



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 235 LEGISLATURA N. VIII

seduta del

7/09/2009

pag.

1

delibera

1399

DE/ME/S04 Oggetto: Accordo integrativo regionale per la disciplina dei
0 NC rapporti con i medici pediatri di libera scelta in
 attuazione dell'accordo collettivo nazionale sancito
Prot. Segr. con intesa Stato-Regioni - Atto di repertorio n.
1526 2396/2005.

L'anno duemilanove addì 7 del mese di settembre in Ancona presso la sede della Regione Marche si è riunita la Giunta Regionale regolarmente convocata:

- Petrini Paolo	Vice Presidente
- Amagliani Marco	Assessore
- Benatti Stefania	Assessore
- Carrabs Gianluca	Assessore
- Donati Sandro	Assessore
- Mezzolani Almerino	Assessore
- Rocchi Lidio	Assessore
- Solazzi Vittoriano	Assessore

Sono assenti:

- Spacca Gian Mario	Presidente
- Badiali Fabio	Assessore
- Marcolini Pietro	Assessore

Essendosi in numero legale per la validità dell'adunanza assume la Presidenza, in assenza del Presidente della Giunta regionale, il Vice Presidente Petrini Paolo che dichiara aperta la seduta alla quale assiste il Segretario della Giunta regionale Brandoni Bruno.

La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

Riferisce in qualità di relatore: L' Assessore Mezzolani Almerino.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Il _____

L'INCARICATO

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente
del Consiglio regionale il _____

prot. n. _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
1 3 9 9

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

OGGETTO: Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale sancito con intesa Stato-Regioni - atto di repertorio n. 2396 del 15/12/2005.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Salute dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO la proposta del Dirigente del Servizio Salute che contiene il parere favorevole, di cui all'art. 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

- di prendere atto e di approvare l'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale sancito con intesa Stato-Regioni - atto di repertorio n. 2396 del 15/12/2005, sottoscritto in data 8 luglio 2009 dall'Assessore regionale alla Salute, dal Dirigente del Servizio Salute, dal delegato del Direttore Generale dell'ASUR e dai Segretari Regionali delle Organizzazioni Sindacali della Pediatria di libera scelta F.I.M.P. (Federazione Italiana Medici Pediatri) e C.I.Pe. (Confederazione Italiana Pediatri), allegato A alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale della stessa;
- di incaricare il Servizio Salute della Regione Marche, l'ASUR e le Zone territoriali di dare attuazione all'Accordo per le parti di relativa competenza;
- di pubblicare per estratto il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Dott. Bruno Brandoni

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Dott. Gian Mario Spacca

(Pablo Pettrini)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

L'art. 8 del Decr. Leg.vo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni stabilisce che i rapporti con i Medici Specialisti Pediatri di Libera Scelta sono disciplinati da apposite convenzioni da stipularsi a livello nazionale con le Organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

Il procedimento di contrattazione è stato disciplinato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome con Intesa n. 1805 del 24/7/2003 e dalla Legge n. 138 del 26/5/2004.

In data 15/12/2005 la Conferenza Stato - Regioni e Province Autonome ha sancito l'Intesa sull'ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta sottoscritto tra la SISAC (struttura interregionale di parte pubblica preposta alla contrattazione) e le Organizzazioni Sindacali FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri) e CIPE (Confederazione Italiana Pediatri) - atto di repertorio n. 2396.

L'art. 4 dell'Accordo Nazionale, stabilisce che le Regioni e le Organizzazioni Sindacali definiscono le Intese Regionali contemplate nel medesimo accordo; l'art. 14 individua le materie demandate alla trattativa regionale.

Il successivo art. 22, comma 10, stabilisce che sono legittimate alla trattativa e alla definizione degli Accordi regionali le Organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo nazionale.

In sede di Comitato regionale, in data 8 luglio 2009, a conclusione di un lungo, complesso e articolato confronto tra la parte pubblica e le organizzazioni sindacali di categoria, è stato sottoscritto, dall'Assessore Regionale alla Salute, Almerino Mezzolani, dal Dirigente del Servizio Salute, Carmine Ruta, dal delegato del Direttore Generale ASUR, Riccardo Paoli (determina ASUR-DG n.208 del 9/3/2009) e dai rispettivi segretari regionali F.I.M.P., Costantino Gobbi e C.I.Pe., Maria Valeria Specca, l'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale sancito con intesa Stato-Regioni - atto di repertorio n. 2396 del 15/12/2005, allegato A alla presente deliberazione.

Con il presente Accordo Integrativo si è inteso favorire lo sviluppo e il consolidamento dell'area delle cure primarie con particolare riguardo all'implementazione di un *Sistema dell'Appropriatezza* (parte seconda dell'accordo) che, congiuntamente alla definizione di un *Sistema di Finanziamento* (la logica dei fondi e della loro gestione - parte terza), rappresenta una sostanziale novità introdotta dall'Accordo stesso.

- dalla premessa alla parte seconda dell'accordo – Sistema dell'appropriatezza:

“ ... Il presente Accordo Integrativo intende sostanziare il concetto di appropriatezza promuovendo e diffondendo nei medici e nel caso specifico nei pediatri la cultura di una alleanza terapeutica con i cittadini sui problemi di salute. Tale alleanza permetterà al paziente di compiere le scelte nei tempi opportuni ed ai livelli assistenziali appropriati, sulla base della applicabilità locale delle evidenze scientifiche disponibili, nell'obiettivo di un uso corretto ed efficiente delle risorse definite.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera
1 3 9 9

In questa ottica pertanto viene individuato un percorso di gestione dell'appropriatezza inteso come strumento di approccio unitario e sistemico. Tale processo collega gli organismi e le attività previste dagli art. 25 e 27 dell'ACN a quelli del presente Accordo.

Il sistema dell'appropriatezza nel suo complesso:

- *Supporta, attraverso l'indicazione di Percorsi di Orientamento alla Salute, la continuità delle cure nelle 24 ore.*
- *Si avvale dei livelli organizzativi avanzati: personale di studio, medicina di gruppo, forme associative, con vario grado di integrazione e organizzazione, e dell'equipe territoriale.*
- *Comporta un progressivo passaggio dall'attuale modello ad uno maggiormente integrato e condiviso (continuità dell'assistenza, condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici, tavoli di audit medico, ecc.).*
- *Riconosce nel Distretto la sede organizzativa delle cure primarie.*
- *Sviluppa un forte coinvolgimento degli Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali e del Pool di Monitoraggio, nei settori della programmazione, monitoraggio e valutazione delle attività e del raggiungimento degli obiettivi.*
- *Richiede appropriatezza negli indirizzi e nelle scelte, ispirandosi anche alla medicina basata sulle evidenze scientifiche di efficacia ed ai principi di buona pratica clinica e a percorsi diagnostici e terapeutici ed a linee guida condivise con gli altri livelli di assistenza.*
- *Necessita di formazione adeguata degli operatori e di un avanzato livello di educazione del cittadino all'utilizzo dei servizi.*

I punti sopra riportati, unitamente ai sistemi di verifica, la scelta degli indicatori, la costruzione dei percorsi diagnostico-terapeutici, la costruzione di percorsi integrati con il sociale, la condivisione delle scelte con le altre professionalità, sono obiettivi specifici del sistema..."

dall' art. 28 - I Fondi "... Per i pediatri di libera scelta, salvo diversi vincoli imposti da leggi o regolamenti, gli obiettivi prioritari del sistema sanitario regionale, da perseguire congiuntamente con tutti gli attori coinvolti, sono sintetizzati come segue:

- *riduzione della spesa farmaceutica per cinque categorie di farmaci a maggior costo rispetto alla zona più virtuosa con particolare riguardo all'incremento di uso degli antibiotici a brevetto scaduto con riduzione totale del consumo di antibiotici;*
- *riduzione degli accessi/codici bianchi al Pronto soccorso su indagine ad hoc delle singole zone;*
- *implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, con particolare riferimento al trattamento dell'asma in relazione alle linee guida "GINA 2008" e alla revisione EBM validata e concordata con le figure specialistiche coinvolte di alcune procedure attualmente praticate nelle Marche (Ecografia delle anche e dei reni, visite ed ecografie cardiologiche a 6 anni di età);*
- *partecipazione a programmi di prevenzione dei disturbi alimentari e delle malattie cardiovascolari previsti da atti o regolamenti;*
- *partecipazione e collaborazione al governo della mobilità passiva e del ricorso alle strutture private sia nell'area di ricovero che nell'assistenza riabilitativa....".*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

delibera
1 3 9 9

Inoltre, al fine di garantire una migliore copertura dell'assistenza pediatrica, sono stati ridefiniti quegli articoli del precedente accordo prevedendo nuovi strumenti che consentano di risolvere localmente le eventuali situazioni di carenza assistenziale (deroghe al massimale e pubblicazione di zone carenti straordinarie), ed è stata affrontata la difficile problematica delle scelte temporanee (cittadini extracomunitari, cittadini non residenti e assistiti ultraquattordicenni affetti da patologie croniche).

In continuità con il precedente accordo è stato confermato il progetto regionale di prevenzione primaria denominato "Progetto Salute Infanzia" e sono stati ulteriormente definiti alcuni aspetti inerenti lo sviluppo delle forme associative, anche complesse (equipe territoriale), la formazione continua, l'assistenza domiciliare e ambulatoriale integrata e programmata, l'assistenza erogata in zone disagiate, la partecipazione dei pediatri marchigiani ad iniziative di carattere umanitario.

Per quanto sopra esposto, si propone pertanto alla Giunta Regionale:

- di prendere atto e di approvare l'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta in attuazione dell'Accordo Collettivo Nazionale sancito con intesa Stato-Regioni - atto di repertorio n. 2396 del 15/12/2005, sottoscritto in data 8 luglio 2009 dall'Assessore regionale alla Salute e dai Segretari Regionali delle Organizzazioni Sindacali della Pediatria di libera scelta F.I.M.P. (Federazione Italiana Medici Pediatri) e C.I.Pe. (Confederazione Italiana Pediatri), allegato A alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale della stessa;
- di incaricare il Servizio Salute della Regione Marche, l'ASUR e le Zone territoriali di dare attuazione all'Accordo per le parti di relativa competenza;
- di pubblicare per estratto il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**Dr.ssa Angela Alfonsi****VISTO****IL Dirigente della P.F. Risorse Umane e Finanziarie del SSR****Dott. Luigi Leonarduzzi**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

delibera
1399

ADUNANZA N. _____ LEGISLATURA N. _____

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SALUTE

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità della presente deliberazione. Si attesta, inoltre, che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare, alcun impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Dott. Carmine Ruta

La presente deliberazione si compone di n. 52 pagine, di cui n. 46 pagine di allegati che formano parte integrante e sostanziale della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Dott. Bruno Brandoni

Bruno Brandoni

[Signature]



ALLEGATO ALLA DELIBERA
N° 1399 DEL 7 SET 2009

ALLEGATO A



REGIONE MARCHE
Servizio Salute

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE

**PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA IN
ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE SANCITO CON INTESA
DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME REP. N° 2396 DEL 15/12/2005**

SIGLATO IL

8 Luglio 2009

Y



PREMESSA	4
PARTE PRIMA - DISPOSIZIONI GENERALI	6
Art 1 - CAMPO DI APPLICAZIONE	6
Art 2 - LIVELLI DI CONTRATTAZIONE (art. 2 ACN)	6
Art 3 - DECORRENZA GIURIDICA ED ECONOMICA DELL'ACCORDO	6
Art 4 - DURATA DELL'ACCORDO	6
Art 5 - GRADUATORIE (art 15 ACN)	6
Art 6 - INCOMPATIBILITA' (art 17 ACN)	6
Art 7 - PARTECIPAZIONE DEI PEDIATRI MARCHIGIANI AD ATTIVITA' UMANITARIE	6
Art 8 - FORMAZIONE CONTINUA (art 20 ACN)	6
Art 9 - PEDIATRA TUTORE NELL'AMBITO DEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE	8
Art 10 - DIRITTI SINDACALI (art 21 ACN)	10
Art 11 - COMITATO AZIENDALE (art 23 ACN)	10
Art 12 - COMITATO REGIONALE (art 24 ACN)	11
Art. 13 - COMPENSO PER LA PARTECIPAZIONE AGLI ORGANISMI PREVISTI NEGLI ACCORDI	12
Art 14 - ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO, PRESTAZIONI INDISPENSABILI E LORO MODALITA' DI EROGAZIONE (art 31 ACN)	12
Art 15 - RAPPORTO OTTIMALE E COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (artt 32, 33 ACN)	12
Art 16 - SOSTITUZIONI (art 36 ACN)	13
Art 17 - INCARICHI PROVVISORI (Art 37 ACN)	13
Art 18 - MASSIMALE DI SCELTA E SUE LIMITAZIONI (Art 38 ACN)	13
Art 19 - SCELTA TEMPORANEA DEL PEDIATRA (art 39 ACN)	14
Art 20 - MANTENIMENTO DELLE SCELTE DEGLI ULTRAQUATTORDICENNI (art 41, comma 10. ACN)	15
Art 21 - ASSISTENZA FARMACEUTICA E MODULARIO (art 49 ACN)	16
Art 22 - SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI DAGLI STUDI MEDICI DEI PEDIATRI DI FAMIGLIA	16
PARTE SECONDA - IL SISTEMA DELL'APPROPRIATEZZA	17
PREMESSA	17
Art 23 - ORGANISMI E FUNZIONAMENTO	18
Art 24 - EQUIPES TERRITORIALI (art 26 ACN)	21
Art 25 - FORME ASSOCIATIVE E PERSONALE DI STUDIO (art 52 ACN)	25
Art 26 - INFORMATIZZAZIONE	27
Art 27 - ASSISTENZA DOMICILIARE E PATOLOGIE CRONICHE (art 51 ACN)	28
PARTE TERZA - IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO	29
Art 28 - I FONDI	29
Art 29 - FONDO A RIPARTO PER LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA (art 45 ACN)	30
PROGETTI REGIONALI E AZIENDALI	31
Art 30 - ASSISTENZA IN ZONE DISAGIATE	31
Art 31 - PROGETTO SALUTE INFANZIA	31
Art 32 - PROGETTI AZIENDALI/ZONALI	31
NORME TRANSITORIE E FINALI	32



