglia da parte dell'Azienda, l'assistito può esercitare la facoltà di cui sopra anche oltre il termine previsto.

Dimissioni protette (art 48, c. 5)

Con riferimento all'art. 48 comma 5, viene attivata l'UVMD prima del trasferimento dell'assistito ed entro 48 ore dalla comunicazione al pediatra.

Assistenza farmaceutica e modulario (art. 49)

Con riferimento all'art. 49, comma 7 dell'ACN, la prescrizione farmaceutica e specialistica su modulario del SSN può essere effettuata di norma solo nei confronti dei cittadini che abbiano preventivamente esercitato il diritto di scelta del Pediatra di Libera Scelta; si deroga a tale principio per i pazienti dei Pediatri che partecipano ad una delle forme associative previste dall'art. 52 e di quanto previsto dall'art. 56 comma 2, in caso di sostituzione da parte di pediatri già titolari di incarico e per prestazione urgente o non differibile.

INTERVENTI PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

ASPETTI STRATEGICI ORGANIZZATIVO-GESTIONALI

Le cure primarie in età pediatrica sono nel Veneto caratterizzate dall'esigenza di coniugare gli aspetti sociali ed assistenziali e, in questo ambito, la diagnosi e cura con la prevenzione, mettendo al centro dell'attenzione il minore e la sua famiglia dalla nascita fino all'adolescenza. La Pediatria di Libera Scelta ha dimostrato di saper interpretare tali esigenze ottimizzando la propria capacità di intervento con ruoli propositivi ed adeguate azioni.

La Regione del Veneto intende sviluppare un modello di tutela globale del minore dalla nascita all'adolescenza con il "concorso" del Pediatra di Libera Scelta secondo programmi in grado di conseguire i seguenti obiettivi generali:

- a) garantire un adeguato livello assistenziale generale;
- b) prevenire le condizioni a rischio, causa di lesioni, disabilità e dipendenza;
- c) prevenire il disagio psichico e sociale, gli abusi ed i maltrattamenti;
- d) stimolare la responsabilizzazione del minore e dei genitori verso scelte e comportamenti orientati alla salute e al miglioramento della qualità di vita;
- e) attuare efficaci modelli di continuità assistenziale e di coordinamento delle cure fra strutture di diverso livello;
- f) adeguare il livello d'assistenza per i minori affetti da patologia cronica, in condizioni di terminalità e in stato di disabilità;
- g) strutturare modalità di lavoro orientate alla cooperazione tra servizi e operatori secondo un approccio multidimensionale ai problemi del minore.

Ciò premesso, il presente accordo definisce compiti e attività del Pediatra di Libera Scelta che concorrono al perseguimento dei seguenti specifici obiettivi:

I area

- individuare precocemente le condizioni patologiche durante lo sviluppo del minore;
- ridurre gli incidenti negli abituali ambienti di vita (casa, scuola, ambiti di gioco e mezzi di trasporto);
- ridurre la patologia derivante dall'esposizione a fumo passivo;
- promuovere l'adesione ai programmi vaccinali.

II area

- individuare i minori sottoposti a maltrattamento fisico, psichico e abuso sessuale e le situazioni di disagio psicosociale.

III area

- favorire l'adozione di corretti comportamenti alimentari e stili di vita fin dai primi mesi di vita;
- migliorare il percorso di nascita;
- contribuire al raggiungimento di una buona capacità genitoriale;
- sostenere l'allattamento al seno;
- promuovere le attività ginnico-motorie;
- prevenire l'uso delle sostanze che causano dipendenza ed aiutare l'acquisizione di corretti stili di vita nell'adolescenza;
- educare le famiglie alla corretta gestione dei più frequenti eventi che possono interferire con lo stato di salute del minore, evitando il ricorso improprio ai servizi.

IV area

- garantire la continuità delle cure e i percorsi diagnostici per le patologie acute;
- definire percorsi specifici per i minori affetti dalle patologie croniche a maggior prevalenza;
- sostenere, con la collaborazione di servizi specificatamente dedicati, l'assistenza a minori in stato di terminalità neoplastica e per altra patologia grave;
- definire le azioni volte all'integrazione sociale e relazionale del minore con disabilità grave.

V area

- collaborare nell'attività di programmazione e valutazione distrettuale (UVMD).

A tal fine sarà necessario garantire uniformità di prestazioni su tutto l'ambito regionale con soluzioni opportune anche nelle zone disagiate.

Il concorso del Pediatra di Libera Scelta al raggiungimento di tali obiettivi si estrinseca in due distinte tipologie di intervento:

- a) la prima rivolta alla prevenzione assumendo in modo organico ed implementando quanto previsto dall'art. 44 dell'ACN;
- b) la seconda che assicuri migliori livelli assistenziali.

L'attività del Pediatra di Libera Scelta si configura quindi mediante:

- 1) un livello assistenziale disciplinato dalle disposizioni contenute nell'ACN e completate dal presente Accordo regionale;
- 2) un livello preventivo espresso nel progetto Salute Infanzia;
- 3) un livello assistenziale espresso nel progetto Cure Primarie.

PROGETTO SALUTE INFANZIA

La Regione del Veneto, in sintonia e collaborazione con la Pediatria di Libera Scelta, ha programmato ed attuato già con il precedente Accordo regionale, un intervento coordinato di prevenzione primaria attraverso l'attuazione dei bilanci di salute e l'adozione del libretto sanitario individuale.

Oggi la fase sperimentale di tale iniziativa è definitivamente superata e si rende necessario darle seguito con l'attuazione organica del progetto Salute Infanzia che sarà messo a regime in ogni Azienda ULSS della Regione.

Le Aziende ULSS in ragione di proprie situazioni epidemiologiche o socio-assistenziali potranno collocare nel progetto, tramite i Patti aziendali, ulteriori integrazioni conformi agli obiettivi generali quali ad esempio: le dimissioni precoci e/o protette, l'educazione alla salute rivolta al miglioramento degli obiettivi previsti nell'Accordo regionale ed ad ulteriori obiettivi individuati nei programmi locali di strategia per il miglioramento della salute infantile, una maggior integrazione funzionale del pediatra con le strutture distrettuali nell'ambito del percorso nascita, un coinvolgimento più diretto nell'ambito delle vaccinazioni, l'intervento in fase adolescenziale, ecc.

Pertanto il Piano di intervento preventivo si articola con un piano di base, allegato 1, di applicazione uniforme presso tutte le aziende e con un intervento implementante scelto dalle Aziende, allegato 2, che completa e migliora la realizzazione degli obiettivi sopra citati.

L'allegato 2 contiene, un programma di attività preventive, da attivarsi attraverso il Patto Aziendale, destinato alla individuazione precoce e quindi alla prevenzione, dei difetti sensoriali uditivi, delle malattie disfunzionali delle vie urinarie che comportano un forte disagio psicosociale, specie in età adolescenziale, dell'anorexia/bulimia, della patologia cariogena e esso prevede, inoltre, un maggior coinvolgimento del pediatra nella promozione e sostegno alla tendenziale copertura totale della popolazione infantile con le vaccinazioni.

Il progetto Salute Infanzia prevede dunque un Piano Base di 10 bilanci di salute finalizzati al raggiungimento dei sottoindicati obiettivi di salute anche mediante l'utilizzo del libretto sanitario individuale.

- Individuazione precoce delle condizioni patologiche durante lo sviluppo del minore.
- Prevenzione delle SIDS.
- Prevenzione degli incidenti domestici e stradali.
- Promozione e sostegno dell'alimentazione al seno.
- Promozione dei programmi vaccinali.
- Promozione dello sviluppo relazionale anche attraverso l'adozione del progetto "leggere per crescere" conformemente agli indirizzi regionali.
- Indicazione e promozione di corretti comportamenti alimentari.
- Prevenzione dei danni da fumo passivo.

All'interno dei 10 bilanci che rientrano tra i compiti del pediatra di libera scelta, assumono particolare valenza in quanto "tappe a forte connotazione di salute pubblica" i bilanci del 3°, 12°, 36° e 66° mese. In questi bilanci vengono esplicitate le prestazioni relative allo screenig per l'individuazione dei deficit visivi ambliogenetici utili all'intercettazione tempestiva di processi patologici congeniti o a precoce insorgenza e rapida evoluzione che, se ricercati con opportuna metodologia condivisibile in termini di documentata efficacia, possono ridimensionare esiti gravi ed invalidanti.

Per il raggiungimento degli obiettivi di salute previsti dall'Accordo, viene raccomandato di costruire, a livello locale, reti ed alleanze con i servizi sanitari e le altre organizzazioni sociali, secondo il metodo consolidato di promozione della salute delle comunità.

Il materiale di educazione sanitaria sarà definito entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo da apposito gruppo di lavoro regionale di intesa con le OOSS firmatarie dello stesso e inserito, tramite apposite schede fornite dall'Azienda, nel libretto sanitario individuale. Questo materiale illustrato, limitatamente ai contenuti espressi nello schema del progetto, verrà consegnato e spiegato nello studio del Pediatra in sintonia con le tappe del progetto Salute Infanzia, per rendere la comunicazione più diretta e personalizzata, quindi più efficace e convincente.

