



Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

In data, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta ai sensi dell'articolo 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Vincenzo Pomo

e le seguenti Organizzazioni Sindacali:

FIMP

SIMPEF

FEDERAZIONE CIPE-SISPE-SINSPE

Vista la Legge 23 dicembre 1978 n. 833;

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

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

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

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

Vista la Legge 8 novembre 2012 n. 189;

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014);

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002 n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep. 164/CSR);

Visto l'articolo 2 nonies della Legge 26 maggio 2004 n. 138;

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

Visto l'articolo 1, comma 178 della Legge 30 dicembre 2004 n. 311;

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

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015 n. 178 recante regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE).

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

INDICE

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI.....	5
CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE/ORGANIZZATIVO.....	5
Art. 1 – Quadro di riferimento.....	5
Art. 2 – Campo di applicazione e durata dell’Accordo.....	6
Art. 3 – Livelli di contrattazione.....	7
Art. 4 – Istituzione delle AFT e delle UCCP.....	8
Art. 5 – Caratteristiche generali delle AFT.....	9
Art. 6 – Il referente di AFT.....	12
Art. 7 – Partecipazione alla UCCP.....	13
Art. 8 – Il coordinatore di UCCP.....	14
Art. 9 – Debito informativo.....	15
Art. 10 – Monitoraggio dell’applicazione dell’ACN.....	16
CAPO II – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI.....	17
Art. 11 – Rappresentanza sindacale.....	17
Art. 12 – Rappresentatività.....	18
Art. 13 – Tutela sindacale.....	19
Art. 14 – Partecipazione di rappresentanti sindacali a comitati e commissioni.....	20
CAPO III – COMITATI PARITETICI.....	21
Art. 15 – Comitato regionale.....	21
Art. 16 – Comitato aziendale.....	22
CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.....	23
Art. 17 – Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni.....	23
Art. 18 – Incompatibilità.....	25
Art. 19 – Sospensione dagli incarichi e dalle attività convenzionali.....	27
Art. 20 – Assenze per incarichi istituzionali.....	29
Art. 21 – Cessazione, revoca e decadenza dell’incarico convenzionale.....	30
Art. 22 – Procedimento disciplinare.....	31
Art. 23 – Formazione continua (ECM).....	34
Art. 24 – Attività didattica.....	36
Art. 25 – Libera professione.....	37
TITOLO II – ATTIVITÀ DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.....	38
Art. 26 – Rapporto ottimale.....	38
Art. 27 – Assegnazione di nuovi incarichi e instaurazione del rapporto convenzionale.....	39
Art. 28 – Procedure per l’assegnazione di incarichi.....	41
Art. 29 – Requisiti degli studi medici.....	43
Art. 30 - Sotituzioni.....	44

Art. 31 – Incarichi provvisori.....	45
Art. 32 – Massimale di scelte e sue limitazioni.	46
Art. 33 – Scelta del pediatra.	47
Art. 34 – Revoca e ricsuzione della scelta.	48
Art. 35 – Revoche d’ufficio.	49
Art. 36 – Effetti economici di scelta, revoca e ricsuzione.	50
Art. 38 – Attività prescrittiva.....	54
Art. 39 – Visite occasionali.....	56
Art. 40 – Trattamento economico del pediatra di libera scelta.	57
Art. 41 – Contributi previdenziali e per l’assicurazione di malattia.	60
NORME FINALI	61
NORME TRANSITORIE	62
DICHIARAZIONI A VERBALE.....	63
ALLEGATI	64
Allegato 1 – Titoli per la formazione della graduatoria regionale.....	64
Allegato 2 – Codice di comportamento dei pediatri di libera scelta.	66
Allegato 3 – Sanzioni disciplinari.	67
Allegato 4 – Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell’area della pediatria di libera scelta.....	70
Allegato 5 – Prestazioni aggiuntive	75
Allegato 6 – Assistenza domiciliare ai bambini con patologia cronica.....	77
Allegato 7 – Assistenza ambulatoriale a bambini con patologia cronica.	81
Allegato 8 – Progetto Salute Infanzia.....	83

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE/ORGANIZZATIVO

ART. 1 – QUADRO DI RIFERIMENTO.