NORMA TRANSITORIA n. 1	32
NORMA TRANSITORIA n. 2	32
NORMA FINALE 1	33
NORMA FINALE 2	33
NORMA FINALE 3	33
NORMA FINALE 4	33
NORMA FINALE 5	33
NORMA FINALE 6	34
NORMA FINALE 7	34
NORMA FINALE 8	34
DICHIARAZIONI A VERBALE:	34
DICHIARAZIONE A VERBALE 1	34
DICHIARAZIONE A VERBALE 2	34
DICHIARAZIONE A VERBALE 3	34
DICHIARAZIONE A VERBALE 4	34
DICHIARAZIONE A VERBALE 5	35
DICHIARAZIONE A VERBALE 6	35
DICHIARAZIONE A VERBALE 7	35
DICHIARAZIONE A VERBALE 8	35
DICHIARAZIONE A VERBALE 9	35
DICHIARAZIONE A VERBALE 10	35
A L L E G A T I:	36
Allegato A: PROGETTO SALUTE INFANZIA	36
Allegato B: SCHEMA DOMANDA PER PEDIATRA TUTORE	39
Allegato C: REGOLAMENTO ELETTORALE ELEZIONE DEI COMPONENTI ELETTIVI DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI	40
Allegato D:	42
Allegato E: FONDO A RIPARTO PER LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA	43
Allegato F (DGR 741/2008) CODA CONTRATTUALE – (DGR 741/2008) FONDO A RIPARTO QUALITÀ ASSISTENZA	44

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

PREMESSA

Il presente accordo collettivo regionale disciplina e regola, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del Dlgs 502/92 e successive modificazioni e integrazioni e dell'ACN, l'attività del Pediatra di libera scelta a livello regionale ribadendo che:

- In base alla Convenzione internazionale sui Diritti dell'Infanzia, recepita dal Parlamento con la legge 27 maggio 1991, n. 176, lo Stato riconosce l'infanzia come un bene sociale da salvaguardare e sul quale investire e riconferma che la tutela sanitaria dell'infanzia e dell'adolescenza è un diritto fondamentale ed è uno degli obiettivi specifici proposti dall'O.M.S.
- Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino intesa quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, il S.S.N. demanda al medico convenzionato per la pediatria di libera scelta i compiti di prevenzione individuale, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come un insieme unitario qualificante l'atto professionale.
- La tutela sanitaria dell'infanzia si attua all'interno dell'Area Pediatrica, definita come complesso di spazi e servizi adattati alle esigenze psico-affettive del bambino e della sua famiglia e come complesso di prestazioni fornite da operatori specificatamente formati e preparati per soddisfare bisogni sanitari specifici.
- La tutela della salute del bambino e dell'adolescente presuppone la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazione e interazione dei professionisti e uno stretto legame con le strutture sociali, evidenziando la peculiarità di esigenze e condizioni assistenziali.

In questo quadro, il Pediatra di libera scelta è parte attiva e qualificante del Sistema Sanitario Regionale ed è lo specialista formato specificamente per offrire una tutela della salute completa e coordinata ai bambini, ragazzi, adolescenti e giovani adulti per tutto l'arco della crescita e dello sviluppo e si muove nell'area delle cure primarie caratterizzate da:

- Accesso diretto;
- Continuità dell'assistenza;
- Globalità dell'assistenza;
- Coordinamento dell'assistenza;
- Orientamento delle famiglie.

Il pediatra di libera scelta, nell'ambito delle conoscenze professionali, delle tecnologie disponibili e nei limiti delle risorse e del contesto in cui opera, attraverso il rapporto con i bambini, genitori e comunità:

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



- garantisce attività di *prevenzione, educazione sanitaria e di promozione della salute* con attenzione allo sviluppo fisico, psichico, relazionale, cognitivo del bambino e adolescente nel contesto ambientale e sociale in cui è inserito;
- contribuisce ad attività di *tutela del minore*;
- progetta e partecipa ad *attività di ricerca* sul Territorio;
- promuove e aderisce a programmi di *formazione professionale*;
- svolge *attività didattica* nei confronti di personale sanitario, di medici e specialisti in formazione;
- progetta ed attua programmi di *miglioramento continuo della qualità*.

La Regione Marche affida all'intervento specialistico del Pediatra di libera scelta l'obiettivo di consegnare alla collettività un adolescente sano, cresciuto nel rispetto di valori importanti riguardanti la sua persona.

In considerazione del fatto che il Pediatra di libera scelta svolge un'attività professionale che si articola prevalentemente per progetti e servizi distrettuali, il presente accordo regola anche aspetti relativi al coinvolgimento del pediatra nella organizzazione distrettuale ed alla sua partecipazione nelle attività delle Aziende Sanitarie/Zone territoriali anche per il perseguimento dei progetti-obiettivo attraverso l'individuazione di idonei livelli di rappresentatività nei momenti programmatori e gestionali regionali riguardanti l'area pediatrica.

E' quindi necessario uno strumento che abbia una doppia caratterizzazione, nel senso che da una parte garantisca certezza di tutela sanitaria, dall'altra sia flessibile ed adattabile alle esigenze mutevoli della collettività.

In tale contesto il presente Accordo Integrativo Regionale prevede ampi spazi di contrattazione in merito a:

- processi assistenziali;
- interventi specifici per la popolazione pediatrica da rendere nel contesto familiare o nelle comunità;
- assistenza sanitaria aggiuntiva e diversamente strutturata, anche in rapporto alla realizzazione di Progetti-Obiettivo.

A queste possibilità si aggiungono:

- le procedure di verifica della qualità dell'assistenza;
- l'attività di ricerca epidemiologica;
- l'acquisizione di dati sanitari;
- l'attivazione di un sistema informativo integrato tra pediatri e presidi delle Azienda/Zone territoriali anche attraverso il collegamento tra studi professionali e centri unificati di prenotazione;
- la definizione di ulteriori possibilità per garantire la continuità assistenziale, anche mediante iniziative di associazionismo medico, come indicato dal decreto legislativo n. 229/99, comunque in un contesto collegato con lo specifico servizio, ove già presente a livello territoriale.

Il presente AIR promuove, inoltre, sperimentazioni diverse da confrontare e misurare in termini di validità assistenziale, in un coerente rapporto tra costi/benefici ed economicità della spesa.



PARTE PRIMA - DISPOSIZIONI GENERALI

Art 1 - CAMPO DI APPLICAZIONE

1. Il presente Accordo Integrativo Regionale in attuazione dell'ACN 15/12/2005 (in seguito AIR) che regola i rapporti tra i medici pediatri di libera scelta (in seguito PLS) della Regione Marche e il Servizio Sanitario Regionale, si applica a tutti i medici pediatri convenzionati con l'ASUR/Zone Territoriali delle Marche a norma dell'articolo 8, comma 1, del D.lgs 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

Art 2 - LIVELLI DI CONTRATTAZIONE (art. 2 ACN)

1. Il quadro normativo di riferimento definisce tre livelli di contrattazione:
 - nazionale (accordi collettivi nazionali, art. 3 ACN);
 - regionale (accordi regionali, art. 4, ACN conformemente alla programmazione socio-sanitaria regionale);
 - aziendale/zonale (accordi aziendali, art. 2 comma 4, ACN).

Art 3 - DECORRENZA GIURIDICA ED ECONOMICA DELL'ACCORDO

Il presente Accordo regionale decorre dalla data di pubblicazione sul B.U.R. della delibera della Giunta regionale di recepimento dello stesso, fatte salve specifiche decorrenze espressamente indicate per taluni istituti. Gli effetti economici in esso contenuti, dove non esplicitamente indicato, decorrono a far data dalla sua entrata in vigore.

Art 4 - DURATA DELL'ACCORDO

1. Il presente Accordo regionale ha durata triennale e comunque è prorogato 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.

Art 5 - GRADUATORIE (art 15 ACN)

1. I compiti e le procedure previste dall'art. 15 dell'ACN sono espletati dall'ASUR anche per il tramite di una Zona Territoriale.

Art 6 - INCOMPATIBILITA' (art 17 ACN)

1. Dato 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 (comma 1, lettera c, dell'art. 17), limitatamente ai rapporti in atto, questi rimangono in essere senza riduzione di massimale, fino alla naturale scadenza.

Art 7 - PARTECIPAZIONE DEI PEDIATRI MARCHIGIANI AD ATTIVITA' UMANITARIE

1. Ai pediatri marchigiani che partecipano ad iniziative di carattere umanitario spetta la corresponsione del normale compenso, per un periodo fino a 30 giorni per anno limitato ad un numero di 13 pediatri/anno/regione.
Il compenso al medico che effettuerà la sostituzione verrà corrisposto direttamente dalla Zona territoriale. L'ASUR adotterà opportuna procedura.

Art 8 - FORMAZIONE CONTINUA (art 20 ACN)

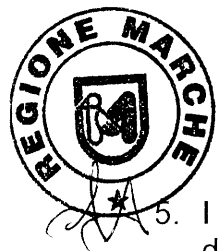
1. Preso atto che le modalità dell'Aggiornamento obbligatorio e facoltativo e della Formazione Permanente sono individuate dall'art. 20 dell'ACN, le parti concordano



sulla necessità di individuare un percorso formativo dei pediatri di libera scelta coerente con gli obiettivi di sistema individuati dal PSR e dalla L.R. 13/03, considerando tale obiettivo come integrativo rispetto a quelli di carattere più propriamente clinico e relazionale.

2. La formazione rappresenta una scelta strategica per orientare a finalità unitarie gli obiettivi di programmazione e di governo clinico. Essa favorirà l'attivazione di una nuova e più virtuosa mentalità professionale ed un modello di organizzazione del territorio che preveda l'avvio di una rete clinico-assistenziale fortemente integrata nei suoi livelli distrettuale ed ospedaliero.
3. E' individuato nel Comitato Regionale l'organismo abilitato ad identificare le priorità formative per l'Aggiornamento obbligatorio e accreditato nonché la Formazione Permanente dei Pediatri di libera scelta e a redigere un piano formativo annuale, sulla base delle esigenze dei cittadini, del SSR e della categoria professionale.
4. 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 locali a sostegno di specifici progetti di miglioramento dell'organizzazione e della qualità della assistenza erogata, concordati dalla Zona Territoriale con la rappresentanza sindacale della Pediatria di libera scelta; possono avere carattere obbligatorio o volontario, secondo le necessità definite negli accordi zonali 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 libera scelta attraverso le organizzazioni sindacali e culturali di categoria. Questi eventi formativi ed il loro razionale scientifico e professionale vengono comunicati alle Zone Territoriali, 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 Zone 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 Zone Territoriali e le organizzazioni sindacali sull'attivazione del Servizio di Continuità Assistenziale.

y



5. I corsi regionali/ aziendali/ zionali della formazione obbligatoria saranno scelti, in modo da rispondere:
 - a) ad obiettivi aziendali e distrettuali di cui un terzo su argomenti di organizzazione sanitaria;
 - b) ad obiettivi regionali di cui un terzo su argomenti deontologici e legali;
 - c) all' integrazione tra Territorio ed Ospedale.
6. Viene comunque garantito un 30% di formazione obbligatoria a livello locale per specifiche esigenze del territorio.
7. I corsi di aggiornamento e formazione di cui al comma 4 possono essere svolti secondo modalità stabilite a livello aziendale/zonale anche per area vasta, con l'eventuale attivazione del Servizio di Continuità Assistenziale per consentire ai Medici di pediatria di libera scelta di frequentare i corsi stessi. Specifici Accordi Aziendali/Zionali individueranno le modalità operative, organizzative ed economiche per garantire la Continuità Assistenziale.
I corsi si svolgeranno di norma il sabato mattina.
8. La formazione obbligatoria di cui al precedente comma 5 è a carico del SSR. La Regione destina annualmente alla formazione dei medici di pediatria di libera scelta ed alle attività ad essa connesse, un finanziamento minimo pari a Euro 130,00 per ciascun medico convenzionato.
9. Per le attività di formazione continua obbligatoria accreditata agli Animatori, Tutori e ai Docenti, è corrisposto a cura dell'Azienda/Zona di appartenenza, oltre alle spese effettivamente documentate per le sostituzioni avvenute, un compenso di Euro 36,50 lordo per ciascuna ora di partecipazione alle attività formative ivi comprese quelle di preparazione alla formazione, intesa come progettazione, gestione e valutazione.
10. 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 Zone Territoriali.
11. Per la realizzazione dell'attività di aggiornamento e formazione del Pediatra di libera scelta, su richiesta sindacale, le parti concordano di riconoscere un ruolo preferenziale alle associazioni di formazione dei pediatri di libera scelta esistenti nella Regione Marche.

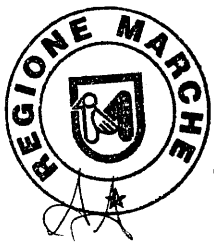
Art 9 - PEDIATRA TUTORE NELL'AMBITO DEL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

1. Il programma formativo del Corso di formazione specifica in Medicina Generale della Regione Marche (DGR 1242/06), prevede che i quattro mesi di formazione in pediatria previsti dalla normativa nazionale siano svolti presso le strutture ospedaliere (due mesi) e presso lo studio di un pediatra di famiglia, questo al fine di consentire ai medici in formazione di affiancare all'esperienza ospedaliera quella ambulatoriale, fondamentale per l'apprendimento di alcune nozioni indispensabili per un corretto rapporto con questa particolare tipologia di pazienti.
2. Nello specifico i medici in formazione dovranno acquisire una buona competenza nel riconoscere e nel trattare le più frequenti patologie acute che si verificano anche durante il servizio di continuità assistenziale. A conclusione del periodo di



frequenza, il pediatra rilascerà un giudizio sul rendimento del medico in formazione nella sua fase.