Di norma ad ogni tappa dei bilanci di salute corrisponde un obiettivo educativo principale ed una corrispondente azione, ispirati da un motivato programma d'intervento. Eventuali ulteriori obiettivi, concordati tra le parti, possono integrare il progetto nell'ambito di interventi programmati regionalmente o localmente.

Il progetto Salute Infanzia prevede anche la raccolta e la registrazione dei dati clinici e amministrativi previsti nel libretto, nonché il trasferimento degli stessi alle Aziende ULSS nell'ambito di programmi definiti e concordati.

La trasmissione dei dati, utili ai succitati programmi, alle Aziende ULSS avviene di norma per via informatica, laddove i Pediatri di Libera Scelta siano stati messi in condizione di utilizzare tale strumento attraverso idonei sistemi di collegamento, sulla base di specifici Patti aziendali.

Il Libretto Sanitario individuale verrà adeguatamente modificato entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo da parte del suindicato gruppo di lavoro regionale anche in relazione all'individuazione delle appropriate modalità di passaggio di dati e comunicazioni, compresa la registrazione delle avvenute vaccinazioni da parte del Servizio vaccinazioni per facilitarne il monitoraggio da parte del curante.

La partecipazione al progetto Salute Infanzia è obbligatoria, e per i compiti e le attività previste al Pediatra di Libera Scelta viene riconosciuto:

- il compenso lordo di €12,91, per ciascuno dei 10 bilanci di salute del Piano Base;
- il compenso lordo di €12,91 per assistito in carico annuo, per la compilazione dei libretti sanitari individuali, e per le azioni esecutive previste dal Progetto.
- il compenso di cui all'All. 1 per le Azioni Integrative relative allo screening visivo che sono obbligatoriamente riconosciute ai PLS da parte di tutte le Aziende secondo le tariffe previste dall'allegato 3 *Tariffe delle prestazioni di tipo diagnostico*.

Nell'ambito dello sviluppo di azioni orientate alla prevenzione per il primo anno di vita del bambino vengono individuati, tra gli obiettivi di promozione della salute, come prioritari quelli della promozione dell'allattamento al seno e quello per la prevenzione dal fumo passivo. Per questi obiettivi le parti concordano di provvedere a definire gli items di raccolta informativa e gli indicatori per una verifica dei risultati entro 6 mesi dalla firma dell'Accordo. Questi indicatori costituiscono un'area di eccellenza da concordare con specifico modello operativo e adeguato sistema incentivante da definirsi nell'ambito dei patti aziendali.

Per quanto riguarda la profilassi delle malattie infettive prevenibili con vaccino questo obiettivo è stato mantenuto all'interno dei Bilanci come attività generica di promozione; un intervento più mirato costituirà materia di negoziazione regionale in quanto progetto di eccellenza in previsione della sospensione dell'obbligo vaccinale e/o di particolare impegno per la migliore realizzazione dell'obiettivo in oggetto.

Entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, verranno concordati da parte del gruppo di lavoro regionale gli obblighi di formazione sul counseling e sul saper fare, la necessità di revisione/aggiornamento condiviso del materiale da distribuire, di verifica di qualità sull'uso dei test e quant'altro risultati utili per la miglior attuazione del progetto salute infanzia.

Il Pediatra di Libera Scelta è tenuto alla consegna delle schede firmate dai genitori entro il mese successivo a quello dell'esecuzione del bilancio; tale termine vale anche per la corresponsione dei

compensi relativi all'esecuzione dei bilanci di salute previsti. Il Pediatra di Libera Scelta non è tenuto alla compilazione del riepilogo mensile.

Con riferimento ai bilanci di salute, rimane comunque inteso che le prestazioni con le caratteristiche del bilancio di salute, richieste dalla famiglia a tappe di età diverse da quelle concordate e previste dal calendario, verranno erogate in regime libero professionale. Per una maggiore trasparenza nella erogazione di tale attività assistenziale i Pediatri sono tenuti a fare sottoscrivere dall'assistito prima dell'effettuazione delle prestazioni una apposita dichiarazione confermando l'avvenuta corretta informazione da parte del curante delle prestazioni dovute in regime convenzionale, e la esplicita richiesta della prestazione in oggetto, non dovuta, ma esplicitamente e spontaneamente richiesta dall'assistito.

Allegato 1

ETA'	INTERVENTO	OBIETTIVI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	AZIONI	TEST DI AUSILIO CLINICO
30 gg. +/- 20gg	Valutazione auxologica e puericultura	Favorire l'allattamento al seno Prevenzione SIDS Prevenzione incidenti Evitare i danni da fumo passivo Tendenziale copertura totale della popolazione infantile con vaccinazioni	Counselling per allattamento, SIDS incidenti trasporto e domicilio, fumo passivo Distribuzione linee guida anticipatorie Promozione delle vaccinazioni	
60/120 gg	Valutazione auxologica e puericultura	Allattamento al seno Prevenzione SIDS Prevenzione incidenti Evitare i danni da fumo passivo Tendenziale copertura totale della popolazione infantile con vaccinazioni	Counselling per allattamento, SIDS incidenti trasporto e domicilio, fumo passivo Distribuzione linee guida anticipatorie Promozione delle vaccinazioni	Riflesso rosso
180 gg +/- 45 gg	Valutazione auxologica, svezzamento e puericultura	Allattamento al seno Prevenzione incidenti Fumo passivo Tendenziale copertura totale della popolazione infantile con vaccinazioni	Counselling per allattamento, incidenti trasporto e domicilio, fumo passivo (registrazione del dato) Distribuzione linee guida anticipatorie Promozione delle vaccinazioni	
270 gg +/- 30 gg	Valutazione auxologica e puericultura	Prevenzione incidenti Rinforzo genitorialità Educazione alla lettura ad alta voce Alimentazione corretta.	Counselling per incidenti trasporto e domicilio Distribuzione linee guida anticipatorie Scheda consigli lettura	
360 gg -30 gg + 90 gg	Valutazione auxologica e puericultura	Prevenzione incidenti Alimentazione sana Tendenziale copertura totale della popolazione infantile con vaccinazioni	Counselling per incidenti domestici e trasporto Scheda informativa alimentazione Promozione delle vaccinazioni	Riflesso rosso
24 mesi +/- 180 gg	Valutazione auxologica e puericultura	Prevenzione incidenti Alimentazione sana	Counselling per incidenti domestici e trasporto	

			Scheda informativa alimentazione	
3 anni -180 gg + 360 gg	Valutazione auxologica e puericultura	Prevenzione incidenti Alimentazione sana Tendenziale copertura totale della popolazione infantile con vaccinazioni Educazione alla lettura ad alta voce	Counselling incidenti Valutazione delle abitudini alimentari per i bambini in sovrappeso Controllo dello stato vaccinale per permetterne l'eventuale recupero Consigli alla lettura	Stereo test Lang e Cover test Test acuità visiva
6 anni +/- 1 anno	Valutazione auxologica e puericultura	Prevenzione incidenti Alimentazione sana Tendenziale copertura totale della popolazione infantile con vaccinazioni	Counselling incidenti e abitudini alimentari Scheda informativa alimentazione Controllo dello stato vaccinale per permetterne l'eventuale recupero	Test acuità visiva
11 anni +/- 1anno	Valutazione auxologica e puericultura	Prevenzione incidenti Alimentazione sana Prevenzione tabagismo Copertura con vaccinazioni	Counselling incidenti, alimentazione Scheda informativa prevenzione tabagismo Promozione delle vaccinazioni	
12-14 anni	Valutazione auxologica e puberale	Prevenzione incidenti Alimentazione Sana Prevenzione/Diminuzione Tabagismo	Counselling incidenti, alimentazione Scheda informativa prevenzione tabagismo	

Allegato 2

Bilanci di Salute-parte B (integrativa da definire a livello aziendale)

Fra gli ulteriori obiettivi di promozione della salute che saranno oggetto di trattativa nei patti aziendali ne vengono citati alcuni di particolare importanza:

A)

Campagne di vaccinazione e coinvolgimento diretto del pediatra di famiglia nell'atto vaccinale (esempio antinfluenzale, epatite A, ecc.).

Obiettivo principale: tendenziale copertura della popolazione infantile.

Azione: promozione e/o esecuzione delle vaccinazioni.

Indicatore: % di copertura della popolazione pediatrica rispetto ad un dato concordato come ottimale e definito a livello regionale.