1. Le Regioni e le Province autonome (in seguito Regioni), le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della pediatria di libera scelta (in seguito Organizzazioni Sindacali) con il presente Accordo definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale, come disposto dall'articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, operante nel quadro istituzionale definito dalla Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, di modifica del Titolo V della Costituzione la quale ha affidato piena potestà alle Regioni sul piano legislativo e regolamentare in materia di salute, fatte salve le competenze attribuite dalle norme allo Stato.
2. Il presente rinnovo contrattuale scaturisce dalla riforma introdotta nell'ordinamento vigente con la Legge 8 novembre 2012 n. 189. Di particolare rilievo ai presenti fini risultano le disposizioni contenute nell'articolo 1 con riferimento ai compiti assegnati alle Regioni (istituzione AFT e UCCP) e agli obblighi previsti per i pediatri di libera scelta (inserimento nelle nuove forme organizzative e adesione al sistema informativo regionale e nazionale), nonché alle modifiche introdotte al testo dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502. A tale provvedimento ha fatto seguito col D.P.R. 4 settembre 2013 n. 122, la possibilità, per la sola parte normativa e senza possibilità di recupero per la parte economica, di dar luogo alle procedure contrattuali e negoziali ricadenti negli anni 2013-2014.
3. Le Regioni rispettano le clausole del presente Accordo applicandone i principi negli Accordi decentrati al fine del miglioramento della qualità dell'assistenza, dell'uniforme applicazione nel territorio regionale e della tutela del rapporto individuale di lavoro con i pediatri convenzionati.
4. Nell'ottica di condividere il percorso sistematico delle innovazioni normative apportate dal Legislatore, il presente Accordo si adegua e raccorda con le disposizioni introdotte dal D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150, che modifica il D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 con nuove indicazioni rilevanti ai presenti fini e attengono sia alla maggior consistenza da attribuire alla parte variabile del compenso, sia ad un nuovo e più adeguato approccio al processo sanzionatorio, nonché con le più recenti leggi finanziarie (ex plurimis Legge 15 luglio 2011 n. 111, Legge 7 agosto 2012 n. 135).
5. Nel contesto legislativo e regolamentare in cui opera, il presente Accordo Collettivo Nazionale si attiene anche agli indirizzi del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'Intesa sancita in sede di Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014), con riferimento in particolare all'articolo 5 dove tra l'altro si precisa che la natura del collegamento tra AFT e UCCP dev'essere di tipo funzionale e che la UCCP è parte fondamentale ed essenziale del Distretto.
6. La SISAC, in ottemperanza al combinato disposto dell'articolo 46, comma 1 del D.Lgs 30 marzo 2001 n. 165 e dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002 n. 289, fornisce assistenza alle amministrazioni in materia di uniforme applicazione delle clausole contrattuali.

ART. 2 – CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO.

1. Il presente Accordo Collettivo Nazionale regola, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni e sulla base delle determinazioni regionali in materia e sotto il profilo economico, giuridico ed organizzativo, l'esercizio delle attività professionali tra i pediatri di libera scelta e le Aziende Sanitarie, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del SSN, dei compiti e delle attività per la tutela della salute dei minori da 0 a 14 anni.
2. In questo contesto e in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge, il pediatra di libera scelta esercita un'attività libero-professionale operante in regime di parasubordinazione nell'ambito dell'organizzazione del SSN per il perseguimento delle finalità dello stesso SSN.
3. Il presente Accordo entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo.

ART. 3 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.

1. L'Accordo Collettivo Nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del SSN, nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.
2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale vigente, rispettando i principi di complementarità e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.
3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale quali ad esempio:
 - a) la definizione dei compiti e delle funzioni e dei relativi livelli di responsabilità del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
 - b) la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale sanitario convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
 - c) la definizione e le modalità di distribuzione dell'onorario professionale (parte economica fissa);
 - d) la definizione della parte variabile del compenso;
 - e) la rappresentatività sindacale, nazionale, regionale ed aziendale;
 - f) la definizione di requisiti e criteri per l'accesso ed il mantenimento della convenzione.
4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, nonché la modalità di distribuzione della parte variabile del compenso e le materie esplicitamente rinviate dal presente Accordo.

Le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo si impegnano a definire gli Accordi Integrativi Regionali entro il termine di cui al successivo articolo 4, comma 3, senza oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica.
5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale (AAA), specifica i progetti e le attività dei pediatri convenzionati necessari all'attuazione degli obiettivi individuati dalla programmazione regionale.
6. Ai sensi dell'articolo 40, comma 3-quinquies del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, come richiamato dall'articolo 52, comma 27 della L. 27 dicembre 2002 n. 289, eventuali clausole degli Accordi regionali ed aziendali difformi rispetto al presente Accordo sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del Codice Civile.