3. I pediatri di libera scelta sono quindi chiamati a svolgere un'attività di tutoraggio del tutto equiparabile a quella svolta dai medici di medicina generale. Per questo motivo si applica la medesima procedura prevista per i medici di medicina generale in ordine "all'assegnazione" del medico in formazione, al compenso, ai criteri di individuazione dei tutori.
4. Per l'individuazione dei pediatri tutori si utilizzano gli stessi criteri che la normativa di riferimento (art. 27, D.Lgs.368/99) impone per l'individuazione dei medici di medicina generale tutori e specificatamente:
 1. essere convenzionati da almeno 10 anni;
 2. avere almeno la metà del massimale;
 3. aver frequentato un corso per medici tutori organizzato dalla Regione o un apposito corso di formazione;
 4. essere iscritti nell'elenco regionale dei medici tutori.
5. Per quanto riguarda il punto 3), poiché non sono stati organizzati appositi corsi da "Pediatra tutore" né da parte della Regione, né da parte di una organizzazione nazionale di formazione della pediatria di libera scelta, in considerazione del fatto che i pediatri di libera scelta sono in possesso di una specifica specializzazione universitaria ed in attesa di un eventuale apposito corso di formazione, è sufficiente che i pediatri convenzionati interessati a svolgere tale attività abbiano i requisiti di cui ai punti 1) e 2) e facciano domanda presso la Regione Marche per essere inseriti in un apposito elenco, da redigere su base provinciale.
6. I Medici Pediatri di libera scelta che vogliono essere iscritti nell'Elenco Regionale dei Tutori potranno fare richiesta ai competenti uffici regionali secondo il modello allegato B, corredandola con le certificazioni del possesso dei requisiti necessari.
7. Al fine di permettere un tempestivo aggiornamento degli elenchi di cui sopra con i medici che, nel tempo, conseguono i suddetti requisiti, tale richiesta potrà essere presentata dagli interessati in qualunque momento dell'anno.
8. Il Servizio Salute curerà la tenuta e l'aggiornamento di tale Elenco provvedendo periodicamente a tale atto sulla base delle richieste presentate in ogni tempo dagli interessati e previa verifica del possesso dei requisiti da parte degli stessi.
9. Al fine di favorire la massima efficacia formativa in un rapporto 1 a 1, il medico tutore garantirà la formazione ad un solo medico tirocinante a qualsiasi titolo. Il tutoraggio contestuale di più di un medico è ammesso solo limitatamente a brevi periodi ed in casi straordinari e motivati.
10. Al medico Pediatra di libera scelta tutore, in analogia a quanto previsto per i medici di Medicina Generale tutori, viene corrisposto un compenso forfettario pari ad Euro 215,19 per ciascun mese di effettivo impegno e per ciascun medico in formazione. Tali compensi saranno liquidati dalle Zone Territoriali presso le quali i medici sono



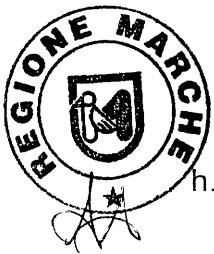
convenzionati, a seguito del trasferimento della somma complessiva da parte della Regione Marche.

Art 10 - DIRITTI SINDACALI (art 21 ACN)

1. A ciascun rappresentante delle OO.SS. che partecipa, in qualità di componente, a comitati e commissioni regionali, aziendali o zionali di cui all'ACN ed al presente Accordo, compete:
 - a livello regionale: un compenso forfetario lordo di Euro 80,00, oltre il rimborso delle spese di viaggio previsto dalle vigenti norme della pubblica amministrazione (1/5 del costo della benzina verde se il componente usa il proprio mezzo, il rimborso del prezzo del mezzo pubblico in caso contrario);
 - a livello zonale-aziendale: un compenso forfetario lordo di Euro 80,00, comprensivo del rimborso delle spese di viaggio;
2. L'onere economico di cui sopra è a carico della Zona Territoriale di iscrizione del medico, previa certificazione della presenza attestata.
3. I rimborsi sono riconosciuti al medico nei tempi e con le modalità previste dall'A.C.N. e saranno corrisposti con voce specifica tra gli emolumenti mensili.

Art 11 - COMITATO AZIENDALE (art 23 ACN)

1. Nell' Azienda Sanitaria Unica Regionale, è costituito un Comitato Aziendale Permanente formato da 13 Articolazioni Territoriali, composte in pari numero da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali di cui all'art. 22, comma 11, dell'ACN .
2. L'articolazione territoriale del Comitato Aziendale è costituita:
 - dal Direttore della Zona Territoriale o suo delegato, che è a ciò delegato dal Direttore dell'ASUR, con funzioni di Presidente;
 - almeno tre rappresentanti di Parte Pubblica o loro delegati, designati dal Direttore di Zona;
 - un rappresentante per ogni sigla sindacale rappresentativa ai sensi dell'art. 22, comma 11, e di un ulteriore rappresentante dei pediatri di libera scelta appartenente alla sigla sindacale maggiormente rappresentativa a livello regionale ai sensi del medesimo art. 22 sopracitato.
3. Il Comitato Aziendale, nelle sue singole Articolazioni Territoriali esprime pareri obbligatori in merito a:
 - a. deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 38;
 - b. motivi di incompatibilità agli effetti delle rikusazioni di cui all'art. 40, comma 4;
 - c. cessazione del rapporto convenzionale ai sensi dell'art. 19, comma 1, lettera e) e comma 3;
 - d. variazione degli ambiti di scelta;
 - e. individuazione delle località disagiate;
 - f. individuazione delle zone carenti ordinarie;
 - g. scelte in deroga agli ambiti territoriali;



h. concessioni di ulteriori peridi di sospensione ai sensi del comma 3, lett. e), dell'art. 18.

4. L'opportunità di evitare gerarchie tra le Articolazioni Territoriali fa ritenere utile prevedere la costituzione di una apposita funzione a livello di Direzione Generale ASUR cui attribuire la competenza di assolvere, nel tempo, ad un monitoraggio sulle singole Zone, anche al fine di garantire l'omogeneità degli istituti e delle azioni sull'intero territorio regionale, nonché ad elaborare gli atti di indirizzo aventi valenza aziendale su tematiche relative allo specifico comparto.
5. Le articolazioni territoriali del Comitato Aziendale, nell'ambito degli indirizzi aziendali, sono preposte alla definizione degli Accordi decentrati, ad esprimere pareri e ad espletare ogni altro incarico attribuitogli dall'Accordo Nazionale, dall'Accordo Regionale o dal Direttore Generale dell'ASUR.
6. Le Zone Territoriali forniscono il personale, i locali e quant'altro necessario ad assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato Aziendale e alle sue Articolazioni Territoriali.
7. E' facoltà della parte pubblica e delle OO.SS. sostituire i propri rappresentanti in seno al Comitato.

Art 12 - COMITATO REGIONALE (art 24 ACN)

1. Nella Regione Marche è costituito un Comitato permanente regionale di cui all'art. 24 dell'ACN composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle Organizzazioni sindacali di cui all'art. 22 comma 10, come di seguito:

Presidente:

- l' Assessore alla Salute della Regione Marche pro-tempore o suo delegato;

Componenti di parte pubblica:

- il Dirigente del Servizio Salute della Regione Marche o suo delegato;
- un Dirigente del Servizio Salute designato dal Dirigente del Servizio;
- il Titolare della P.O. del Servizio Salute competente in materia;
- il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) o suo delegato;
- i Direttori di quattro Zone Territoriali, designati dal Direttore Generale dell'ASUR o loro delegati;

Componenti di parte sindacale:

- Federazione Italiana Medici Pediatri (F.I.M.P.):
 - il Segretario Regionale pro-tempore o suo delegato;
- Confederazione Italiana Pediatri (C.I.Pe):
 - il Segretario Regionale pro-tempore o suo delegato;

Quota proporzionale consistenza associativa:

- Federazione Italiana Medici Pediatri (F.I.M.P.):
 - n. 4 medici specialisti pediatri di libera scelta convenzionati con il Servizio Sanitario della Regione Marche designati dal Segretario regionale FIMP;

2. il Comitato è preposto:

- a) alla definizione degli Accordi regionali;



- b) a formulare proposte ed esprimere parere sulla corretta applicazione delle norme dell'Accordo nazionale e degli Accordi regionali;
- c) a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale;
- d) a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle Zone territoriali e da pediatri di libera scelta, per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità;
- e) a fornire indirizzi uniformi alle Aziende per l'applicazione dell'Accordo nazionale e degli accordi regionali ed è sede di osservazione degli accordi circa le modalità di applicazione degli accordi nelle diverse aree territoriali della Regione;

- 3. Le funzioni di Segretario sono svolte da un funzionario del Servizio Salute a ciò preposto dal Dirigente del Servizio medesimo;
- 4. Il Comitato potrà essere integrato dalle professionalità necessarie per la trattazione degli argomenti posti all'ordine del giorno;
- 5. Il Comitato si riunisce di regola presso la sede della Regione Marche - Servizio Salute;
- 6. Il Comitato regionale espleta inoltre ogni altra funzione ad esso attribuita dagli accordi nazionali e regionali.

Art. 13 - COMPENSO PER LA PARTECIPAZIONE AGLI ORGANISMI PREVISTI NEGLI ACCORDI

- 1. Ai Pediatri componenti dei comitati e commissioni previsti dall'ACN o dal presente accordo è corrisposto il medesimo trattamento di cui all'art. 10.

Art 14 - ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO, PRESTAZIONI INDISPENSABILI E LORO MODALITA' DI EROGAZIONE (art 31 ACN)

- 1. 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, 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 e B dell'ACN.

Art 15 - RAPPORTO OTTIMALE E COPERTURA DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (artt 32, 33 ACN)

- 1. L'ambito territoriale di scelta è di norma distrettuale al fine di consentire una utile pianificazione delle politiche di budget, dell'accesso all'area pediatrica e dello sviluppo delle forme associative. Pertanto, nella definizione degli ambiti territoriali di scelta, le Zone Territoriali devono prevedere una estensione territoriale tale da garantire di norma la presenza di almeno due Pediatri di libera scelta.
- 2. Per ciascun ambito territoriale può essere iscritto un pediatra per ogni 600 residenti, o frazione superiore a 300, di età compresa tra 0 e 6 anni (si intende 5 anni e 364 giorni) risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, tenendo anche conto dei cittadini residenti che hanno effettuato la scelta a favore di pediatri iscritti al di fuori dell' ambito.



3. In riferimento al comma 1 dell' art 33 ACN la pubblicazione degli ambiti carenti non può avvenire al di fuori dei mesi di aprile e ottobre.
4. Qualora in un ambito territoriale, definito come al comma 1, si verifichi una situazione di carenza assistenziale a causa del raggiungimento del massimale da parte di tutti i Pediatri inseriti e conseguentemente sia impossibile operare ulteriori scelte pediatriche, senza che il calcolo del rapporto ottimale, come definito al comma 2, consenta la pubblicazione di una zona carente ordinaria, la Zona territoriale, sentito il Comitato di cui all'11 del presente accordo, attiva le procedure previste dall'art. 38 comma 3 con le modalità di cui all'art. 39, comma 13 dell'ACN, fino al momento in cui il rapporto ottimale sarà tale da individuare una zona carente ordinaria.
5. 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, la Zona territoriale attiva le procedure previste dall'art. 39, commi 12 e 13, dell' ACN, 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 il Comitato di cui all'art. 11 del presente accordo. Nel caso di mancata intesa sulla pubblicazione della zona carente, la Zona territoriale sottopone la questione all'esame del Comitato Regionale. Tale pubblicazione dovrà comunque avvenire alle scadenze di aprile e ottobre previste dall'art. 33, comma 1, dell'ACN.
6. Gli adempimenti previsti dall'art. 33 sono espletati dall'ASUR, anche per il tramite di una Zona Territoriale.

Art 16 - SOSTITUZIONI (art 36 ACN)

1. Fermo restando quanto previsto all'art. 36 dell' ACN si stabilisce che in caso di documentata impossibilità a reperire il medico sostituto, sono temporaneamente sospesi i motivi di incompatibilità di cui all'art 17, esclusivamente per la durata della sostituzione.

Art 17 - INCARICHI PROVVISORI (Art 37 ACN)

1. Le parti concordano che in caso di decesso, trasferimento, pensionamento del medico titolare, se sussistono particolari difficoltà da parte della Azienda a reperire medici cui affidare un incarico provvisorio, la stessa può decidere di applicare quanto previsto all'art. 37 dell'ACN.
2. Contestualmente dovranno essere attivate le procedure per la pubblicazione della zona carente. La pubblicazione della carenza avverrà nei tempi previsti per la pubblicazione di quelle ordinarie.

Art 18 - MASSIMALE DI SCELTA E SUE LIMITAZIONI (Art 38 ACN)

1. Per massimale individuale si intende il numero massimo di scelte (800) come definito dal comma 1 dell'art 38 ACN ovvero quello derivante da autolimitazione (minimo 600 scelte) come definito dal comma 6 dell' art.38.
2. Per l'applicazione del comma 3 dell'art 38, considerato che le deroghe al massimale individuale sono strettamente connesse a valutazioni inerenti particolari situazioni di carenza di assistenza a livello locale, le stesse sono autorizzate direttamente dalla Zona Territoriale, sentito il parere del Comitato di cui all'art. 11 del presente accordo.



Resta fermo che tali deroghe sono previste per un tempo determinato, esplicitamente indicato.

3. La deroga al massimale individuale, entro il 10% , in riferimento al comma 8 art 38 ACN, è a favore dei nuovi nati che non hanno effettuato la prima scelta entro 90 giorni dalla nascita e dai bambini adottati di qualsiasi età e nazionalità.

4. Le scelte temporanee di cui all'art 39, commi 7 e 11, dell'ACN (cittadini extracomunitari con scelta a tempo determinato e cittadini non residenti a tempo determinato) e gli assistiti ultraquattordicenni e fino al compimento di età del sedicesimo anno affetti da patologie croniche (art 38, comma 13, ACN), non concorrono alla determinazione del massimale di cui all'art. 38, comma 1, dell'ACN (800 scelte), ovvero quello derivante da autolimitazione (minimo 600).

Le scelte temporanee sono attribuite entro un tetto del 10% del suddetto massimale.

Tale tetto non si applica agli assistiti che hanno esercitato il diritto di revoca da un altro pediatra, in ambiti territoriali nei quali tutti i pediatri hanno raggiunto il massimale di cui al comma 1 del presente articolo.