B)

ETA'	OBIETTIVI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	AZIONI
3° mese	Individuazione difetti uditivi	Questionario capacità uditive
6° mese	Individuazione precoce difetti uditivi	Questionario capacità uditive
6° anno	Individuazione malattie	Valutazione, tramite

	disfunzionali delle vie urinarie Igiene orodentale	questionario del controllo minzionale notturno e diurno Scheda informativa igiene orale
11/12 anni	Promozione attività motoria e prevenzione dell'uso di sostanze tossiche Prevenzione anoressia – bulimia. Igiene orodentale	Individuazione situazioni a rischio (anche per conflitti familiari) tramite valutazione abitudini alimentari e verifica del peso. Counselling per corretti stili di vita Schede informative igiene orale
13-14 anni	Promozione attività motoria e prevenzione dell'uso di sostanze tossiche	Counselling per corretti stili di vita

PROGETTO CURE PRIMARIE

Il progetto Cure Primarie contiene una serie di interventi finalizzati a coinvolgere maggiormente il Pediatra di Libera Scelta nel processo di miglioramento della qualità assistenziale e dell'efficacia dei servizi erogati, superando il principio della offerta di singole prestazioni e in un'ottica di corretto utilizzo delle risorse.

Esso prevede un completamento dei compiti previsti dall'ACN che si esprime attraverso l'adesione del Pediatra a percorsi assistenziali strutturati, condivisi ed integrati che agiscano positivamente sulle attuali criticità organizzative nell'ambito di:

- l'appropriatezza prescrittiva;
- la continuità assistenziale, gli accessi impropri al pronto soccorso ed i ricoveri impropri;
- l'assistenza coordinata al cronico ed il sostegno ai bambini in condizioni di rischio o disagio sociale;

e che permettano:

- una riduzione degli accessi al pronto soccorso e dei ricoveri impropri;
- il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni con contestuale razionalizzazione della spesa farmaceutica e del ricorso al 2° livello specialistico;
- una gestione integrata delle patologie croniche;
- una migliore comunicazione tra i Pediatri di Libera Scelta, i servizi distrettuali ed i presidi ospedalieri.

Il livello di elevata protezione è particolarmente opportuno, sebbene non in maniera esclusiva, per il bambino:

- a) affetto da patologia cronica disabilitante (ad esempio asma persistente, epilessia, diabete infantile, nefropatie, mucoviscidosi);
- b) in stato di terminalità neoplastica;
- c) dimesso dai centri di cure intensive neonatali;
- d) lungamente allettato, soprattutto dopo ricoveri ospedalieri di particolare impegno (interventi chirurgici, scompensi funzionali);
- e) con rischio sanitario o problemi fisici derivanti da uno stato di disagio sociale;
- f) bambino affetto da patologia acuta invalidante.

Il progetto Cure Primarie prevede:

1. la definizione e l'applicazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi finalizzati alla cura di patologie di particolare frequenza o rilevanza di Sanità Pubblica in età pediatrica;
2. il miglioramento della copertura assistenziale diurna feriale, soprattutto attraverso lo sviluppo ed il potenziamento delle forme associative e della copertura assistenziale prefestiva e festiva;
3. la partecipazione alla U.V.M.D. per minori e la collaborazione nei progetti di ADI.

Percorsi diagnostico-terapeutici condivisi

Lo scopo generale del progetto è di migliorare la qualità dell'assistenza pediatrica primaria e l'appropriatezza prescrittiva, garantendo (cfr. allegato 5, *Il progetto Cure Primarie – Il sistema informativo*):

1. l'adesione a comportamenti diagnostico prescrittivi basati sulla evidenza scientifica;
2. la praticità, la validità scientifica e la accettabilità sociale dei metodi;
3. l'utilizzo di risorse diagnostiche appropriate.

Gli obiettivi specifici del programma sono i seguenti:

1. incentivare la formulazione e la realizzazione, da parte di gruppi di Pediatri di Libera Scelta, di progetti per il miglioramento della qualità dell'assistenza, finalizzati da un lato alla definizione di linee guida condivise e di percorsi diagnostico terapeutici efficaci ed appropriati, dall'altro al rispetto di tetti di spesa programmati;
2. allargare il campo di responsabilità del Pediatra di Libera Scelta alla diagnosi ed al trattamento di condizioni morbose, acute e croniche, che sono state trasferite impropriamente all'ospedale favorendo la presa in carico globale del paziente con rafforzamento del rapporto di fiducia famiglia/pediatra/bambino;
3. razionalizzare gli accessi alla medicina specialistica (II Livello) con conseguente contenimento della spesa e riduzione dei tempi di attesa;
4. ridurre i ricoveri per patologie acute gestibili direttamente dal Pediatra di Libera Scelta;
5. migliorare l'appropriatezza prescrittiva, permettendo al Pediatra di Libera Scelta di usufruire di maggiori supporti per lo svolgimento delle cure primarie, in particolare di diagnostica ambulatoriale.

Le patologie oggetto di formulazione delle linee guida e dei percorsi diagnostico terapeutici sono le seguenti:

- l'iperpiressia nel lattante
- l'otite media acuta
- la faringotonsillite
- la broncopolmonite
- l'infezione delle vie urinarie
- l'asma bronchiale e le allergie.

I fase: rinviata alla negoziazione sui patti aziendali

Nell'ambito dei Patti aziendali si individua come obiettivo qualificante lo sviluppo del progetto cure primarie con l'attivazione di ulteriori percorsi diagnostico-terapeutici, coerentemente con il percorso avviato con l'ACR del 2001.

Al progetto possono partecipare i Pediatri di Libera Scelta operanti nel territorio dell'ULSS.

I progetti vengono definiti e attuati dall'Azienda ULSS con la collaborazione delle seguenti strutture: Comitato Tecnico-Scientifico e Gruppi Collaborativi Distrettuali, qui sotto descritte.

A livello distrettuale viene costituito un team definito Gruppo Collaborativo Distrettuale, composto da Pediatri di Libera Scelta singoli o in forma associata. Ogni Gruppo esprime un referente con funzioni di coordinamento e riferimento.

Per particolari condizioni oro-geografiche è possibile la costituzione di Gruppi appartenenti a distretti di diverse Aziende ULSS.

I referenti dei Gruppi costituiscono il Comitato Tecnico Scientifico (C.T.S.).

Il C.T.S. ha il compito di individuare i momenti formativi, le metodologie di lavoro dei Gruppi e i calendari di lavoro, nonché le modalità, gli strumenti e gli indicatori idonei alla verifica dei risultati ottenuti.

I Gruppi Collaborativi Distrettuali partecipano, con i Direttori di Distretto, nell'ambito del Programma delle attività territoriali dell'Azienda ULSS, all'attuazione delle seguenti attività:

1. esame delle linee-guida elaborate dal Gruppo di Studio Regionale e definizione del percorso diagnostico-terapeutico "ideale" realizzabile a livello locale;
2. analisi dei percorsi diagnostico-terapeutici attuali, attraverso i dati forniti dal Sistema Informativo Aziendale;
3. definizione degli obiettivi di miglioramento e degli indicatori di risultato;
4. verifica dei risultati conseguiti tramite la misura degli indicatori;
5. applicazione del percorso diagnostico-terapeutico ideale nella pratica clinica.

I Pediatri di Libera Scelta aderenti all'iniziativa si impegnano a partecipare alle riunioni dei Gruppi e agli incontri di formazione previsti dal C.T.S.

I Pediatri di Libera Scelta che partecipano al progetto, applicano le linee-guida ed i relativi percorsi diagnostico-terapeutici per due delle sei patologie previste dall'Accordo regionale, individuate con il Patto aziendale.

Ai Pediatri che partecipano al C.T.S. e ai Gruppi Collaborativi Distrettuali è riconosciuto un compenso forfetario orario di €25,82 a carico dell'Azienda ULSS di appartenenza.

È prevista l'attivazione del servizio di continuità assistenziale anticipata alle ore 8,00 per i partecipanti ai Gruppi Collaborativi Aziendali qualora le riunioni si svolgano in giornata prefestiva.

II fase: obbligatoria

Entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Accordo, le Aziende attivano la linea guida relativa all'Asma bronchiale e allergie alla quale è obbligatoria la partecipazione di tutti i pediatri di libera scelta.

Entro lo stesso termine viene definito dal Comitato Tecnico Scientifico Regionale, che ha prodotto e monitorato le linee guida, un protocollo operativo con l'indicazione delle ulteriori modalità attuative, i tempi e l'indicazione dei bisogni formativi attinenti la linea guida.

Per questo compito obbligatorio ai Pediatri di Libera Scelta viene corrisposto quanto previsto dall'art. 58 lett. B c. 15 ACN, risorse finalizzate a progetti per il governo clinico, e viene riconosciuta la possibilità di effettuare, entro volumi di attività predefiniti dall'Azienda ULSS, in ogni percorso diagnostico terapeutico le prestazioni aggiuntive diagnostiche, coerenti con le linee-guida, contenute nel nomenclatore di cui alla lettera C dell'allegato B dell'ACN e riportate nell'allegato 2 dell'Accordo regionale, per tutte le sei patologie sopra richiamate.

Continuità assistenziale diurna

Lo scopo generale del programma è quello di promuovere una maggiore disponibilità e possibilità di contatto delle famiglie con un Pediatra di Libera Scelta, per necessità non differibili.