Al fine di garantire la dovuta scelta del pediatra, per esigenze locali, da valutare con cadenza almeno semestrale, la Zona territoriale applica a tutti i pediatri dell'ambito di riferimento un diverso valore del tetto, sentito il Comitato di cui all'art. 11 del presente accordo. La risoluzione di particolari e contingenti situazioni, ivi compresa la disponibilità dei singoli pediatri, è affidata al suddetto Comitato.

5. In riferimento al comma 9 dell'art 38 ACN, la scelta relativa a nuovi nati appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il medico abbia già in cura altri soggetti in età pediatrica, può essere effettuata a favore dello stesso professionista in ogni caso.

6. I pediatri che autolimitano il proprio massimale individuale non possono usufruire delle deroghe al massimale, salvo quanto previsto dal comma 9 dell' art 38 ACN ed al precedente comma 5. Le scelte che non concorrono alla determinazione del massimale sono acquisite dai pediatri che autolimitano il proprio massimale individuale nella percentuale e con le modalità previste dal precedente comma 4.

Art 19 - SCELTA TEMPORANEA DEL PEDIATRA (art 39 ACN)

Premesso che l'art. 42 del D.P.R. 31.08.1999 n. 394 (*Regolamento di attuazione del Testo Unico D.Lgs 25.07.1998 n. 286*) stabilisce che l'iscrizione al S.S.N. da parte del cittadino straniero cessa con la scadenza del permesso di soggiorno, salvo il caso in cui l'interessato esibisca la documentazione comprovante la richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno o il permesso di soggiorno rinnovato; l'art. 39 comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale dispone che la scelta del pediatra da parte del cittadino extracomunitario sia automaticamente rinnovata alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno, fatta salva ogni eventuale azione di rivalsa per quote percepite a seguito del mancato rinnovo del permesso di soggiorno.

1. Dalla lettura delle due disposizioni si ricava che il cittadino extracomunitario, per evitare di essere cancellato dal S.S.N., con conseguente esclusione dall'elenco del proprio pediatra di famiglia, deve recarsi presso gli uffici della Zona Territoriale esibendo copia della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno ovvero, se già posseduto, il nuovo permesso di soggiorno.



2. Naturalmente sulla tessera sanitaria dovrà comparire la data di scadenza del permesso di soggiorno; infatti, nel trimestre successivo a tale scadenza, l'erogazione dell'assistenza sanitaria, anche da parte del Pediatra di libera scelta, è comunque condizionata dal rinnovo del permesso di soggiorno, e sarà oggetto di richiesta di rimborso da parte della Zona Territoriale.
3. Con la esibizione della domanda di rinnovo del titolo di soggiorno, il cittadino straniero si vedrà prorogato il diritto all'assistenza per dodici mesi, fino a quando sarà in grado di esibire il titolo di soggiorno rinnovato. Naturalmente, in questo caso, il mancato rinnovo del titolo di soggiorno non comporterà alcun recupero nei confronti del Pediatra che avrà garantito l'assistenza nei periodi di validità della tessera sanitaria rinnovata.
4. Le Zone Territoriali dovranno provvedere affinché gli addetti agli sportelli comunichino al cittadino extracomunitario, eventualmente anche per mezzo di informativa scritta, fin dal momento dell'iscrizione che dopo la scadenza del proprio permesso di soggiorno lo stesso presenti al più presto, e comunque entro tre mesi, allo sportello la documentazione della avvenuta richiesta alla Questura del rinnovo del permesso di soggiorno senza aspettare il rilascio del permesso rinnovato, pena lo scadere del proprio diritto alla assistenza erogata dal Pediatra di libera scelta.
5. Dalla presente disciplina è escluso il cittadino straniero iscritto al S.S.N. a titolo facoltativo, per il quale l'iscrizione ha decorrenza dalla data di versamento del contributo previsto e scade comunque al termine dell'anno solare, anche se permane la validità del titolo di soggiorno.

Art 20 - MANTENIMENTO DELLE SCELTE DEGLI ULTRAQUATTORDICENNI (art 41, comma 10. ACN)

1. 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:
- a. patologia grave, cronica e persistente;
 - b. immaturità psichica e/o fisica;
 - c. situazioni psico-sociali causa di rischi o problematiche fisiche gravi;
 - d. ulteriori situazioni individuate dall'Azienda, sentito il Comitato aziendale di cui all'art. 11 del presente accordo.
2. La richiesta del genitore deve essere accompagnata dalla attestazione del Pediatra e dalla sua accettazione.
3. Le situazioni di cui ai punti a,b,c,d vengono regolarizzate direttamente dall'Ufficio scelte e revoche sulla scorta di criteri da definirsi in sede di ciascun Comitato di cui all'art. 11 del presente AIR, su specifiche indicazioni della direzione ASUR.
4. La Zona territoriale 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.



Art 21 - ASSISTENZA FARMACEUTICA E MODULARIO (art 49 ACN)

1. 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; 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 dell'ACN, in caso di sostituzione da parte di pediatri già titolari di incarico e per prestazione urgente o non differibile.

Art 22 - SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI DAGLI STUDI MEDICI DEI PEDIATRI DI FAMIGLIA

1. Lo studio del Pediatra di Famiglia è considerato presidio del SSN per il conseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo e del cittadino, per tale ragione le Zone Territoriali sono tenute alla raccolta differenziata e allo smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti dal suddetto studio medico. Nell'ipotesi in cui esse non provvedano, lo smaltimento è demandato al medico titolare dello studio a cui la Zona Territoriale corrisponderà un'indennità annua di € 258,00 a fronte della presentazione di idonea documentazione comprovante l'avvenuto smaltimento nei termini di legge, da esibire nei 180 giorni successivi alla scadenza dell'annualità.



PARTE SECONDA - IL SISTEMA DELL'APPROPRIATEZZA

art. 25 ACN

programmazione e monitoraggio delle attività.

art. 27 ACN

appropriatezza delle cure e uso delle risorse.

PREMESSA

1. Il presente Accordo Integrativo intende sostanziare il concetto di appropriatezza promuovendo e diffondendo nei medici e nel caso specifico nei pediatri la cultura di una alleanza terapeutica con i cittadini sui problemi di salute. Tale alleanza permetterà al paziente di compiere le scelte nei tempi opportuni ed ai livelli assistenziali appropriati, sulla base della applicabilità locale delle evidenze scientifiche disponibili, nell'obiettivo di un uso corretto ed efficiente delle risorse definite.
2. In questa ottica pertanto viene individuato un percorso di gestione dell'appropriatezza inteso come strumento di approccio unitario e sistemico. Tale processo collega gli organismi e le attività previste dagli art. 25 e 27 dell'ACN a quelli del presente Accordo.
3. Il sistema dell'appropriatezza nel suo complesso:
 - Supporta, attraverso l'indicazione di Percorsi di Orientamento alla Salute, la continuità delle cure nelle 24 ore.
 - Si avvale dei livelli organizzativi avanzati: personale di studio, medicina di gruppo, forme associative, con vario grado di integrazione e organizzazione, e dell'equipe territoriale.
 - Comporta un progressivo passaggio dall'attuale modello ad uno maggiormente integrato e condiviso (continuità dell'assistenza, condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici, tavoli di audit medico, ecc.).
 - Riconosce nel Distretto la sede organizzativa delle cure primarie.
 - Sviluppa un forte coinvolgimento degli Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali e del Pool di Monitoraggio, nei settori della programmazione, monitoraggio e valutazione delle attività e del raggiungimento degli obiettivi.
 - Richiede appropriatezza negli indirizzi e nelle scelte, ispirandosi anche alla medicina basata sulle evidenze scientifiche di efficacia ed ai principi di buona pratica clinica e a percorsi diagnostici e terapeutici ed a linee guida condivise con gli altri livelli di assistenza.
 - Necessita di formazione adeguata degli operatori e di un avanzato livello di educazione del cittadino all'utilizzo dei servizi.
4. I punti sopra riportati, unitamente ai sistemi di verifica, la scelta degli indicatori, la costruzione dei percorsi diagnostici-terapeutici, la costruzione di percorsi integrati con il sociale, la condivisione delle scelte con le altre professionalità, sono obiettivi specifici del sistema.

In particolare il Sistema dell'appropriatezza vuole supportare ogni medico pediatra operante sia come singolo che in forma associata, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio Sanitario Nazionale così come stabilito dall'art. 27, comma 1 dell'ACN, a:

- a. realizzare la continuità dell'assistenza nel territorio;
- b. assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dall'Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza;



- c. ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;
- d. operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

Tali principi si applicano alle attività prescrittive del pediatra di libera scelta e avvengono secondo scienza e coscienza.

- 5. Verranno convocate specifiche sessioni di lavoro del Comitato Regionale della Pediatria in funzione di Osservatorio del sistema dell'appropriatezza, così come definito nel successivo articolo, al fine di promuovere:
 - a) la realizzazione di un sistema di continuità delle cure efficiente ed integrato con tutti i livelli assistenziali;
 - b) il miglioramento del livello organizzativo delle cure primarie e del relativo livello di accessibilità;
 - c) lo sviluppo di un concetto di appropriatezza inteso come processo dinamico, anche attraverso l'individuazione di luoghi dove attivare il confronto tra le varie professionalità operanti in ambito sanitario.

Art 23- ORGANISMI E FUNZIONAMENTO

- 1. Il sistema dell' Appropriatezza per la pediatria di libera scelta è composto da:
 - A) Comitato Regionale in funzione di Osservatorio del sistema dell'appropriatezza: il Comitato è allargato a cinque componenti dei pool di monitoraggio, individuati dalla Regione, su proposta dello stesso Comitato Regionale, coinvolgendo, quando necessario, la pediatria ospedaliera e/o universitaria.
 - B) Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) e Pool di monitoraggio (art. 25, comma 4, e art. 27, comma 5, dell'ACN);
 - C) Unità Valutativa Integrata;

Tra i vari organismi esiste un legame funzionale.

- 2. L' oggetto del monitoraggio che il sistema è chiamato a realizzare riguarda:
 - a. le attività di pediatria di libera scelta previste dal art. 3-quinquies del D.Lgs 502/92 e s.m.i., e dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale;
 - b. altre attività territoriali pertinenti la pediatria di libera scelta e attività intersettoriali, cui partecipano i pediatri;
 - c. Le attività territoriali oggetto di monitoraggio riguardanti la pediatria di libera scelta sono quelle di cui al comma 2, dell'art.25, ACN.

A) - Osservatorio del sistema dell'appropriatezza

- 1. Periodicamente vengono indette specifiche riunioni del Comitato Regionale in funzione di Osservatorio al fine di monitorare e coordinare a livello regionale specifici interventi in materia di appropriatezza.
- 2. Al Comitato regionale allargato sono affidati i seguenti compiti:



- a) Individuazione degli strumenti, delle metodologie e degli indicatori per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di appropriatezza pertinenti la pediatria individuati a livello regionale e perseguibili anche attraverso il presente Accordo;
 - b) Individuazione di linee guida per assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalle Aziende per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza (ASUR/ZT e Az. Ospedaliera), nonché gli adempimenti di cui all'art. 1, comma 179, Legge 311/2004 (legge finanziaria 2005) e art. 7 della intesa Stato-Regioni n. 2271 del 23/03/2005;
 - c) Individuazione di linee guida in merito ad iniziative di promozione della salute, e di prevenzione individuale e su gruppi di popolazione;
 - d) Definizione ed individuazione delle modalità per l'armonizzazione delle attività di pediatria di libera scelta, limitatamente all'appropriatezza, assicurate dalle diverse Aziende/Zone;
 - e) Proposte progettuali di formazione di corsi sull'appropriatezza, indirizzati a tutti i medici componenti gli UCAD;
 - f) Attivazione di Commissioni paritetiche ai sensi dell'art. 48 comma 7 dell'ACN di confronto PLS/medici Specialisti con le strutture ospedaliere volte ad elaborare, criteri-orientativi, linee-guida, o quant'altro necessario su argomenti i cui tassi di inappropriatezza risultino elevati.
3. Nell'espletamento dei suddetti compiti il Comitato regionale potrà avvalersi del supporto tecnico scientifico dei gruppi di lavoro già esistenti e delle strutture dell'Agenzia Regionale Sanitaria.

B) - Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)

1. L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) è l'organismo individuato dall' art. 3 sexies D.Lgs 502/92 e successive modifiche e integrazioni che comprende tutte le figure operanti nel Distretto.
2. L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) è istituito in ciascun Distretto. E' costituito dal Direttore del Distretto unitamente ai propri collaboratori nonché da i Membri di Diritto dei Medici Convenzionati che sono: un MMG, uno PLS, uno Specialista ambulatoriale interno. Inoltre dovrà far parte di tale organismo il Coordinatore d'Ambito Sociale.
3. I medici Membri di Diritto per la pediatria di libera scelta sono nominati dal Direttore di Zona su proposta del direttore di Distretto, sentite le OO.SS. maggiormente rappresentative.
4. I medici Rappresentanti, in numero pari a quelli di diritto, sono invece eletti sulla base dell'Allegato C del presente accordo - Regolamento elettorale dei componenti elettivi degli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali.
5. I compiti assunti dai suddetti organismi sono quelli previsti dall'art. 25, comma 5, dell'ACN.



All'interno dell'UCAD, ai sensi dei commi 3 e 4 dell'art. 25, viene individuato un Pool di monitoraggio con i compiti di cui al comma 5. Permane al Pool la competenza del monitoraggio, all'UCAD quella di coordinamento delle attività distrettuali, compresa l'espressione dei pareri preventivi agli atti decisionali. Il percorso decisionale è sottoposto agli atti normativi della Regione Marche, all'atto aziendale ASUR e a quanto concordato nell'AIR della categoria.

C) – Pool di Monitoraggio

1. Nel rispetto dei principi di unitarietà e di intersectorialità del "Programma delle attività distrettuali", il Direttore del Distretto e i suoi collaboratori, sono coadiuvati, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso concernenti la pediatria di libera scelta, dal medico pediatra Membro di Diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali e da un rappresentante dei medici pediatri eletti tra quelli operanti nel distretto.
2. Tale organismo definito "Pool di Monitoraggio" assolve a due funzioni:
 - a. l'andamento, per la parte concernente la pediatria di libera scelta e indicata nell'art. 25, commi 2 e 3 dell'ACN, dell'attuazione del Programma delle attività distrettuali e della gestione delle relative risorse;
 - b. l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra pediatria di libera scelta e medicina specialistica, ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali.
3. L'organismo di cui sopra nella sua funzione ordinaria assume iniziative per la promozione di momenti di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso e per l'applicazione nel distretto dei programmi di attività finalizzata al rispetto dei livelli di spesa programmati, come concordati ai sensi dell'art. 14, comma 7 dell'ACN e dell'art. 58, lett. B, comma 14 e seguenti dell'ACN.
4. Le Zone Territoriali assicurano la predisposizione di appropriati ed effettivi strumenti di informazione per garantire trasparenza all'attuazione di quanto previsto dal presente articolo, attraverso un costante e regolare flusso di dati sul livello centrale (ASUR) integrando i dati forniti dai Medici pediatri di libera scelta mediante l'informatizzazione, secondo un approccio per problemi.
5. Sarà compito degli UCAD e dei Pool di Monitoraggio informare le articolazioni territoriali del Comitato Aziendale e lo stesso Comitato Regionale per quanto di rispettiva competenza. Qualora le Zone Territoriali rilevino comportamenti prescrittivi del pediatria di libera scelta ritenuti non conformi, sottopongono il caso al Pool di Monitoraggio come individuato nel presente articolo.
6. In tale evenienza la composizione di detto organismo è integrata dal Responsabile del servizio farmaceutico o suo delegato e da un Medico individuato dal Direttore Sanitario dell'ASUR, deputati a verificare, ai sensi dell'art. 27, comma 5 dell'ACN, l'appropriatezza prescrittiva.
7. L'organismo suddetto, ai sensi dell'art. 27, comma 6 dell'ACN, esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, secondo la seguente procedura:
 - a. l'ipotesi di irregolarità deve essere contestata al medico per iscritto entro 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a ulteriori 15 giorni, per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;



- b. il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato, è comunicato al Direttore di Zona per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.
8. La prescrizione è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:
- a. sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;
 - b. sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del SSN;
 - c. sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA, o di altra legittima norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota AIFA o di altra legittima norma.
9. Nel caso in cui oggetto di valutazione sia un pediatra di libera scelta componente di diritto o elettivo dei predetti organismi, verrà individuato dal Direttore ASUR un analogo organismo tra quelli costituiti negli altri Distretti dell'ASUR.

D - Trattamento economico

1. Ai Membri di Diritto dell'UCAD è riconosciuto un compenso minimo di riferimento mensile pari a Euro 150,00 lordo per le incombenze derivanti dall'assunzione dell'incarico.
2. A tutti i Medici Membri di Diritto, Rappresentanti eletti o nominati nei vari comitati e commissioni previsti dall'ACN o dall'AIR è corrisposto un gettone di presenza di Euro 80,00 per ogni riunione a cui partecipano.
3. Gli oneri di cui sopra sono a carico del fondo costituito dagli assegni resisi nel tempo disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli medici (art. 58, punto A, comma 5 dell'ACN).

Art 24 - EQUIPES TERRITORIALI (art 26 ACN)

1. L' istituzione delle Equipes Territoriali (ET) ai sensi dell' art. 26 dell'ACN, è volta a sviluppare forme ad elevato contenuto di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro.
2. L'E.T. costituisce un elemento di trasversalità e di integrazione fra le varie professionalità/discipline presenti nell' ambito di azione, per cui nella sua fase di avvio dovranno essere individuati i percorsi comuni fra gli aderenti.
3. La partecipazione all'Equipe territoriale dei Medici Pediatri di libera scelta garantisce la specificità di questa professione orientata all'assistenza della fascia di età dell'infanzia come esclusiva, ma anche della fascia della preadolescenza e dell'adolescenza di una parte della popolazione residente. Inoltre il generalizzato contatto con le famiglie degli assistiti offre un canale privilegiato di comunicazione ed anche di promozione della salute.



4. Pertanto, in conseguenza della specificità sopra evidenziata, verrà nominato un coordinatore pediatra che rappresenterà la categoria verso gli altri partecipanti all'E.T.. Comunque tutti i pediatri parteciperanno direttamente alla stesura del Programma di lavoro annuale dell'equipe stessa al fine di contribuire personalmente alla lettura dei bisogni di salute del bacino di utenza complessivo dell'E.T.

5. I fini dell'E.T. sono:

- l'ottimizzazione della continuità dell'assistenza;
- la presa in carico del paziente;
- il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali definiti da uno specifico piano di lavoro.

6. Fanno parte dell'ET le figure professionali deputate a garantire, ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo 502/1992 e s.m.i:

- l'assistenza primaria;
- la continuità assistenziale;
- la pediatria di libera scelta;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- la medicina dei servizi;
- le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Inoltre, potrà essere coinvolta anche l'Emergenza Sanitaria.

7. L'Equipe Territoriale è un organismo operativo funzionale, opera in un'area geografica infradistrettuale, (individuata dal Direttore di Distretto, di concerto con l'UCAD, formalizzata dal Direttore di Zona) e rappresenta:

- uno strumento attuativo della programmazione sanitaria regionale;
- un momento organizzativo delle cure primarie e delle altre professionalità presenti nel Distretto per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale per la erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza.

8. L'intervento coordinato e integrato della Equipe Territoriale assume particolare rilievo nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria richieste da numerose condizioni e patologie, quali:

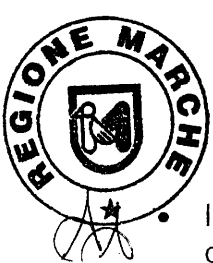
- prevenzione e cura delle dipendenze da droga, alcool e farmaci;
- tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- tutela dei disabili;
- patologie in fase terminale;
- patologie da HIV;
- tutela della salute mentale;
- inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Nell'ambito delle patologie sopra riportate verranno individuate le specifiche settoriali aree di attinenza pediatrica.

9. L'attività interdisciplinare e integrata dell'Equipe Territoriale può realizzarsi, ove appropriato, mediante la produzione di valutazioni multidimensionali con risposte appropriate per le diverse condizioni di bisogno.



10. L'attività dell'Equipe Territoriale si concretizza attraverso la predisposizione di un Piano di Lavoro che viene definito all'interno del Programma delle Attività Distrettuali (PAD), in accordo con l'UCAD, sentite le articolazioni territoriali del Comitato di cui all'art. 11 del presente accordo, e riguarda attività assistenziali condivise, pur nell'ambito delle specifiche competenze, sia con gli altri medici delle cure primarie che con i colleghi ospedalieri e delle strutture extra-ospedaliere per assicurare continuità delle cure e presa in carico del paziente.
11. Il Piano di Lavoro deve indicare:
- i soggetti partecipanti, le attività e/o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse, i criteri di determinazione degli eventuali compensi relativi alle attività svolte dai medici partecipanti;
 - la periodicità delle verifiche sui tempi di attuazione e sui risultati conseguiti e, in presenza di eventuali problemi operativi, la possibilità di operare modifiche in fase di esecuzione;
 - le risorse finanziarie e non, ritenute necessarie per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali individuati;
 - lo sviluppo di tecnologie, comprese quelle informatiche e di telemedicina, volte a migliorare il raggiungimento degli obiettivi assistenziali;
 - le modalità di integrazione e utilizzo di eventuali disponibilità economiche aggiuntive.
12. Al fine di raggiungere gli obiettivi complessivi delle Equipes Territoriali, così come indicato nell'art. 26 dell'ACN ed in particolare l'integrazione tra professionisti, la continuità dell'assistenza ed una più completa presa in carico, a puro titolo esemplificativo, il piano di lavoro potrà riguardare le seguenti aree di applicazione:
- area della formazione: attraverso la realizzazione, la condivisione e l'applicazione di criteri orientativi diagnostico-terapeutici, linee guida, percorsi e profili diagnostico-terapeutici secondo un criterio di integrazione tra professionisti e tra vari livelli di cura (ospedale, pronto soccorso, specialisti ecc.);
 - area della continuità: attraverso la realizzazione di modalità assistenziali che prevedono il collegamento funzionale e paritario tra le Cure Primarie: PLS, MMG e Continuità Assistenziale, prioritariamente e le altre figure interessate;
 - area informatica: attraverso la realizzazione di modelli gestionali di continuità del dato anche mediante reti telematiche che consentano lo scambio di informazioni dei pazienti;
 - area professionale: attraverso la costituzione di ambulatori di patologia.
13. I requisiti minimi necessari per la costituzione delle E.T, sono rappresentati da:
- individuazione tra i componenti di un medico di Medicina generale con funzione di raccordo con i medici di medicina generale all'interno dell'E.T. e con il Distretto;
 - individuazione tra i componenti di un pediatra di libera scelta con funzioni di raccordo con i pediatri di libera scelta all'interno dell'E.T. e con il Distretto;
 - individuazione e partecipazione di un referente della Continuità Assistenziale;
 - eventuale individuazione di un referente per l'attività di assistenza domiciliare e residenziale;
 - eventuale Individuazione di un referente per l'informatizzazione e lo sviluppo tecnologico;
 - la condivisione dei fattori produttivi comuni (sistemi informatizzati, tecnologia di studio ecc.);



- l'elaborazione di un Piano di Lavoro compatibile con il programma delle attività distrettuali di riferimento;
 - la presenza di un Regolamento di funzionamento interno che definisca l'eventuale modalità di utilizzo del personale, con particolare riguardo agli aspetti relazionali finalizzati ad ottimizzare la integrazione fra le differenti professionalità.
14. Le parti concordano di attivare progetti di medicina di iniziativa sulla base delle esigenze delle singole ZT e con modalità che verranno concordate in sede di ASUR entro 6 mesi dall'entrata in vigore del presente accordo.
15. Per le attività previste dalle Equipes Territoriali, le Zone Territoriali potranno conferire i fattori produttivi necessari alla realizzazione del Piano di Lavoro preventivamente concordati all'interno dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali.
16. La valutazione verrà effettuata al dodicesimo mese dall'inizio dell'attività sperimentale, all'interno del Pool di Monitoraggio integrato obbligatoriamente da un PLS, sulla base di indicazioni contenute in uno schema generale comune. In assenza di tale indicazione, il Direttore di Distretto congiuntamente al Pool di monitoraggio dichiarerà preventivamente le modalità di effettuazione della valutazione.
17. Il Pool di monitoraggio invierà annualmente tale valutazione:
- all'ORA, per quanto concerne la medicina generale;
 - al Comitato regionale della pediatria in funzione di Osservatorio come da art. 23 del presente accordo,
- al fine di consentire l'espressione di una valutazione in merito alle attività oggetto di sperimentazione e al raggiungimento degli obiettivi assistenziali previsti.
E' auspicabile che gli organismi dell'appropriatezza della medicina territoriale abbiano momenti di confronto ed integrazione.
18. Il Regolamento interno di ciascuna Equipe Territoriale deve prevedere la esecuzione, tra tutti i partecipanti, di riunioni di verifica degli obiettivi raggiunti, discussioni sui contenuti dei reports di attività trasmesse alla Zona Territoriale e valutazione dei Profili Diagnostico Terapeutici e delle linee guida di riferimento.
19. Il Regolamento dovrà prevedere inoltre le modalità di integrazione delle attività previste dal comma precedente con le attività similari previste tra i compiti dell'associazionismo medico, nonché le modalità di monitoraggio e relativi indicatori sull'attività.
20. Il piano di attività dovrà prevedere non meno di 3 incontri l'anno. A tali incontri potrà partecipare il Direttore di Distretto o suo Delegato.
21. Tutti i medici operanti nell'area in cui è attivata l'Equipe Territoriale sono tenuti all'adesione all'E.T. ai sensi dello specifico ACN. L'attività della E.T. è rappresentata dalla realizzazione degli obiettivi di governo clinico attraverso l'attuazione del Piano di Lavoro, nel quale andranno esplicitamente richiamati i suddetti obiettivi.
22. Al fine di coordinare le attività delle E.T. con il Piano delle Attività distrettuali (PAD), i medici referenti/coordinatori dell'Equipes Territoriali vengono invitati a partecipare all'UCAD.



23. A seconda del grado di complessità del programma delle attività, del numero dei soggetti coinvolti e degli obiettivi individuati, il Comitato regionale definirà l'entità delle indennità che le Zone Territoriali potranno riconoscere ai Medici Coordinatori e ai Medici Referenti di ciascuna Equipe Territoriale.

24. Al medico aderente all'Equipe Territoriale, per le attività svolte per la elaborazione e la realizzazione del Programma di Lavoro Annuale, viene corrisposta una remunerazione di Euro 1,79 annuo per assistito, mensilmente in dodicesimi. L'incentivo economico previsto nel presente comma verrà erogato, previa verifica della partecipazione del singolo pediatra ad almeno $\frac{2}{3}$ delle riunioni programmate a far data dall'entrata in vigore del presente accordo.

Art 25 - FORME ASSOCIATIVE E PERSONALE DI STUDIO (art 52 ACN)

1. Allo scopo di garantire agli assistiti una maggiore continuità assistenziale, un più stretto e diretto rapporto con il medico pediatra di libera scelta e, nel contempo, elevare il livello qualitativo dell'assistenza anche attraverso l'utilizzo di operatori non medici, in riferimento all'art. 52 dell'ACN, si persegue l'obiettivo della massima implementazione quantitativa e qualitativa di forme associative tra i medici convenzionati. Questo si estrinseca in una maggiore qualificazione del lavoro professionale, nella garanzia di una maggiore disponibilità della pediatria di libera scelta per l'assistenza domiciliare, nella gestione di locali, attrezzature e personale da utilizzare per l'esecuzione di prestazioni ambulatoriali e domiciliari e, di conseguenza, in un più accentuato sviluppo del rapporto fiduciario con il cittadino.
2. Per tali considerazioni, a decorrere dall'entrata in vigore del presente accordo, le percentuali previste dall'art. 58 punto B dell'ACN, per le forme associative e per le collaborazioni di studio, vengono aperte a quei medici, che, nel rispetto della capienza del relativo fondo come definito nell'articolo 29 e relativo allegato E del presente accordo, afferiscono ad uno degli istituti soggetti ad incentivazione in oggetto.
3. I medici interessati dovranno inviare apposita domanda completa della documentazione all'ASUR.
4. Nel caso in cui, nei limiti del fondo, non sia possibile accogliere tutte le domande, il compenso verrà riconosciuto prioritariamente ai medici che già svolgono la loro attività in associazione o in gruppo e/o che si avvalgono di un collaboratore di studio e/o di un infermiere con precedenza ai pediatri con la maggiore anzianità di adesione effettiva all'istituto, senza corresponsione di arretrati.
5. L'ASUR effettua la verifica della capienza del fondo entro 6 mesi dalla entrata in vigore del presente accordo e contestualmente redige la graduatoria di priorità.
6. Per gli anni successivi, la Regione, nell'ambito della programmazione di budget, potrà stabilire, di anno in anno, variazioni della consistenza del fondo anche in considerazione delle nuove richieste pervenute all'ASUR per l'adesione agli istituti incentivati.
7. Alle Zone territoriali compete la verifica della documentazione e dei requisiti, su indicazione della Direzione Generale dell'ASUR.