La continuità va comunque ricercata prima di tutto attraverso la costruzione del rapporto di fiducia tra il Pediatra e la famiglia e l'informazione sul corretto uso dei servizi di primo e di secondo livello, informazione che il Pediatra fornisce attivamente nell'ambito del progetto Salute Infanzia.

Gli obiettivi specifici che il Pediatra di Libera Scelta può perseguire sono i seguenti:

- gestire globalmente l'assistenza pediatrica primaria, ponendosi da filtro per il passaggio a livelli assistenziali successivi anche attraverso l'utilizzo di strumenti di comunicazione più adeguati;
- fornire un servizio di primo livello, qualificato e facilmente identificabile, per i bisogni delle famiglie, agendo da filtro attivo al pronto soccorso, così come fortemente richiamato nei vigenti Piano Sanitario Nazionale e Progetto Obiettivo Materno Infantile;
- favorire lo sviluppo e la messa a regime di un sistema informativo in grado di monitorare i percorsi dei pazienti e di fornire gli strumenti utili per valutare la qualità del servizio erogato.

Per l'attuazione dei progetti finalizzati alla copertura assistenziale diurna di seguito indicati e sottoposti alla negoziazione nell'ambito dei Patti aziendali, ai Pediatri di Libera Scelta che aderiscono al progetto viene riconosciuto un compenso definito a livello aziendale.

- 1° livello: disponibilità del Pediatra all'utilizzo in fasce orarie concordate del mezzo telefonico per il contatto con i propri pazienti e con tempi predefiniti per la risposta;
- 2° livello: disponibilità del Pediatra ad erogare le prestazioni non differibili secondo modalità definite nell'ambito dei Patti aziendali.

Partecipazione alla U.V.M.D. per minori e collaborazione nei progetti di A.D.I.

Il pediatra partecipa alla U.V.M.D. per la discussione di casi complessi e che necessitano di un approccio multiprofessionale e coordinato. La richiesta di attivazione di U.V.M.D. può essere effettuata dal pediatra stesso o da altri operatori sanitari distrettuali e deve essere validata dal responsabile di distretto che ne cura l'operatività. Possono rientrare fra questi casi, a titolo esemplificativo, le problematiche psicosociali (famiglia non responsabile, figli di tossicodipendenti, figli di separati o divorziati, il bambino violato, ecc.), il minore con problemi psichiatrici, ecc.

Al fine di favorire il più possibile l'assistenza del bambino nel territorio e nel proprio ambito familiare, il pediatra presta la propria collaborazione nei progetti di ADI pediatrica, che l'Azienda si impegna a sviluppare, in particolare nei confronti dei bambini con patologia cronica e dei bambini con patologia acuta momentaneamente invalidante.

L'attivazione viene concordata con il pediatra interessato, nella U.V.M.D., su richiesta del pediatra stesso, dei sanitari del distretto, dell'assistente sociale del comune o dell'ospedale, inoltrata al responsabile di distretto e può essere erogata presso il domicilio del bambino o in altri ambienti di vita del bambino secondo quanto definito tra il pediatra, la famiglia e la U.V.M.D.

Il piano assistenziale sarà predisposto dalla U.V.M.D. secondo le necessità individuali di ciascun paziente.

La partecipazione alla prima riunione della U.V.M.D. accompagnata dalla valutazione sanitaria attraverso la compilazione della modulistica in uso, viene retribuita con il compenso di €38.73, salvo altre modalità di presa in carico definite a livello aziendale.

Per la partecipazione alle eventuali successive riunioni della U.V.M.D., viene parimenti corrisposto il compenso di €38.73.

L'attività del PLS nell'ambito del programma di assistenza domiciliare integrata è retribuita con la somma di €38.73 ad accesso.

Forme associative (art. 52)

Lo sviluppo nel Veneto delle forme associative per la Pediatria di Libera Scelta è riconducibile fondamentalmente ai modelli associativi già consolidati tra Pediatri di Libera Scelta attraverso la specifica normativa prevista nei precedenti ACN di categoria. Tali modelli associativi vanno incrementati sotto il profilo quali – quantitativo, anche per dare prosecuzione alla programmazione regionale in materia degli ultimi anni, al fine di consentire a tutti i bambini del Veneto di essere assistiti tramite le forme associative.

Riferimenti normativi

L'associazionismo fra Pediatri di Libera Scelta, introdotto negli artt. 51, 52, 53, 54 dell'ACN di cui al D.P.R. n. 272/2000, viene ripreso ed approfondito nell'art. 52 dell'ACN reso esecutivo in data 15/12/2005.

In particolare la lettura del testo indicato prevede di:

- realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza;
- perseguire il coordinamento funzionale delle attività dei Pediatri di Libera Scelta con i servizi e le attività del distretto;
- realizzare forme di maggiore fruibilità ed accessibilità da parte dei cittadini dei servizi e delle attività erogati dai Pediatri di Libera Scelta;
- perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione dell'attività professionale.

La lettura concordata delle fonti richiamate e le modalità di attuazione degli istituti di cui trattasi, definite nell'accordo regionale e l'esigenza di coniugare quanto prescritto con un modello organizzativo funzionale al miglioramento dei servizi all'utente portano alla enucleazione dei seguenti indirizzi.

Entità e modalità di gestione del Fondo ex art. 45

(Calcolato su una popolazione di 453.942 assistiti, fonte: Relazione Socio – Sanitaria della Regione Veneto – Anno 2002, e su 537 Pediatri di Libera Scelta; si provvederà ad aggiornare i dati sugli assistiti con quelli rilevati al 1° gennaio 2005 e conseguentemente, a rideterminare il Fondo)

Comma 1			€2,09	Assistiti Veneto 453.942→	€948.738,78
Comma 3			€2,07	Assistiti Veneto 453.942→	€939.659,94
Comma 2	Tetti DPR 272/2000 per:		Costo per tetti previsti nel DPR 272/2000	DGR n. 2993 del 1/10/04 "Determinazione dei tetti di spesa per l'anno 2004"	Incremento determinato dalle risorse aggiuntive regionali, secondo quanto previsto nel nuovo ACN, all'art. 58, lett. B, comma 2
	associazione	30%	€422.166,06		
	Gruppo	5%	€82.163,50		
	Collab. studio	10%	€234.234,07		
		€738.563,63	€1.211.901,23	€473.337,60	€473.337,60
					€2.361.736,32

Individuata, come sopra, la consistenza del Fondo ex art. 45, tenuto conto del disavanzo verificatosi per il 2004 (€ 181.351,77), si dispone di destinare le risorse di cui allo stesso, pari ad € 2.361.736,32 come segue:

- quanto a €181.351,77 per i maggiori costi relativi alle indennità per il 2004 (art. 41 e artt. 51 e seg. del D.P.R. n. 272/2000);
- quanto a €2.180.384,55 per i costi relativi alle indennità per il 2005 (art. 45 e art. 58, lettera B - punto 1, del nuovo A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta reso esecutivo con Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni del 15/12/2005). Tuttavia, le previsioni di spesa per il 2005, indicano un fabbisogno di €4.985.054,76, per confermare l'attuale livello di qualità dell'assistenza della Pediatria di Libera Scelta, con un finanziamento aggiuntivo di € 2.804.670,21.

Per garantire l'introduzione di standard di qualità migliorativi rispetto a quelli dell'A.C.N. è necessario programmare annualmente i tetti di spesa delle quote variabili ex fondo art. 45.

Da quanto sopra, si dispone che la consistenza del Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza ex art. 45, possa variare, di anno in anno, conformemente alle determinazioni regionali sui tetti di spesa per le attività in oggetto, previsti per l'esercizio di riferimento; tale previsione costituirà per ciascuna Azienda ULSS il limite di spesa per: forme associative, indennità informatica non obbligatoria, collaboratore di studio e personale infermieristico. In caso di mancata utilizzazione delle risorse come sopra individuate, queste costituiranno economia di spesa e, pertanto, non saranno in altro modo ripartite. Per l'esercizio 2005, si dispone di fissare il tetto di spesa in € 4.985.054,76, come risulta dalla tabella predisposta dagli uffici sullo stato della situazione al 31/12/2005 (Allegato n. 4). Pertanto, per ripianare i maggiori costi del 2004, di €181.351,77, e per far fronte alla spesa prevista per il 2005, di €4.985.054,76, il Fondo di cui trattasi ammonta a € 5.166.406,53, con una maggiore spesa extra A.C.N. di € 5.166.406,53 - € 2.361.736,32 = € 2.804.670,21.