8. I medici aderenti ad una delle forme associative previste devono appartenere allo stesso ambito territoriale di iscrizione così come definito ai sensi dell'art. 15 del presente accordo.
9. Nelle località dichiarate disagiate o disagiatissime, al fine di favorire l'adesione alle forme associative, è prevista la possibilità di inclusione dei pediatri in forme associative della medicina generale, sentite le rispettive Articolazioni Territoriali del Comitato Aziendale.
10. Qualora venga richiesta la possibilità di istituire forme associative tra pediatri di ambiti limitrofi appartenenti alla medesima Zona territoriale, il Direttore di Zona, previo parere favorevole del Comitato di cui all'art. 11 del presente accordo, potrà concedere una deroga straordinaria ai fini del miglioramento dell'assistenza, tenuto conto di fattori orografici e zone disagiate.
11. In relazione ai commi di cui sopra, rimane fermo che il riconoscimento del compenso è subordinato alla capienza del fondo.
12. Fermo restando il rispetto delle finalità e delle modalità operative indicate all'art. 52 dell'ACN del 15/12/2005:
 - devono essere previste riunioni periodiche fra i pediatri costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa abbia aderito;
 - i pediatri partecipano alla condivisione ed implementazione di linee-guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza.
13. Gli Accessi Domiciliari Programmati e quelli di Assistenza Domiciliare Integrata, nonché quelli del sistema della residenzialità, possono essere svolti secondo turni concordati dai medici che appartengono alla medesima forma associativa.
14. Attraverso la realizzazione delle Equipe Territoriali, ai medici, aderenti alle diverse forme associative, può essere affidata la gestione dell'assistenza domiciliare e residenziale, anche avvalendosi della collaborazione di figure professionali e tecniche non mediche: infermieri professionali, fisioterapisti e assistenti sociali, nonché utilizzando forme avanzate che comprendono l'uso delle tecnologie informatiche (ITC). Nel loro operato, tali figure agiscono comunque sotto la responsabilità del pediatra di libera scelta dell'assistito ai sensi del C.C. art. 2232 e con oneri a carico del medico.

Pediatria in Rete

1. La pediatria in rete è un modulo complementare delle forme associative: Gruppo, Associazione, ai sensi e per gli effetti dell'art 52 comma 2 dell'ACN, tesa a migliorare la qualità assistenziale del Pediatra di Famiglia, la continuità assistenziale e le esigenze programmatiche regionali ed aziendali, mediante:
 - un livello superiore di comunicazione di dati e di informazioni sanitarie tra pediatri associati o in gruppo e tra essi e l'Azienda ASUR/ZT;
 - la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla forma associativa e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla forma associativa;



- il miglioramento dell' assistenza attraverso un aumento considerevole del livello di coordinamento e la conoscenza dei dati di ciascun paziente iscritto nella forma associativa, grazie all'utilizzo della cartella informatizzata a cui ogni Pediatra può accedere, quale client identificabile, quando presta la sua opera.
- 2. Ai Pediatri organizzati in rete viene riconosciuto, per questo istituto, uno specifico compenso pari a euro 1,00/annuo per assistito in carico, frazionato in dodicesimi.
- 3. E' demandata ad una separata contrattazione Regionale e/o Zonale l'attivazione della fornitura alle Zone territoriali di servizi relativi alla implementazione della Cartella Clinica online, la fornitura periodica, ad opera del Medico responsabile del gruppo o dell'associazione, di reports.
- 4. I Pediatri aderenti alla rete, singolarmente o per il tramite del Responsabile della forma associativa, invieranno trimestralmente alla Zona territoriale dati epidemiologici relativi al numero dei contatti, ai motivi di contatto, al numero dei ricoveri effettuati ed al rapporto assistiti/assistibili.
- 5. Il diritto al compenso, di cui al comma 2 del presente articolo, decorre dal primo giorno del mese successivo alla formale comunicazione alla Zona territoriale dell'avvenuta messa in rete.
- 6. Le Zone territoriali procederanno alla verifica della sussistenza dei presupposti per il riconoscimento della messa in rete.

Personale di studio

1. Fermo restando quanto disposto dall'ACN, con il presente accordo si intendono normare le competenze dell'infermiere dipendente di un pediatra di libera scelta che può accedere ai canali di distribuzione pubblici dei presidi, attraverso l'espletamento, pertanto, di una funzione assimilata all'infermiere dell'ADI. Tale possibilità sarà sottoposta a specifico regolamento ASUR. L'infermiere può praticare la propria opera a favore degli assistiti del medico, su incarico e sotto la responsabilità personale di quest'ultimo, che potrà notularla secondo quanto disposto dall'allegato B dell'ACN.
2. Le modalità di distribuzione del materiale sanitario e le relative quantità saranno autorizzate dal Direttore del Distretto o suo delegato previo accordo con il Medico pediatra titolare delle scelte.

Art 26 - INFORMATIZZAZIONE

1. Ai pediatri di libera scelta che, come da art. 1, comma 275 della legge 23/12/2005, n. 266 (legge finanziaria 2006), assicurano la gestione informatizzata della scheda sanitaria e della stampa delle prescrizioni farmaceutiche e di richiesta di prestazioni specialistiche mediante il supporto del sistema della Tessera Sanitaria di cui all'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, in una quota non inferiore al 70% su base mensile è corrisposta una indennità forfetaria mensile di €. 77,47. Le apparecchiature devono essere idonee a svolgere collegamenti con il CUP e l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica della qualità dell'assistenza.
2. Qualora non sia raggiunta la soglia del 70% mensile, la zona territoriale lo contesta al medico per iscritto entro 15 giorni dalla rilevazione, assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni, per le eventuali controdeduzioni e per la verifica dei dati;
3. Il Direttore di Zona esamina le eventuali controdeduzioni e/o udito il medico interessato comunica le decisioni assunte.

Y



Art 27 - ASSISTENZA DOMICILIARE E PATOLOGIE CRONICHE (art 51 ACN)

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

1. Per l'Assistenza domiciliare integrata e programmata, nonché l'Assistenza ambulatoriale programmata la Regione Marche fa proprie le modalità dei protocolli definiti negli Allegati E ed E bis dell'ACN del 15/12/2005.
2. Nel rispetto dell'allegato E bis, si concorda quanto segue:
 - a) La segnalazione del bisogno di assistenza ambulatoriale può essere effettuata dal Pediatra di libera scelta, dai competenti servizi sanitari e sociali e dalle famiglie.
 - b) Il Distretto competente per territorio, riferito alla residenza dell'assistito, esamina il programma entro 7 giorni dalla segnalazione effettuata secondo le modalità di cui sopra. In caso di mancato riscontro entro il termine innanzi indicato, si intende, a tutti gli effetti, tacitamente approvato, fatto salvo il diritto da parte del Distretto di eseguire controlli durante l'effettuazione del programma.
 - c) Al Pediatra di libera scelta, oltre all'ordinario trattamento economico, è corrisposto un compenso omnicomprensivo di euro 18,90 per accesso.
 - d) Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.
 - e) In caso di ricovero ospedaliero in strutture sanitarie o sociali, per ogni accesso del Pediatra verrà corrisposto il compenso previsto al comma c).
 - f) Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al distretto, entro il quindicesimo giorno del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, le generalità dell'assistito ed il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.
 - g) La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni.

PATOLOGIE CRONICHE

1. Le patologie croniche sono quelle elencate negli allegati E ed E bis dell'ACN del 15/12/2005.
2. I protocolli diagnostico-terapeutici derivano dalle linee guida previste dall'art. 52 dell'ACN sull'associazionismo e vengono eventualmente integrate e coordinate all'interno dell'ET o in altre specifiche forme di integrazione tra pediatri di libera scelta e altri operatori interessati.



PARTE TERZA – IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO (La logica dei fondi e della loro gestione)

Art 28 - I FONDI

1. In applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale il presente AIR prevede la strutturazione dei seguenti fondi:
 - fondo per la ponderazione qualitativa, che accoglie le risorse inerenti l'incremento retributivo di parte fissa (art. 9 tabella C, prima colonna – art. 58 punto A comma 4 dell'ACN) e la quota del fondo costituita dagli assegni resisi nel tempo disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli medici (art. 58 punto A comma 5).
 - il fondo di cui all'art. 45 dell'ACN che accoglie le risorse inerenti l'incremento retributivo di parte variabile (art. 9 tabella C, seconda colonna), comprensivo del fondo a riparto per la qualità dell'assistenza (art. 58 punto B commi 1 – 2 – 3 dell'ACN), e della parte inerente il governo clinico nel rispetto dei livelli programmati di spesa (art. 58 punto B, commi 14-15 dell'ACN).
 - Il fondo regionale per obiettivi aggiuntivi AIR, che accoglie le risorse regionali a tale scopo destinate
 - Il fondo aziendale che l'ASUR potrà generare a seguito dei recuperi di risorse effettuati mediante la collaborazione dei pediatri di libera scelta.

La gestione di tali fondi avverrà secondo la seguente procedura:

- definizione annuale della capienza dei fondi contestualmente al budget annuale;
- monitoraggio dell'andamento della spesa a cura dell'ASUR congiuntamente al report trimestrale;
- eventuale riequilibrio all'interno dei fondi a cura dell'ASUR, sentito il Comitato Regionale;
- flusso informativo verso la Regione.

Il Comitato Regionale, visti i report dell'ASUR, stabilisce:

- a) l'eventuale utilizzo delle eccedenze mediante particolari progetti coerenti con gli obiettivi di sistema;
 - b) l'eventuale modalità di riequilibrio delle assegnazioni in caso di richieste preventive eccedenti le assegnazioni stesse.
2. L'accesso o l'estensione di istituti previsti dal presente accordo è subordinato alla capienza del relativo fondo, sia direttamente che a seguito di compensazione o integrazione. Non può essere messo a carico dello specifico fondo l'assegnazione di emolumenti a titolo di arretrato, salvo disposizione dell'ACN o di altra norma o regolamento.
 3. Nelle fasi di gestione e monitoraggio saranno coinvolti, se necessario e secondo le loro competenze, il Comitato Regionale, le articolazioni territoriali del Comitato Aziendale, i Pool di Monitoraggio.
 4. Per i pediatri di libera scelta, salvo diversi vincoli imposti da leggi o regolamenti, gli obiettivi prioritari del sistema sanitario regionale, da perseguire congiuntamente con tutti gli attori coinvolti, sono sintetizzati come segue:
 - riduzione della spesa farmaceutica per cinque categorie di farmaci a maggior costo rispetto alla zona più virtuosa con particolare riguardo all'incremento di uso degli antibiotici a brevetto scaduto con riduzione totale del consumo di antibiotici;



- riduzione degli accessi/codici bianchi al Pronto soccorso su indagine ad hoc delle singole zone;
- implementazione di percorsi diagnostico terapeutici, con particolare riferimento al trattamento dell'asma in relazione alle linee guida "GINA 2008" e alla revisione EBM validata e concordata con le figure specialistiche coinvolte di alcune procedure attualmente praticate nelle Marche (Ecografia delle anche e dei reni, visite ed ecografie cardiologiche a 6 anni di età);
- partecipazione a programmi di prevenzione dei disturbi alimentari e delle malattie cardiovascolari previsti da atti o regolamenti;
- partecipazione e collaborazione al governo della mobilità passiva e del ricorso alle strutture private sia nell'area di ricovero che nell'assistenza riabilitativa;

5. I suddetti obiettivi sono coerenti con gli obiettivi di sistema evidenziati nell'Accordo con i medici di medicina generale.
6. Gli obiettivi di governo clinico saranno coordinati con gli altri obiettivi di sistema che dovessero essere introdotti dopo l'entrata in vigore del presente Accordo.
7. La realizzazione di tali obiettivi costituisce la principale attività delle Equipes Territoriali, alla cui adesione i pediatri sono tenuti obbligatoriamente.
8. La quota capitaria attualmente erogata ai sensi dell'art. 58, punto B, commi 15 e 16 dell'ACN, dopo l'entrata in vigore del presente AIR, continuerà ad essere erogata ai pediatri di libera scelta per l'adesione a tutte le attività inerenti il raggiungimento degli obiettivi di governo clinico come definito nel presente AIR.
9. Nelle more della sottoscrizione dei Piani di lavoro, il Direttore di Zona, sentito il Comitato di cui all'art. 11 del presente accordo, potrà individuare almeno due obiettivi di sistema che daranno origine a due progetti distrettuali che costituiranno parte integrante del PAD.

Art 29 - FONDO A RIPARTO PER LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA (art 45 ACN)

1. A seguito dell'accordo inerente le code contrattuali di cui alla DGR 741/2008 a decorrere dal 2008, il Fondo per la Qualità dell'Assistenza, è stato incrementato delle risorse già destinate dal precedente accordo integrativo regionale al riequilibrio dell'assistenza e da una quota aggiuntiva regionale, al fine di garantire la continuità nell'erogazione delle nuove quote ai medici che avevano aderito agli istituti dalla data di decorrenza delle stesse.
2. A decorrere dall'entrata in vigore del presente accordo, le risorse previste nel Fondo in oggetto sono incrementate di un'ulteriore quota regionale pari a €. 200.000, al fine di permettere la copertura delle adesioni entro il 31/12/2007. Pertanto a partire dall'entrata in vigore del presente accordo, il Fondo risulta determinato come da allegato E al presente accordo.
3. Al fondo sono aggiunte le risorse regionali già destinate alla collaborazione informatica dal precedente accordo, come da tabelle allegate.



PROGETTI REGIONALI E AZIENDALI

Art 30 - ASSISTENZA IN ZONE DISAGIATE

1. L'insediamento del pediatra che opera in zona disagiatissima o disagiata viene incentivato mediante:
 - la messa a disposizione di strutture ambulatoriali da parte delle Zone Territoriali dell'ASUR o di altre Amministrazioni a costo ridotto o a titolo gratuito;
 - l'utilizzazione del pediatra per attività territoriali programmate nei limiti delle attività globalmente consentita ed anche in deroga ai limiti temporali di cui all'art. 61, comma 1, dell'ACN;
 - un incremento economico stabilito come segue:
 - al pediatra il cui ambito di scelta è considerato completamente zona disagiata o il cui ambulatorio principale insista in area disagiata spetta un corrispettivo di euro 517,00 mensili;
 - al pediatra il cui ambito di scelta è solo in parte considerato zona disagiata, spetta un corrispettivo di Euro 1,30 mensili per ciascun bambino ivi residente e iscritto, fino al raggiungimento del massimo di Euro 517,00.
2. Per l'individuazione delle zone disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa si fa riferimento all'allegato 1 della DGR n° 3207 del 13/12/1999, fatto salvo eventuali successive modifiche proposte dall'ASUR sentito il Comitato Regionale per la pediatria di libera scelta.

Art 31 - PROGETTO SALUTE INFANZIA

1. La Regione Marche, in sintonia ed in collaborazione con la Pediatria di Libera Scelta ha programmato ed attuato già con il precedente AIR un intervento coordinato di prevenzione primaria attraverso l'attuazione dei bilanci di salute. Il progetto, salvo diversa disposizione legata a vincoli derivanti da leggi o regolamenti, prosegue con l'attuale AIR con le modalità previste nell'allegato A al presente accordo.
2. Il bilancio di salute del sesto anno previsto dal programma non è più economicamente ricompreso nella quota capitolaria nazionale. Occorre considerare che l'AIR 2002 lo annovera tra quelli che il pediatra deve effettuare. Per continuità, anche in relazione agli obiettivi di prevenzione propri del progetto, si prosegue con il pagamento della medesima quota (€12,91) del bilancio del sesto anno di età, ponendolo a carico del livello regionale. Le modalità di pagamento dei bilanci di salute sono quelle stabilite nell'allegato A.
3. Dall'1/1/2009 per la realizzazione del progetto, la Regione Marche destina complessivi €1.000.000/annuo (ENPAM esclusa). Tale fondo è comprensivo di quanto già destinato dai precedenti accordi regionali.
4. L'ASUR provvede alla ripartizione del fondo alle Zone Territoriali.

Art 32 - PROGETTI AZIENDALI/ZONALI

1. Sulla base di indirizzi aziendali potranno essere realizzati nelle Zone territoriali, previo accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative e compatibilmente con le



risorse previste nel budget aziendale/zonale, progetti finalizzati a rispondere a specifiche domande di salute delle singole Zone.

NORME TRANSITORIE E FINALI

NORMA TRANSITORIA n. 1

RACCORDO TRA VECCHI E NUOVI ACCORDI NAZIONALI E REGIONALI IN RELAZIONE AL COMPENSI PER GLI ISTITUTI SOGGETTI AD INCENTIVAZIONE.

La gestione del fondo a riparto per la qualità dell'assistenza ha richiesto particolari procedure al fine di raccordare quanto già avvenuto in applicazione dei precedenti accordi nazionali e regionali che prevedevano una gestione locale dei fondi.

Le parti ritengono pertanto necessario, per una maggiore chiarezza e uniformità di applicazione, sintetizzare le successive fasi che hanno caratterizzato la definizione e la gestione del fondo:

- Definizione del fondo e finanziamento: Gestione coda contrattuale DGR 741/2008 (allegato F) per l'adeguamento alle nuove quote per coloro che già percepivano gli incentivi e per i pediatri che rientrano nella successiva norma transitoria n. 2;
- Definizione del fondo e finanziamento aggiuntivo regionale come da articolo 29 e relativo allegato E per consentire l'ingresso secondo la procedura prevista nell'art. 25.

NORMA TRANSITORIA n. 2

Ai pediatri ai quali, alla data di entrata in vigore della DGR 741/08, le Zone territoriali avevano riconosciuto, compatibilmente con i fondi definiti dal precedente AIR, i compensi per gli istituti soggetti ad incentivazione, è confermato il passaggio alle nuove quote previste dall'ACN 15/12/2005, compatibilmente con le risorse complessivamente destinate nel fondo a riparto per la qualità dell'assistenza come definito nella suddetta DGR (il contenuto della presente norma è stato anticipato con nota del Dirigente del Servizio Salute prot. 355083 del 4/7/2008)



NORMA FINALE 1

Considerato che le disposizioni del presente documento si inseriscono nell'attività regionale di programmazione socio-sanitaria in continua evoluzione e che, pertanto, è necessario prevedere le modalità per adeguare l'Accordo regionale ad eventuali cambiamenti del SSR, si assegna tale compito al Comitato regionale per la Pediatria di Libera Scelta, attraverso l'adozione dei relativi pareri sulle materie di propria competenza. Le parti pertanto si impegnano a integrare il presente accordo attraverso protocolli d'intesa aggiuntivi.

NORMA FINALE 2

PENSIONATI PARERE SISAC

Visto quanto disposto dalla norma finale n. 5 e dal comma j dell'art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale di cui all'Intesa Stato-Regioni del 15/12/2005, l'incarico a tempo indeterminato non può essere conferito a chi è già titolare di trattamento di quiescenza relativo ad attività convenzionate o dipendenti del SSN. Questo anche nel caso di coloro che chiedono l'inserimento ai sensi dell'art. 1, comma 16, della legge 423/1993.

L'incompatibilità per i medici destinatari di trattamento di quiescenza non si configura esclusivamente per quei medici già titolari di convenzione per la pediatria al momento del pensionamento; tra costoro non sono inclusi i medici che erano titolari di convenzione al momento della scelta del rapporto dipendente ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 412/91 e per i quali, quindi, permane l'incompatibilità contrattualmente sancita.

NORMA FINALE 3

Al fine di favorire il diffondersi di un sistema di appropriatezza e di gestione integrata del territorio mediante l'Equipe territoriale, le zone territoriali potranno valutare l'attivazione di percorsi e procedure di sponsorizzazione volte al reperimento di appositi finanziamenti anche da privati nei limiti e con le modalità compatibili con lo stato di incaricato di pubblico servizio per il medico e con le incompatibilità derivanti dall'appartenenza al SSR.

NORMA FINALE 4

Fatto salvo quanto stabilito con DGR 741/2008, a partire dal 1/1/2008, le eventuali disponibilità residue dei fondi previsti nel precedente AIR DGR 2122/2002 costituiscono economia di spesa e pertanto non saranno in alcun modo utilizzabili.

NORMA FINALE 5

Al fine di garantire la massima uniformità sugli aspetti giuridici ed economici del contratto, le parti concordano di demandare all'ASUR la costituzione di una apposita funzione per definire indirizzi aziendali per l'applicazione del presente accordo, per la stipula degli accordi aziendali/zonali e per l'implementazione dei progetti aziendali.

Inoltre dovranno essere prodotte specifiche linee di indirizzo sulle seguenti tematiche:

- tenuta e aggiornamento degli elenchi assistiti e relativa gestione delle scelte;



requisiti per l'accesso agli istituti incentivati e relative verifiche.

NORMA FINALE 6

A seconda del grado di complessità del programma delle attività, del numero dei soggetti coinvolti e degli obiettivi individuati, il Comitato regionale definirà l'entità delle indennità che le Zone Territoriali potranno riconoscere ai Medici Coordinatori e ai Medici Referenti di ciascuna Equipe Territoriale. Le risorse necessarie al finanziamento delle indennità di cui sopra potranno essere imputate al Fondo costituito dagli assegni individuali resisi nel tempo disponibili per effetto della cessazione del rapporto convenzionale dei singoli medici (dell'art. 59, punto A dell'ACN), compatibilmente con la capienza dello stesso.

NORMA FINALE 7

Le parti si impegnano alla comunicazione dei dati inerenti i fondi con una frequenza di norma semestrale

NORMA FINALE 8

Le parti si impegnano alla convocazione del Comitato regionale con una cadenza di norma bimestrale.

DICHIARAZIONI A VERBALE:

DICHIARAZIONE A VERBALE 1

Data la carenza attuale e, soprattutto, in prospettiva del numero di pediatri, le parti si impegnano ad attivare congiuntamente un percorso per ottenere una borsa di studio regionale per la specializzazione in pediatria.

DICHIARAZIONE A VERBALE 2

Le parti concordano sulla opportunità di istituire appositi elenchi di Animatori, Tutori e Docenti di pediatria di libera scelta, prevedendo i requisiti di accesso.

DICHIARAZIONE A VERBALE 3

Le parti concordano di valutare, annualmente, nell'ambito del Comitato regionale, in corrispondenza con la rilevazione delle carenze di settembre, lo stato di copertura dell'assistenza dei Pediatri di libera scelta nell'età di esclusiva, al fine di adottare le iniziative necessarie a garantire la massima copertura di questa specifica fascia di età e a valutare le possibili soluzioni.

DICHIARAZIONE A VERBALE 4

In riferimento all'applicazione dell'art. 18, comma 4, del presente accordo, resta fermo che deve essere garantita la continuità dell'assistenza.



Si ribadisce che determinano il numero degli assistiti la scelta del medico da parte dello stesso assistito e le eventuali revoche e ricusazioni ai sensi degli articoli 39 e 40 dell'ACN.

DICHIARAZIONE A VERBALE 5

Le parti si impegnano, entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, a valutare, attraverso un gruppo ristretto, gli allegati E ed E bis dell'ACN, verificando le patologie presenti e valutando l'opportunità di aggiungerne altre, in relazione agli obiettivi di cui al comma 4 dell'art. 28 e agli obiettivi del presente accordo.

DICHIARAZIONE A VERBALE 6

Le parti concordano che, entro 120 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, un gruppo ristretto proporrà al Comitato regionale un schema tipo per la redazione della carta dei servizi.

DICHIARAZIONE A VERBALE 7

Le parti si impegnano, entro 90 giorni dalla pubblicazione del presente accordo, a valutare, attraverso un gruppo ristretto, l'allegato B dell'ACN, individuando un elenco di priorità rispetto alle quali potrà essere demandata alla contrattazione zonale una eventuale specifica applicazione.

DICHIARAZIONE A VERBALE 8

Le parti auspicano una maggiore sensibilizzazione dei pediatri alla raccolta e alla trasmissione delle segnalazione di reazioni avverse ai farmaci.

DICHIARAZIONE A VERBALE 9

Qualora le Zone Territoriali intendano potenziare la copertura vaccinale antinfluenzale in età pediatrica, potranno avvalersi dei pediatri di libera scelta con i medesimi istituti applicati ai medici di medicina generale.

DICHIARAZIONE A VERBALE 10

La quota proporzionale dell'art 12 comma 1 è stata determinata dalla rappresentatività al momento della sottoscrizione del presente accordo. Le parti concordano di rivalutare tale quota proporzionale sulla base dell'andamento della rappresentanza sindacale.

7



Allegato A: PROGETTO SALUTE INFANZIA

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

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

I precedenti Accordi Collettivi Nazionali hanno introdotto una novità sostanziale nella attività del pediatra di famiglia, hanno infatti codificato l'importanza della prevenzione "strutturandone la funzione" attraverso lo svolgimento di una programma di visite filtro da erogare in tappe predefinite.

Tale Progetto ha l'obiettivo di strutturare la funzione della prevenzione del Pediatra di Famiglia attraverso lo svolgimento di:

- visite filtro, definite "Bilanci di salute", per l'individuazione precoce dei soggetti affetti da handicap neuro sensoriali e psichici;
- interventi di educazione sanitaria nei confronti dei propri assistiti rispetto ai rischi prevalenti per l'età evolutiva, esecuzione di screening e interventi di profilassi delle malattie infettive.

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

Esso si configura anche come elemento essenziale per la lettura dello stato di salute di tutta la popolazione (con l'individuazione di tutte le maggiori problematiche dell'età infantile), nonché per la valutazione dei processi e dei percorsi assistenziali.

Il primo obiettivo è di tipo qualitativo cioè si può valutare la qualità e l'efficacia dell'intervento (in questo caso di tipo preventivo, di educazione alla salute).

Il secondo obiettivo è quello di poter raccogliere dati sullo stato di salute della popolazione.

La Regione Marche in armonia con il percorso iniziato con i precedenti accordi integrativi conferma il Progetto Salute Infanzia e intende favorire:

- la programmazione di un piano di formazione sui contenuti del Bilancio di salute;
- la condivisione di linee guida (manuale per il pediatra) ai fini del miglioramento continuo della qualità;
- la nascita dell'"Osservatorio Epidemiologico per la valutazione dello stato di salute dell'infanzia e dell'adolescenza" basato sulla "rete" dei Pediatri di Famiglia e supportato dalla Agenzia Regionale Sanitaria.

Le parti concordano nel prevedere l'attuazione del "progetto salute infanzia" quale prosecuzione del programma "visite età filtro" (Bilanci di salute) previsto nei precedenti accordi.

Elementi qualificanti del progetto sono rappresentati dagli obiettivi di educazione sanitaria,





di profilassi delle malattie infettive e di studio epidemiologico, sviluppati secondo uno standard di implementazione unico per tutta la Regione Marche facente capo all'Agenzia Sanitaria regionale per il tramite dell'ASUR/Zone territoriali.

Azioni qualificanti del progetto sono:

Informazione alle famiglie, a cura delle Zone Territoriali, sui tempi di esecuzione del progetto con invito al puntuale rispetto delle scadenze previste;
Esecuzione dei Bilanci di salute alle scadenze di seguito indicate.