Tutto ciò premesso, si dispone:

1. di dare attuazione agli artt. 45 e 58, lettera B - punto 1, del nuovo A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta reso esecutivo con Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni del 15/12/2005, istituendo, a decorrere dal 1° gennaio 2005, il "Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza" di cui al suddetto art. 45, a carico dei bilanci delle Aziende ULSS, per la retribuzione degli istituti definiti dall'art. 58 lettera B, stabilendo pertanto che il Fondo ammonta ad € 5.166.406,53;
2. di stabilire, per le motivazioni in premessa descritte, che il suddetto Fondo sia così ripartito: €181.351,77 per i maggiori costi relativi alle indennità per il 2004 ed €4.985.054,76 per i costi relativi alle indennità per il 2005;
3. di stabilire quindi che, per il periodo 1.01.2004 - 31.12.2004, l'importo dell'indennità annuale per assistito da corrispondere ai Pediatri di Libera Scelta organizzati in forme associative o che utilizzano personale di studio, sia pari agli importi previsti dall'A.C.N. di cui al D.P.R. n. 272/2000 e dall'Accordo Regionale di cui alla D.G.R. 3889/2001, per le motivazioni indicate in premessa;
4. di stabilire, per il 2005, di riconoscere ai medici aventi titolo le relative indennità, secondo l'importo fissato dai vigenti A.C.N. e Accordo regionale, anche oltre le percentuali stabilite dal nuovo A.C.N. stesso, entro il limite massimo di spesa di € 4.985.054,76. Ciascuna Azienda ULSS potrà, pertanto, accogliere le domande dei Pediatri di Libera Scelta per le attività di cui sopra sino al limite di spesa indicato nella tabella (Allegato n. 4). In caso di

- mancata utilizzazione delle risorse come sopra individuate, queste costituiranno economia di spesa e, pertanto, non saranno in altro modo ripartite;
5. di porre a carico dei bilanci delle Aziende ULSS la spesa relativa, che rientra nelle assegnazioni del Fondo Sanitario Regionale;
 6. di stabilire che la consistenza del Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza ex art. 45, possa variare, di anno in anno, conformemente alle determinazioni regionali sui tetti di spesa per le attività in oggetto, previsti per l'esercizio di riferimento sulla base anche delle nuove richieste pervenute per l'attivazione degli istituti di cui all'art. 58 lett. B.

Riconoscimento delle diverse tipologie di forma associativa

Conformemente a quanto sopra è necessario programmare annualmente i tetti di spesa delle quote variabili ex fondo art. 45, introducendo standard di qualità migliorativi rispetto a quelli dell'A.C.N.. Da questo presupposto deriva l'inserimento, nel presente Accordo regionale, delle seguenti disposizioni obbligatorie:

A) Presupposti-base per la costituzione di qualsiasi tipologia di forma associativa

Riprendendo i contenuti dell'A.C.N., vengono a seguito enucleati i presupposti-base per la costituzione di una qualsiasi forma associativa, che dovrà realizzarsi in forma libera, volontaria e paritaria. I Pediatri facenti parte devono:

- A1) operare all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta o limitrofo entro la stessa azienda;
- A2) aderire ad una sola delle forme associative, fatte salve forme sperimentali valutate in ambito aziendale;
- A3) non svolgere attività libero professionale strutturata per un orario superiore alle 5 ore settimanali;
- A4) stipulare un accordo scritto di costituzione della forma associativa, da depositare presso l'Azienda ULSS e l'Ordine dei Medici. Le modalità organizzative della forma associativa, devono essere comunicate ai genitori degli iscritti ai propri elenchi mediante la Carta dei Servizi.

a) Requisiti trasversali comuni a tutte le tipologie di forma associativa

Nell'ambito dello svolgimento delle funzioni professionali esplicitate in forma associativa si ritiene indispensabile elencare i requisiti comuni a tutte le tipologie che debbono, pertanto, essere garantiti dai professionisti che a dette forme aderiscono:

- a1) l'impegno a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri Pediatri della forma associativa medesima (per la pediatria di gruppo) e per le prestazioni non differibili (nella pediatria in associazione) nelle fasce orarie e con le modalità previste dal regolamento della forma associativa, fatta eccezione per le attività del progetto Salute Infanzia, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico pur nella tutela dei fondamentali principi del rapporto fiduciario e della libera scelta da parte dell'assistito;
- a2) l'obbligo di garantire ai cittadini, con regole e limiti, la conoscenza della accessibilità, a ciascun Pediatra dell'associazione, prevedendo la redazione di una Carta dei Servizi delle prestazioni rese, da consegnare a tutti gli assistiti secondo un modello negoziato con l'Azienda ULSS;
- a3) la comunicazione degli orari di studio di tutti i Pediatri della forma associativa all'Azienda ULSS ed esposti in tutti gli studi dei medici oltre che esplicitati nell'accordo costitutivo della

forma associativa. Ogni variazione andrà tempestivamente comunicata all'Azienda ULSS ed esposta negli studi;

- a4) l'erogazione dell'attività ambulatoriale di ciascun medico per 5 gg. la settimana. La riduzione a 4 gg. la settimana per impegni previsti dall'ACN (consulti con gli specialisti, accessi ai luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione ad incontri o convegni, attività di ricerca) deve rientrare in una precisa programmazione, distinta dalle assenze per ferie e per motivazioni personali;
- a5) il coordinamento delle fasce orarie di attività ambulatoriale dei Pediatri associati (qualora il numero degli associati sia superiore a tre), per garantire complessivamente una disponibilità all'accesso di almeno 6 ore giornaliere, stabilendo un congruo numero di ore di apertura, distribuito equamente nel mattino e nel pomeriggio. Le fasce orarie di riferimento per il coordinamento delle aperture degli studi dei Pediatri associati si intendono fissate, per la mattina, dalle 8.00 alle 13.00 e, per il pomeriggio, dalle ore 13.00 alle 19.00, con un minimo di due ore per fascia;
- a6) qualora un solo Pediatra garantisca, in una particolare giornata, l'apertura pomeridiana, in caso di sua assenza è dovere e responsabilità dei Pediatri della forma associativa garantire sempre e comunque l'attività nei confronti dei suoi assistiti (per la pediatria di gruppo) e per le prestazioni non differibili (nella pediatria in associazione), per un minimo di 2 ore, qualora il numero di pediatri aderenti sia superiore a tre;
- a7) l'impegno a garantire l'apertura di almeno uno degli studi ogni tre nelle giornate prefestive infrasettimanali al mattino per almeno due ore;
- a8) nella giornata di sabato deve essere assicurata da parte di almeno uno dei Pediatri associati la sola ricezione, entro le ore 10.00, delle richieste di visite domiciliari anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il Pediatra;
- a9) i Pediatri in pediatria in associazione possono derogare all'apertura di uno studio fino alle ore 19,00 purché sia garantita l'apertura di sabato di uno studio sino alle ore 10,00 o nel caso di adesione a progetti di continuità assistenziale festiva o prefestiva da parte di tutti i pediatri che costituiscono l'associazione;
- a10) i Pediatri della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza Domiciliare, in modo da garantire, nei periodi di assenza di uno o più Pediatri, la continuità di tale forma assistenziale nella periodicità degli accessi programmati, qualora la sostituzione avvenga a riferimento interno;
- a11) l'impegno ad assicurare il coordinamento della attività di Assistenza Domiciliare Integrata, in modo tale da garantire, con le stesse modalità, la continuità di tale forma assistenziale nei periodi di assenza di uno o più Pediatri della forma associativa, qualora la sostituzione avvenga a riferimento interno;
- a12) l'impegno a garantire, attraverso accordi aziendali, la continuità assistenziale diurna feriale nei casi ad elevata intensità di tutela sanitaria che riguardano pazienti multiproblematici, non autosufficienti nelle attività quotidiane, malati in condizione di criticità presi in carico conformemente alle presenti disposizioni;
- a13) dovranno 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 della forma associativa con gli obiettivi condivisi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;
- a14) l'impegno a gestire la documentazione socio-sanitaria attraverso un processo di evoluzione verso l'informatizzazione, che preveda anche lo scambio informativo e di dati con l'Azienda ULSS con modalità condivise. Nello specifico i Pediatri costituiti in pediatria di gruppo dovranno garantire la gestione della scheda sanitaria con un software gestionale.

Le Aziende ULSS possono consentire la costituzione di forme associative di due o più Pediatri con Medici di Medicina Generale, nell'ambito del Fondo ex art. 45, fatti salvi i casi esistenti e ulteriori tipologie individuate dal Comitato aziendale.

Ciascuna tipologia di forma associativa è riconosciuta dal mese successivo alla presentazione della richiesta, se rispondente ai requisiti stabiliti conformemente al presente Accordo.

Aree di indirizzo da negoziare nell'ambito dei Patti Aziendali

Le caratterizzazioni seguenti assumono connotato di orientamento per la formulazione di obiettivi aziendali da inserire nei Patti, da negoziare con le OO.SS. della Pediatria di Libera Scelta.

B) per tutte le forme associative

B1) La definizione e l'attuazione di criteri per l'ampliamento dell'orario di copertura giornaliera, nell'ottica di "assicurare la massima copertura possibile nell'arco della giornata".

B2) L'utilizzo di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda ULSS e la trasmissione di dati a fini epidemiologici e prescrittivi secondo le modalità da concordare con l'Azienda.

B3) La definizione e l'attuazione della Pediatria in Rete.

C) per la forma associativa di "Pediatria di Gruppo"

Oltre a quanto previsto al paragrafo B) si aggiungono:

C1) l'impegno a gestire gli accessi agli studi attraverso un servizio di prenotazione;

C2) per i Pediatri della forma associativa di pediatria di gruppo con oltre i 2400 assistiti complessivi è prevista la presenza obbligatoria del collaboratore di studio e/o dell'infermiere professionale, da non comprendere nel fondo di cui all'art. 45. Le modalità di gestione delle suddette figure avverrà in base ad un accordo interno al gruppo stesso. L'utilizzo da parte dei componenti del gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, è regolamentato secondo un accordo interno.

Al fine di dare attuazione alle presenti disposizioni sulle forme associative sarà costituito, entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, un gruppo di lavoro regionale composto da esperti delle aziende e delle OO.SS. firmatarie dell'accordo regionale. Uno dei compiti del gruppo sarà la predisposizione di fac-simile di atto di costituzione per le forme associative.

Assistenza in zone disagiate (art. 58, lettera D)

Il corrispettivo di cui all'art. 58, lettera D, per assistenza pediatrica in zone disagiate spetta:

1. ai Pediatri iscritti negli ambiti territoriali già riconosciuti disagiati;
2. ai Pediatri iscritti negli ambiti territoriali che verranno riconosciuti disagiati secondo i seguenti criteri:
 - particolari difficoltà oro geografiche e di trasporto;
 - popolazione rarefatta e sparsa (quando all'interno dell'ambito vi è più di un Comune con densità di popolazione in età 0-6 anni inferiore a 2 abitanti/km² e con un numero di bambini 0-6 anni inferiore a 150);
 - il Comitato aziendale può individuare, per ulteriori particolari situazioni, altre tipologie di zone disagiate o disagiatissime e stabilire le relative indennità, da proporre al Direttore Generale.

Su indicazione del Comitato aziendale, all'interno di un ambito di scelta può essere riconosciuto come disagiato un Comune facente parte dell'ambito, in caso di popolazione rarefatta e sparsa, secondo i criteri suddetti, tenendo presente le condizioni di viabilità. In questo caso al Pediatra

spetta un corrispettivo di € 25,82 annue per ciascun bambino residente ed iscritto, fino al raggiungimento massimo di €516,46 mensili, o di un ulteriore tetto da stabilirsi a livello aziendale. Su indicazione del Comitato aziendale, l'incentivo di € 25,82 annue per bambino può essere applicato per piccole frazioni comunali con difficili condizioni di viabilità.

A ciascuna Azienda ULSS è demandato il compito di procedere all'individuazione delle zone disagiate, secondo le presenti indicazioni.

Allo scopo di sopperire alle necessità assistenziali nelle zone disagiate, disagiatissime e in quelle con carenza assoluta di assistenza pediatrica, l'Azienda ULSS può autorizzare l'assegnazione di attività a compenso orario a Pediatri consenzienti operanti nell'ambito territoriale.

Patti Aziendali

Si confermano i contenuti di rilevanza strategica previsti dalla D.G.R. n. 3731 del 26/11/2004 "Indirizzi per la definizione dei Patti aziendali per il 2005", e dalla parte generale definita nella D.G.R. n. 4395 del 30/12/2005, assumendoli come orientamenti prescrittivi per la formulazione e negoziazione dei Patti aziendali per la Pediatria di Libera Scelta.

Lo strumento dei Patti costituisce parte integrante dei sistemi di pianificazione e di programmazione aziendali, in relazione agli obiettivi di salute individuati e concorre al raggiungimento degli stessi. Coerentemente a tale logica, i Patti intendono esplicitare nello specifico di ogni Azienda ULSS:

- 1) la funzione (compiti ed attività) della Pediatria di Libera Scelta come uno dei principali soggetti coinvolti nell'attività di Governo della Domanda (ricoveri, prestazioni specialistiche, farmaci, protesica, ecc.);
- 2) le azioni volte alla promozione di Obiettivi di Salute attuati attraverso la messa a punto di processi di "presa in carico dei problemi di salute" e di "stili di vita" che qualificano il rapporto medico-paziente. In questo ambito il ruolo centrale del pediatra si esplica nella realizzazione di azioni di prevenzione e/o nel supporto alla progettazione/attivazione di servizi rispondenti ai bisogni, in virtù del ruolo di "osservatore privilegiato" dello stato epidemiologico e sociale della popolazione assistita, di primo contatto con il SSN e di gestore della prima risposta ai bisogni di salute dei bambini;
- 3) le Prestazioni offerte dal Pediatra di Libera Scelta e delle loro modalità di erogazione, nonché delle attività implementate per un percorso volto alla Formazione e alla Crescita professionale.

In tale contesto si inserisce anche la negoziazione, per la definizione a livello aziendale, dei Progetti Salute Infanzia e Cure Primarie.

La definizione e la redazione del Patto con i Pediatri di Libera Scelta rientra fra i compiti dell'Azienda ULSS; ciò comporta che, entro 60 gg. dalla data di adozione del provvedimento di recepimento del presente Accordo, le Aziende ULSS debbano avviare le procedure per la definizione dei Patti. In merito, si richiama la D.G.R. n. 2424 del 9/08/2005, con la quale l'attuazione dei Patti aziendali è stata individuata come uno degli obiettivi di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende ULSS.

Integrazione fra sistemi di cartella clinica e Sistemi Informativi aziendali

La cooperazione applicativa è la modalità tecnica individuata per il mutuo scambio informativo su rete aperta (internet), nel pieno rispetto delle esigenze di sicurezza e riservatezza, tra la cartella clinica del Pediatra di Libera Scelta e l'Azienda ULSS, in un'ottica di maggiore efficienza ed efficacia dei processi di comunicazione.

In tal senso la cartella clinica dovrà risultare conforme alle specifiche standard definite dall'Amministrazione regionale, in linea con le indicazioni del piano di e-Government e del Tavolo di Sanità Elettronica del Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie.

Al fine di dare attuazione alle presenti disposizioni sarà costituito un gruppo di lavoro regionale composto da esperti delle Aziende, della Regione e delle OO.SS. firmatarie dell'Accordo Regionale entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente accordo.

Trattamento dei Dati – Codice Privacy

Preso atto della necessità di applicare le prescrizioni della normativa in tema di privacy (Codice Privacy – T.U. 196/2003), che incide significativamente sull'attività del Pediatra di Libera Scelta, delle Aziende socio-sanitarie ma anche dell'intera rete socio-assistenziale (Comuni, ecc.), le parti concordano sulla necessità di elaborare un progetto, rispondente ai principi della normativa stessa ed a tutela del diritto del cittadino, che soddisfi ai principi di:

- trasparenza,
- efficacia e sicurezza degli operatori coinvolti,
- appropriatezza e non ridondanza, utilizzando la norma sulla raccolta semplificata del consenso.

Pertanto si concorda sulla necessità che la materia formi oggetto di specifico accordo fra Azienda ULSS e le OO.SS. della Pediatria di Libera Scelta per una gestione coordinata della stessa, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo. In tal senso saranno adeguati i Patti aziendali.

PROGETTI SPERIMENTALI

Si prevede la costituzione di un gruppo di lavoro regionale, da attivare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo, per definire, in via sperimentale, i progetti:

- *linee guida per l'attivazione di una rete integrata tra Azienda ULSS, Pediatria di Libera Scelta e cittadini.*
- *prevenzione primaria per la profilassi delle malattie infettive.*

ALLEGATO 3 Tariffe Prestazioni di tipo Diagnostico

1) Esecuzione e valutazione nei casi a clinica dubbia di test rapido per la rilevazione dello streptococcus pyogenes in faringe	€ 15,49
2) Esecuzione e valutazione nei bambini altamente febbrili e con scarsi o dubbi segni di localizzazione infettiva di test rapido per la determinazione della Proteina C reattiva	€15,49
3) Esecuzione e valutazione stick urine per la determinazione di 10 parametri	€4,13
4) Esecuzione e valutazione nei bambini con sospetta patologia allergica di Prick test per la determinazione degli allergeni alimentari e/o Inalanti	€36,15
5) Esecuzione e valutazione di Spirometria semplice in bambini con asma persistente o ricorrente o altre patologie respiratorie	€25,82
6) Esecuzione e valutazione di Impedenziometria	€20,66
7) Esecuzione e valutazione di Otoscopia pneumatica o riflettometria acustica	€10,33
8) Esecuzione e valutazione di Podoscopia	€12,91
9) Esecuzione e valutazione di Scoliommetria	€10,33
10) Esecuzione e valutazione di Elettrocardiogramma	€25,82
11) Esecuzione e valutazione di Micro VES	€5,16