I bilanci di salute vengono effettuati sulla totalità della popolazione assistita alle seguenti scadenze:

Un mese più o meno 15 gg.

Tre mesi più o meno 30 gg

Sei mesi più o meno 30 gg.

Dodici mesi più o meno 60 gg.

Diciotto mesi più o meno 60 giorni

Due anni più o meno 90 gg.

Tre anni più o meno 90 gg.

Sei anni più o meno 180 gg.

L'esito di ogni singolo bilancio di salute sarà consegnato con idonea certificazione al genitore al momento della sua effettuazione.

Il progetto riguarda le attività poste in essere ed i bilanci di salute eseguiti in continuità con il precedente AIR.

Nel periodo di assistenza pediatrica essi saranno quindi complessivamente n. 8.

Per la corresponsione del compenso, il pediatra è tenuto a trasmettere ai competenti uffici della Zona, entro il 15 del mese successivo, il riepilogo dei bilanci di salute effettuati nel corso del mese precedente in autocertificazione. Compete alla Zona territoriale procedere agli opportuni controlli.

La disponibilità finanziaria stabilita nell'art. 31 del presente accordo, ha natura di fondo, che l'ASUR provvederà a gestire/ripartire alle Zone Territoriali.

Le Zone Territoriali corrisponderanno ai pediatri all'atto della consegna dei bilanci di salute secondo le modalità stabilite nel presente accordo regionale, una percentuale pari al 80% del compenso previsto dall'ACN 15/12/2005 (Euro 12,91 comprensivo di ENPAM a carico dell'Azienda - compenso netto pari ad € 11,804). Il restante 20% sarà corrisposto dalle Zone Territoriali nei limiti del relativo fondo e comunque per il singolo bilancio di salute in misura non superiore a quanto stabilito nel ACN 15/12/2005, allegato L.

I bilanci di salute di cui al presente articolo sono comprensivi di quelli effettuati dai pediatri ai bambini posti in carico al medico di medicina generale a causa della mancata copertura della zona carente di pediatria.



CONTENUTO BILANCIO DI SALUTE

ETA'	INTERVENTO
- 15 gg 1 mese + 15 gg	Esame fisico, misurazione peso, lunghezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale
- 30 gg 3 mesi + 30 gg	Esame fisico, misurazione peso, lunghezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale
- 30 gg 6 mesi + 30 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale
- 60 gg 12 mesi + 60 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale
- 60 gg 18 mesi + 60 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio
- 90 gg 2 anni + 90 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza. Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio
- 90 gg 3 anni + 90 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza. Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio
- 180 gg 6 anni + 180 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza. Valutazione psicomotoria e sensoriale.

[Handwritten signature]

Pedi.

[Handwritten signature]

Valutazione



Allegato B: SCHEMA DOMANDA PER PEDIATRA TUTORE

SCHEMA DI DOMANDA

(scrivere a macchina o in stampatello)

Raccomandata A.R. Alla Regione Marche

Servizio Salute
Via Gentile da Fabriano, 3
60125 - ANCONA

Il sottoscritto Dott.

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA TUTORI
della Regione Marche per il corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

A tal fine, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali per le dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R. 445/00, sotto la propria responsabilità dichiara quanto segue:

Cognome Nome

Data di nascita Comune di nascita Prov.

.....

Comune di residenza P Prov.

Via/Piazza n°

Codice Fiscale

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso il

Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso il

Iscrizione all'Ordine Professionale di a decorrere dal

Specializzazione in Pediatria conseguita presso il

Convenzione in Pediatria di Libera Scelta con la Zona Territoriale dell'A.S.U.R. n°

di a decorrere dalla data

Sede ambulatorio principale (*indirizzo*)

n° assistiti (*alla data odierna*)

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003. Si autorizza altresì la pubblicazione dell'elenco sul B.U.R. e sul sito Internet della Regione Marche.

Data

Firma

(leggibile e per esteso)

Allegati: fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

RECAPITO A CUI DEBBONO ESSERE INVIATE EVENTUALI COMUNICAZIONI

Via/Piazza n°

Città Prov.

Telefono Cellulare fax.....



Allegato C: REGOLAMENTO ELETTORALE ELEZIONE DEI COMPONENTI ELETTIVI DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA DELL'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI

1. Il presente regolamento disciplina le modalità di elezione dei componenti di parte elettiva per la pediatria di libera scelta dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali.

2. Le elezioni dei componenti di cui al precedente comma si svolgeranno in tutte le Aziende della regione ed in tutti i Distretti.

3. L'Assessore Regionale alla Sanità, sentiti i Direttori Generali delle Aziende, indica la data di svolgimento delle elezioni di cui al presente articolo.

4. A tal fine il Direttore Generale istituisce un seggio in ciascun distretto ed invia ai presidenti dei seggi l'elenco di tutti gli aventi diritto al voto in ciascun seggio. Ogni medico vota nel seggio del Distretto di appartenenza.

5. Le Aziende provvedono a comunicare agli aventi diritto al voto, con modalità stabilite dal Comitato di cui all'art. 11 del presente accordo, la data, l'orario e la sede delle elezioni, nonché le modalità di voto.

6. Hanno diritto al voto tutti i medici incaricati a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta alla data di effettuazione delle elezioni. Il diritto al voto può essere rivendicato, ove il medico non sia inserito nell'elenco fornito al seggio elettorale, al momento del voto esibendo idonea certificazione di titolarità di incarico.

7. Il seggio elettorale è composto da un funzionario della Azienda, nominato dal Direttore Generale, che lo presiede e da due scrutatori indicati dal Comitato di cui all'art. 11 del presente accordo.

8. L'elettore dovrà presentarsi al seggio munito di valido documento di riconoscimento o essere conosciuto dal presidente. Ogni elettore vota esprimendo un numero di preferenze che può anche essere pari al numero dei membri eleggibili.

9. I presidenti di seggio cureranno lo svolgimento delle operazioni di voto, lo scrutinio delle schede (che avverrà immediatamente dopo le operazioni di voto) e la trasmissione delle schede scrutinate alla Azienda che ha il dovere di conservarle per almeno 30 giorni dagli scrutini. Trascorso tale termine, le schede devono essere distrutte.

10. Le Aziende trasmettono al Comitato regionale di cui all'art. 12 del presente accordo i dati elettorali.

11. Per ciascun organismo, saranno eletti i medici che avranno riportato complessivamente il maggior numero di preferenze

12. Il Direttore Generale della Azienda proclama gli eletti agli Uffici di Coordinamento delle attività distrettuali.

13. I compensi per i componenti il seggio elettorale sono definiti con provvedimento della Regione e sono a carico delle Aziende di riferimento.



14. La tornata elettorale si svolge in tutti i distretti nella stessa data e, di norma, in una giornata di sabato, secondo orari determinati dal Comitato di cui all'art. 11 del presente accordo.

15. I componenti eletti ai sensi del presente regolamento decadono per:

- assenze complessive superiori al 50% delle riunioni effettuate nel corso dell'anno;
- dimissioni dall'incarico;
- cessazione dell'incarico convenzionale nella pediatria di libera scelta.

16. Il componente decaduto per effetto del disposto di cui al comma precedente è sostituito dal primo dei non eletti.

γ



Allegato D:

Fondo a Riparto per la Qualità dell'Assistenza anno 2008

DEFINIZIONE FONDO ANNUALE – DAL 2008			
	quota	pop assistita	
art.58 lett.B punto 1	2,09	150.446	314.432,14
art.58 lett.B punto 3	2,07	150.446	311.423,22
art. 58 lett. B punto 2 risorse aggiuntive regionali (tab 1 bis AIR '02)			180.503,57
fondo riequilibrio assistenza (quota annuale tab 5 AIR '02)			71.448,96
indennità informatica (quota annuale regionale – tab 3 AIR'02)			87.454,06
TOTALE			965.261,95
Quota aggiuntiva regionale			150.000,00
TOTALE FONDO INTEGRATO			1.115.261,95



Allegato E: FONDO A RIPARTO PER LA QUALITA' DELL'ASSISTENZA

DEFINIZIONE FONDO ANNUALE – 2009			
	quota	pop assistita	
art.58 lett.B punto 1	2,09	150.446	314.432,14
art.58 lett.B punto 3	2,07	150.446	311.423,22
art. 58 lett. B punto 2 risorse aggiuntive regionali (tab 1 bis AIR '02)			180.503,57
fondo riequilibrio assistenza (quota annuale tab 5 AIR '02)			71.448,96
indennità informatica (quota annuale regionale – tab 3 AIR'02)			87.454,06
SUB TOTALE 1			965.261,95
Quota aggiuntiva regionale ex DGR 741/2008 (coda contrattuale già applicata dalle ZT)			150.000,00
SUB TOTALE 2			1.115.261,95
Quota aggiuntiva regionale 2009			200.000,00
TOTALE FONDO INTEGRATO			1.315.261,95



Allegato F (DGR 741/2008)

CODA CONTRATTUALE – (DGR 741/2008) FONDO A RIPARTO QUALITA' ASSISTENZA

Gestione del fondo per la qualità dell'assistenza anni 2005 – 2006 – 2007

Tenuto conto che il nuovo Accordo Nazionale è in avanzata fase di elaborazione, le parti ritengono di sottoscrivere un Accordo Regionale per la gestione del Fondo a Riparto per la Qualità dell'Assistenza e per la destinazione economica delle disponibilità non utilizzate previste dall'Accordo Integrativo Regionale DGR 2122/02.

Nello specifico si determinano le quote per l'associazione, il gruppo, il collaboratore di studio e l'infermiere professionale previste dall'ACN 2005.

Ciò premesso, per gli anni 2005, 2006 e 2007,

- visto l'ACN di cui all'intesa Stato Regioni del 15/12/2005 rep. n. 2396, che nell'art. 45 e nell'art. 58 lett. B regola il Fondo a Riparto per la Qualità dell'Assistenza;
- visto il precedente Accordo Integrativo Regionale DGR 2122/2002 che prevede specifiche risorse per il riequilibrio dell'assistenza, da destinare anche allo sviluppo dell'associazionismo pediatrico;

le parti concordano che per la Regione Marche il Fondo a Riparto per la Qualità dell'Assistenza risulti costituito come riportato nell'allegato A al presente documento.

- Considerato che la corresponsione delle quote previste dall'ACN sopra citato per l'associazione, il gruppo, il collaboratore di studio e l'infermiere professionale, ai sensi dell' art. 58 lett. B, commi 4 -5 -6, dell'accordo stesso è subordinata alla verifica della capienza del fondo;
- Considerato inoltre che, nelle more della suddetta verifica ed in via transitoria, la Regione Marche ha disposto di continuare a corrispondere le vecchie quote ai pediatri che avevano già aderito agli istituti incentivati alla data dell'entrata in vigore delle nuove quote previste dall'ACN, generando un residuo del fondo medesimo;
- Visti e considerati i dati forniti dall'ASUR inerenti la gestione del precedente accordo integrativo regionale DGR 2122/2002 che hanno evidenziato a consuntivo una disponibilità residua, al netto delle quote ex art. 29, zone disagiate e fondo riequilibrio dell'assistenza per gli anni di vigenza del nuovo accordo nazionale, pari a €. 248.986,48;

le parti concordano di corrispondere per gli anni 2005, 2006 e 2007 le nuove quote stabilite dall'ACN ai pediatri che avevano già aderito agli istituti soggetti ad incentivazione alla data di entrata in vigore delle nuove quote (1/1/05).

Il maggiore onere per gli anni 2005, 2006 e 2007 verrà coperto con il residuo del fondo a Riparto per la Qualità dell'Assistenza non utilizzato, con le somme ancora disponibili relative all'accordo regionale DGR 2122/2002 come sopra indicate e con una quota regionale aggiuntiva per il citato triennio pari a €. 103.647,85.

A decorrere dal 2008,

le parti concordano che il Fondo per la Qualità dell'Assistenza, incrementato delle risorse già destinate dal precedente accordo integrativo regionale al riequilibrio dell'assistenza, venga ulteriormente incrementato di una quota aggiuntiva regionale pari a €. 150.000,00 al fine di garantire la continuità nell'erogazione delle nuove quote ai medici che avevano aderito agli istituti dalla data di decorrenza delle nuove quote (1/1/2005) (allegato B).

allegato A

Fondo a Riparto per la Qualità dell'Assistenza anni 2005 2006 2007

DEFINIZIONE FONDO ANNUALE – ANNI 2005 2006 2007 -

	quota	pop assistita	
art.58 lett.B punto 1	2,09	150.446	314.432,14
art.58 lett.B punto 3	2,07	150.446	311.423,22
art. 58 lett. B punto 2 risorse aggiuntive regionali (tab 1 bis AIR '02)			180.503,57
TOTALE			806.358,93
fondo riequilibrio assistenza (quota annuale tab 5 AIR '02)			71.448,96
TOTALE FONDO			877.807,89



allegato B

Fondo a Riparto per la Qualità dell'Assistenza dall'anno 2008

DEFINIZIONE FONDO ANNUALE – DAL 2008

	quota	pop assistita	
art.58 lett.B punto 1	2,09	150.446	314.432,14
art.58 lett.B punto 3	2,07	150.446	311.423,22
art. 58 lett. B punto 2 risorse aggiuntive regionali (tab 1 bis AIR '02)			180.503,57
fondo riequilibrio assistenza (quota annuale tab 5 AIR '02)			71.448,96
TOTALE			877.807,89
Quota aggiuntiva regionale			150.000,00
TOTALE FONDO INTEGRATO			1.027.807,89

y



ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE SANCITO CON INTESA DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME REP. N° 2396 DEL 15/12/2005

L'ASSESSORE REGIONALE ALLA SALUTE
Almerino Mezzolani

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SALUTE:
Carmine Ruta

IL SEGRETARIO REGIONALE F.I.M.P.
(Federazione Italiana Medici Pediatri)
Costantino Gobbi

IL SEGRETARIO REGIONALE C.I.Pe.
(Confederazione Italiana Pediatri)
Maria Valeria Specca

IL DELEGATO
DEL DIRETTORE GENERALE
DELL'ASUR
RICCARDO PAOLI

ANCONA, 08 LUG. 2009