12) Esecuzione e valutazione di Conta Leucocitaria (con microscopio e camera di Burker)	€15,49
13) Esame Microscopico delle Urine (con microscopio e camera di Burker)	€15,49
14) Esecuzione e valutazione di Glicemia	€2,58
15) Esecuzione e valutazione di Glicosuria	€2,58
16) Esecuzione e valutazione di Prelievo di Sangue Capillare	€2,58
17) Esecuzione e valutazione di Prelievo di Sangue Venoso	€5,16
18) Esecuzione e valutazione di prelievo microbiologico	€5,16
19) Test alla luce di Wood	€10,33
20) Riflesso rosso	€10,33
21) Test per l'identificazione dell'ambliopia: (Stereo test Cover test)	€36,15
22) Test per la valutazione dell'acuità visiva (tavola ottotipica)	€25,82
23) Boel Test	€20,66
24) Atto vaccinale	*
25) Ossimetria	€10,33
26) Refrattometria ottica per la ricerca dei difetti rifrattivi	*

* Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo regionale verrà costituito un gruppo di lavoro con le OO.SS. firmatarie del presente Accordo per la revisione e ridefinizione delle prestazioni di tipo diagnostico dell' Allegato 3

ALLEGATO 4 *Dettaglio degli importi previsti del Fondo ex art. 45 per ciascuna Azienda ULSS*

<i>Azienda</i>	<i>Totale spesa per il 2005 sulla base della fotografia della situazione al 31/12/2005</i>
<i>ULSS 1</i>	54.958,84
<i>ULSS 2</i>	25.822,56
<i>ULSS 3</i>	202.294,28
<i>ULSS 4</i>	86.355,32
<i>ULSS 5</i>	205.650,20
<i>ULSS 6</i>	353.402,20
<i>ULSS 7</i>	243.707,32
<i>ULSS 8</i>	297.897,44
<i>ULSS 9</i>	385.739,48
<i>ULSS 10</i>	161.836,28
<i>ULSS 12</i>	406.562,60
<i>ULSS 13</i>	122.659,52
<i>ULSS 14</i>	145.698,80
<i>ULSS 15</i>	456.242,96
<i>ULSS 16</i>	615.103,36
<i>ULSS 17</i>	266.610,92
<i>ULSS 18</i>	191.667,28
<i>ULSS 19</i>	52.250,20
<i>ULSS 20</i>	370.991,20
<i>ULSS 21</i>	144.791,84
<i>ULSS 22</i>	194.812,16
<i>Totale regionale</i>	4.985.054,76

ALLEGATO 5 *Il progetto Cure Primarie – Il sistema informativo*

Premessa

Con D.G.R. n. 3889 del 31.12.2001 è stato definito, per l'area della Pediatria di Libera Scelta, il progetto Cure Primarie che contiene una serie di interventi finalizzati a coinvolgere maggiormente il PLS nel processo di miglioramento della qualità assistenziale e dell'efficacia dei servizi erogati. Il progetto si articola in tre moduli e con D.G.R. n. 621 del 12/03/2004 è stato approvato un modello organizzativo per l'attuazione del I modulo del progetto, relativo alla "Definizione e applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi finalizzati alla cura di patologie di particolare frequenza o rilevanza di Sanità pubblica in età pediatrica". Il I modulo a sua volta si articola in tre sezioni relative:

- a) all'attivazione dei percorsi diagnostico terapeutici,
- b) alla costituzione di un sistema informativo di monitoraggio,
- c) alla formazione dei PLS.

Il sistema informativo (sezione b) prevede la costruzione di un sistema di rilevazione dei dati, utilizzando indicatori pertinenti con gli obiettivi definiti nelle linee guida e con modalità informatiche automatizzate e caratteristiche omogenee su tutta la rete regionale. Questi indicatori servono a rilevare in maniera attendibile a livello ambulatoriale i flussi di patologia sottoposti a monitoraggio nell'ambito delle singole linee-guida. La rilevazione della patologia di interesse viene integrata dalle specifiche cliniche (diagnosi, trattamento, esiti) necessarie al monitoraggio dell'impatto clinico dell'applicazione delle linee-guida.

La messa a punto e la sperimentazione del sistema di raccolta e analisi dei dati per il monitoraggio dell'applicazione delle linee guida è iniziata nel novembre 2004 in alcune Aziende ULSS selezionate in base all'attivazione delle singole linee guida. Il coordinamento tecnico del sistema informativo è stato affidato al Servizio Epidemiologico dell'Azienda Sanitaria n. 4, mentre la gestione operativa del sistema di raccolta dati è stata affidata alla Società Servizi Telematici di Padova.

L'attività dei primi 16 mesi si è articolata nei seguenti compiti:

- selezione Aziende ULSS per la fase pilota in base alla loro distribuzione territoriale e alle linee guida attivate;
- identificazione dei referenti aziendali e dei PLS partecipanti;
- messa a punto dei sistemi per la raccolta dati informatici e cartacei;
- formazione dei PLS partecipanti per quanto attiene alla raccolta e all'invio dei dati;
- formazione dei PLS partecipanti per quanto riguarda la condivisione e l'implementazione territoriale delle linee guida;
- raccolta e analisi dei dati.

Risultati e considerazioni preliminari

Complessivamente hanno aderito al progetto 163 PLS (94%) che lavorano nelle 7 Aziende ULSS coinvolte, su un totale di 174 PLS convenzionati. Il 74% (121/163) dei partecipanti ha scelto di inviare i dati per via informatica, mentre gli altri per via cartacea. Prima dell'inizio della raccolta dati sono stati organizzati corsi di formazione in tutte le Aziende ULSS durante i quali sono stati presentati gli obiettivi del progetto e sono state discusse le modalità di raccolta e invio dati. Alla fase formativa hanno partecipato 161 PLS.

Sono stati raccolti dati relativi ai seguenti percorsi diagnostico terapeutici: Asma (ULSS 15); Faringotonsillite acuta (ULSS 5, 8, 10, 18); Lattante febbrile (ULSS 16, 21); Otite media acuta (ULSS 5, 8, 10); Broncopolmonite acuta (ULSS 21); Infezione delle vie urinarie (ULSS 21).

Al 31 dicembre 2005 sono stati segnalati un totale di 3.412 patologie oggetto dei percorsi diagnostico terapeutici e 1.078 PPIP, la cui distribuzione è indicata nella seguente tabella.

Tabella: casi studiati per Azienda ULSS e linea guida

ULSS	PLS *	Data **	FTA	OMA	Lat-Feb	Asma	IVU	BPA	PPIP
5	20	Mag-05	1.274	932					501
8	17	lug-05	197	147					50
10	1	lug-05	37	57					0
15	16	giu-05				88			41
16	33	giu-05			432				408
18	11	lug-05	221						78
21	1	ott-05			3		5	19	0
Totale	99		1.729	1.136	435	88	5	19	1.078

(*) PLS che hanno effettuato le spedizioni al 10 Novembre 05

(**) Data inizio spedizioni

FTA = faringotonsillite acuta streptococcica e non o indeterminata

OMA = Otite media acuta, otite media essudativa, miringite

IVU = infezione delle vie urinarie

BPA = broncopolmonite acuta

PPIP: prestazioni di particolare impegno professionale coerenti con l'iter diagnostico relativo alle linee guida attivate (calcolate, al momento, solo sui dati spediti per via elettronica)

Dai dati raccolti possiamo considerare che nell'unica Azienda ULSS a regime (ULSS 5) il progetto procede con regolarità e tutti i PLS coinvolti collaborano puntualmente; dalla data in cui si è tenuto il corso di formazione, inoltre, è notevolmente aumentato da parte del PLS il numero delle registrazioni inerenti le diagnosi oggetto dello studio e la loro qualità. Nelle altre Aziende ULSS le spedizioni stanno aumentando progressivamente, anche se non tutti i PLS che inviano sembrano raccogliere tutti i casi delle patologie oggetto di studio, con un'ampia variabilità nelle incidenze osservate.

Un'analisi preliminare dei risultati ci permette di fare alcune considerazioni circa le modalità delle raccolta dati per il monitoraggio delle linee guida:

al fine di poter valutare le incidenze delle diverse patologie, come previsto dal progetto regionale (cfr. pagina 12 della delibera regionale n. 621 del 12/03/04) è necessario che pervengano i dati generali dei pazienti inseriti nell'archivio dei PLS partecipanti e non solamente dei pazienti esposti alle patologie oggetto di studio per tutti gli episodi di patologia d'interesse. In alternativa possono essere raccolti tramite una griglia i dati aggregati, per strati di popolazione assistita, riferiti in maniera convenzionale al 31/12

dell'anno precedente. Si osserva una notevole discrepanza nel numero delle patologie segnalate dai diversi PLS sia nell'ambito della medesima Azienda ULSS che tra diverse Aziende; essa sembra legata alla modalità di trasmissione dati (elettronica/cartacea) o alla scelta di inviare solo i dati legati al singolo episodio patologico (rigida applicazione del criterio selettivo progettuale) rispetto all'invio dei dati su tutti i pazienti o alla storia clinica completa del singolo paziente. Inoltre dal tipo di informazioni raccolte sembra che vi sia una notevole differenza nell'applicazione delle linee guida. Per esempio l'utilizzo dell'antibiotico terapia nei bambini con FTA varia dal 18% al 52% nelle quattro Aziende ULSS che hanno attivato il rispettivo percorso diagnostico terapeutico. (Bisogna vedere se la diversa modalità di raccolta dati, elettronica/cartacea influisce su queste percentuali). Tale discrepanza potrebbe essere dovuta sia ad un diverso modo di applicazione delle linee guida che ad alcune "resistenze" nella raccolta e invio dei dati, osservate nella fase iniziale del progetto, per una scarsa consapevolezza di come il monitoraggio sia parte integrante del Progetto Cure Primarie.

Uno degli obiettivi da raggiungere tramite l'applicazione dei percorsi diagnostici/terapeutici è quello di ridurre la variabilità prescrittiva dei PLS in ordine alla terapia e agli accertamenti diagnostici. I risultati che provengono dalla Azienda ULSS 5 in questo senso sono importanti perché dalla data di partenza si rileva un forte aumento dell'utilizzo dell'amoxicillina, come antibiotico di prima scelta nella cura di FTA e OMA (come previsto dal protocollo di diagnosi e cura).

L'utilizzo delle prestazioni aggiuntive è molto variabile da PLS a PLS e nelle diverse patologie.

Nel caso delle FTA per esempio solamente il 47% dei PLS ha effettuato almeno una volta il tampone faringeo, che dovrebbe rappresentare un elemento essenziale nella gestione dei pazienti con FTA, come anche dimostrato dal fatto che l'utilizzo del tampone faringeo comporta un migliore utilizzo dell'antibiotico terapia. Tale osservazione indica come sia necessario un forte impegno da parte delle Aziende ULSS e delle associazioni di PLS per l'implementazione delle linee guida nella loro totalità, incluso l'invio corretto dei dati. E' indicativo a questo proposito che, sempre nel caso della FTA, i PLS che effettuano il tampone faringeo (47%) siano quelli che segnalano il maggior numero di casi (88%). Come conseguenza dell'applicazione del protocollo diagnostico/terapeutico "Lattante febbrile senza segni di localizzazione" si è notato, in un lavoro condotto in collaborazione con il Pronto Soccorso Pediatrico, come i casi inviati siano molto più selezionati e portatori di patologie importanti.

Sebbene il progetto non permetta di valutare immediatamente l'efficacia dei percorsi diagnostico-terapeutici in quanto non è possibile fare un confronto tra prima e dopo l'applicazione delle linee guida, è stato valutato l'impatto dell'applicazione delle linee guida per l'OMA e la FTA nell'Azienda ULSS 5, in relazione ai dati di prescrizione farmacologia e specialistica disponibili presso le Aziende ULSS. I risultati hanno dimostrato come dopo l'applicazione delle linee guida nei pazienti con OMA sia diminuito l'uso improprio dell'antibiotico terapia, mentre nell'FTA l'introduzione delle linee guida abbia comportato un forte aumento dell'utilizzo dell'amoxicillina come antibiotico di prima scelta, (come previsto dal protocollo di diagnosi e cura) e un aumento di quasi 3 volte del numero dei tamponi faringei effettuati dal PLS con una corrispondente diminuzione degli esami in ambulatori esterni e un miglioramento della prescrizione dell'antibiotico terapia. Una analoga rilevazione è in corso presso altre Aziende; i dati preliminari evidenziano una riduzione importante del numero di tamponi faringei effettuati all'esterno e un importante risparmio della spesa per antibiotico terapia.

Validità del sistema

I dati preliminari finora raccolti suggeriscono come la corretta applicazione delle linee guida possa comportare un miglioramento della gestione clinica del bambino con una ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse. Tuttavia l'implementazione delle linee guida stesse (incluso le modalità di raccolta e invio dati) è un processo lento e progressivo, che richiede interventi continui di sensibilizzazione e formazione. Il sistema di monitoraggio messo in piedi si è rivelato un elemento essenziale per una valutazione dell'andamento del progetto sia a livello di ULSS che di singolo PLS, in grado di individuare situazioni di difficoltà, sulle quali pianificare interventi efficaci e valutabili.

Allegato: Rapporti economici tra Pediatra titolare e sostituto.

Ad integrazione dell'ALLEGATO F) dell'ACN, la regolazione dei rapporti economici tra pediatra titolare e sostituto avviene secondo le seguenti modalità:

1) Sostituto provvisto di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti:

A) Compensi relativi all'ACN

- il 55% del compenso di cui alla lettera A, commi 1 e 9 dell'art. 58 dell'ACN.

Su queste quote si valuta la variazione percentuale del 20% relativa alla maggiore (dicembre, gennaio, febbraio e marzo) o minore (giugno, luglio, agosto e settembre) morbidità.

- l'intero compenso delle PPIP previste dall'ALLEGATO B) dell'ACN punto A)

B) Compensi relativi all'ACR

- il 55% dei compensi relativi alla compilazione dei libretti sanitari individuali e l'educazione sanitaria

- l'intero compenso relativo all'esecuzione dei bilanci di salute

C) compensi relativi ai Patti Aziendali

Da valutare in ogni singola azienda.

2) Sostituto sprovvisto di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti:

A) Compensi relativi all'ACN

- il 55% del compenso di cui alla lettera A, commi 1 e 9 dell'art. 58 dell'ACN.

Su queste quote si valuta la variazione percentuale del 20% relativa alla maggiore (dicembre, gennaio, febbraio e marzo) o minore (giugno, luglio, agosto e settembre) morbidità

- l'intero compenso delle PPIP previste dall'ALLEGATO B) dell'ACN punto A)

C) compensi relativi ai Patti Aziendali

Da valutare in ogni singola azienda.

Con riferimento all'art. 36, comma 17 dell'ACN, quando il Pediatra sostituto, 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 che dovrà, in ogni caso, fare riferimento a quanto stabilito sopra.

Nota a verbale n.1

Ai fini della raccolta, con modalità informatiche automatizzate e caratteristiche omogenee su tutto il territorio regionale, dei dati di monitoraggio degli obiettivi definiti nelle linee guida del Progetto Cure Primarie, le parti propongono il mantenimento dell'attuale attività in corso.

Nota a verbale n.2

Le parti concordano di demandare ad eventuali accordi aziendali l'individuazione di modalità organizzative di conferimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, prodotti negli studi dei Pediatri di Famiglia, alle Aziende Sanitarie per il loro successivo smaltimento secondo le norme vigenti.

Nota a Verbale n. 3

Le parti concordano di costituire un gruppo di lavoro regionale, composto da esperti della Regione e delle OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale, allo scopo di valutare lo stato di applicazione nelle Aziende del presente Accordo.

Nota a verbale n. 4

Preso atto della difficoltà di reperimento di sostituti secondo le modalità e le norme del vigente A.C.N., le parti concordano di individuare una disciplina, coerente con le norme vigenti, che consenta di derogare al divieto, per il medico specializzando e per il medico in stato di quiescenza, di poter effettuare le sostituzioni dei Pediatri di famiglia.

Nota a verbale n. 5

Le parti si impegnano a verificare, in riferimento al documento conclusivo di cui al D.Lgs. n. 626/94 del Gruppo di lavoro della Conferenza delle Regioni istituito con DM 13/10/04 del 9/02/06 sull'abolizione o modifica delle certificazioni, il contenuto ed il portato di cui al punto 21 comma 3 che stabilisce che per la riammissione in comunità nel calcolo dei giorni di assenza non vengono ad alcun titolo computati i giorni festivi o di chiusura della struttura.

Nota a verbale n. 6

Le parti si impegnano a proporre alla SISAC il seguente testo sulle Certificazioni sportive:

“Tra i compiti del PLS, retribuiti in quota capitaria, rientrano le certificazioni per le attività sportive non agonistiche in ambito scolastico (punti a e c dell'art. 1 del D.M. 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 precedenti quella nazionale.

Perché la prestazione in oggetto sia eseguita in regime convenzionale devono essere rispettati i seguenti requisiti:

- 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 ai Giochi sportivi studenteschi la certificazione di stato di buona salute è dovuta esclusivamente per gli alunni selezionati per la partecipazione alle fasi provinciali e regionali successive a quelle di Istituto o di 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 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, recanti le generalità dello studente e l'attività per la quale si richiede la certificazione.
- f) Non rientrano fra le certificazioni dovute in regime convenzionale quelle richieste per 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) La partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi nella scuola elementare, non necessita di certificazione essendo questi limitati alla fase di Istituto e con carattere educativo, formativo e mai competitivo.”

Nota a verbale n. 7

Le parti si impegnano a costituire, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo i gruppi di lavoro nelle seguenti tematiche:

- gruppo giuridico ed applicativo
- forme associative e UTAP
- gruppo documentazione e procedure audit
- gruppo percorsi di presa in carico, governo clinico e continuità assistenziale

Venezia, 18 luglio 2006

LE PARTI FIRMATARIE

ASSESSORE alle Politiche Sanitarie della Regione del Veneto

F.I.M.P.

C.I.Pe