ART. 4 – ISTITUZIONE DELLE AFT E DELLE UCCP.

1. I pediatri di libera scelta operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative e aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.
2. Le Regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, definiscono gli atti di programmazione volti a istituire le nuove forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie) osservando i seguenti criteri generali:
 - a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
 - b) istituzione delle UCCP come parti fondamentali ed essenziali del Distretto prioritariamente in zone territoriali ad elevata densità di popolazione, salvaguardando comunque il principio dell'equità di accesso alle cure;
 - c) sostituzione di tutte le forme associative e aggregazioni funzionali e/o strutturali esistenti con le nuove forme organizzative (AFT e UCCP);
 - d) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP anche tramite idonei sistemi informatici.
3. La attuazione di quanto previsto dal precedente comma deve avvenire a seguito dei nuovi Accordi Integrativi Regionali, volti a sostituire quelli in atto, da perfezionarsi entro dodici mesi decorrenti dalla definizione degli atti di programmazione di cui al comma 2, termine oltre il quale la Regione, in mancanza di sottoscrizione di un accordo finalizzato ad attuare quanto previsto al comma 2, provvede unilateralmente a sospendere la parte economica integrativa degli Accordi regionali e a disporre l'accantonamento fino alla sottoscrizione del nuovo Accordo Integrativo Regionale.

ART. 5 – CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AFT.

1. Le AFT, di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012 n. 189, sono forme organizzative mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli dell'ACN e definito dalla Regione. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.
2. La AFT garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, su un ambito territoriale, riferito alla popolazione 0-6 anni, definito dall'Azienda per ogni Distretto in ragione del numero di pediatri di libera scelta e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio.
3. I pediatri di libera scelta assicurano la diffusione capillare dei propri studi nell'ambito dei modelli organizzativi regionali.
4. La AFT è priva di personalità giuridica. I pediatri partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizio. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e sociosanitarie.
5. I compiti essenziali della AFT sono:
 - a) assicurare l'erogazione a tutti gli assistiti che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
 - b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza con l'apertura coordinata degli studi nella fascia oraria 8-20. I medici delle cure primarie ad attività oraria assicurano l'assistenza nelle ore notturne dal lunedì al venerdì dalle ore 20.00 alle ore 24.00 e nei giorni festivi ed il sabato dalle ore 8.00 alle ore 24.00. La continuità dell'assistenza garantisce una effettiva presa in carico dell'utente, anche in collegamento con la rete del Numero Unico Europeo 116117;
 - c) svolgere attività di sostegno alla genitorialità, prevenzione, diagnosi precoce e percorsi di gestione delle patologie croniche, anche coordinandosi con le AFT della medicina generale;
 - d) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso la popolazione assistita;
 - e) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico (FSE);
 - f) promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
 - g) contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della evidence based medicine, nell'ottica più ampia della clinical governance;
 - h) promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di peer review;
 - i) promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso

- possibile delle risorse quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia;
- j) garantire il raccordo con il sistema di emergenza urgenza.
6. La AFT realizza i compiti di cui al precedente comma, secondo il modello organizzativo regionale, attraverso:
- a) il concorso alla realizzazione degli obiettivi del Distretto di riferimento;
 - b) il processo di valutazione congiunta con il Distretto dei risultati ottenuti e la socializzazione dei medesimi anche attraverso audit clinici ed organizzativi;
 - c) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
 - d) il pieno raccordo con la UCCP di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multi-professionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.
7. I pediatri di libera scelta, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina d'iniziativa, ed in particolare operano per:
- a) realizzare l'integrazione con il team multi-professionale, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
 - b) garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, da quelli con patologia cronica e bisogni assistenziali complessi. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di assistiti attiva l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei pediatri di libera scelta;
 - c) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare in raccordo con i Distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza;
 - d) garantire il raccordo con il sistema di emergenza urgenza e i servizi socio-sanitari.
8. I pediatri di libera scelta sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le cartelle cliniche degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati:
- a) l'accesso, ad ogni pediatra della AFT, alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri pediatri operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure;
 - b) la valutazione, ad ogni pediatra, del proprio operato ed il confronto con gli altri pediatri delle performance individuali in un'ottica di peer review;
 - c) al referente di AFT l'estrazione di dati di attività, in forma aggregata ed anonima, per la valutazione complessiva e la programmazione di percorsi assistenziali da garantire agli assistiti di riferimento della AFT.
9. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione

dei pediatri delle AFT con il personale operante nelle UCCP. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi Integrativi Regionali, costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei pediatri componenti la stessa AFT.

10. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale, sulla base della programmazione regionale.

BOLLA

ART. 6 – IL REFERENTE DI AFT.

1. I pediatri di libera scelta componenti la AFT individuano al loro interno un referente ed il suo sostituto. I pediatri proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per una durata non inferiore a tre anni e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere; devono, inoltre, poter documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale.
2. Il referente assicura il coordinamento organizzativo e promuove l'integrazione professionale dei componenti della AFT, nonché l'integrazione tra questi, i medici ed altro personale dell'Azienda, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali. Tra i referenti di AFT del medesimo ambito è individuato il rappresentante dei pediatri di libera scelta componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.
3. Il referente è inoltre responsabile, per la parte che riguarda la AFT, dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la UCCP.
4. Il referente è altresì responsabile del coordinamento dell'attività dei pediatri componenti della AFT allo scopo di garantire, in integrazione con i medici di cure primarie ad attività oraria, la continuità della assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana.
5. Il referente promuove e facilita l'adozione, da parte di tutti i pediatri della AFT, di comportamenti orientati all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse.
6. Il referente garantisce la coerenza tra i programmi della AFT e gli obiettivi del Distretto di riferimento ed annualmente predispone la relazione dell'attività della AFT sulla base di indicatori di processo e di risultato concordati con l'Azienda per il raggiungimento degli obiettivi di salute assegnati.
7. Il referente esercita le funzioni di cui all'articolo 22 del presente Accordo informando tempestivamente il Direttore del Distretto e collabora con l'Azienda, in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per risolvere segnalazioni di disservizio relative ai pediatri della AFT.
8. Al referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "referente", il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di cui all'articolo 40, comma 1, lettera B, punto II.
9. Il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, ratifica la designazione e valuta annualmente il referente di AFT in relazione al conseguimento dei risultati di cui all'articolo 5, comma 9 del presente Accordo. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati, il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, può procedere, anche prima della scadenza, al subentro del sostituto nella funzione fino alla nuova designazione ai sensi del precedente comma 1.
10. L'attuazione di quanto previsto dal presente articolo è demandata al regolamento di funzionamento di cui all'articolo 5, comma 10 del presente Accordo.

ART. 7 – PARTECIPAZIONE ALLA UCCP.

1. La UCCP rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multi-professionale, ai bisogni di salute complessi.
2. La UCCP garantisce il carattere multi-professionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.
3. Tutti i pediatri di libera scelta partecipano obbligatoriamente alle attività della UCCP di riferimento nel rispetto della programmazione regionale in tema di assistenza pediatrica.
4. La UCCP realizza i propri compiti attraverso:
 - a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
 - b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;
 - c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.
5. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della UCCP sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dai pediatri di libera scelta, operanti all'interno della UCCP, costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi pediatri. Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda Sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell'intera UCCP.

ART. 8 – IL COORDINATORE DI UCCP.

1. Qualora l'Azienda decida di individuare il coordinatore dell'UCCP tra i pediatri di libera scelta operanti nell'ambito della stessa, la procedura di designazione del coordinatore dovrà tener conto dei seguenti criteri:
 - a) il coordinatore deve essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per almeno tre anni;
 - b) l'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza;
 - c) il candidato deve aver maturato una significativa esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione dei processi di cura e documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale.
2. Al coordinatore di UCCP possono essere affidate, in particolare, le funzioni di:
 - a) collaborazione con il Distretto all'organizzazione dei percorsi assistenziali;
 - b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
 - c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
 - d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.
3. Al coordinatore di UCCP di cui al comma 1 è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "coordinatore" il cui onere è finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 40, comma 1, lettera B, punto II.
4. Il Direttore Generale dell'Azienda, o suo delegato, nomina e valuta annualmente i risultati del coordinatore di UCCP e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

ART. 9 – DEBITO INFORMATIVO.

1. I pediatri di libera scelta aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo nazionale, avvalendosi dei sistemi informativi regionali.
2. Il pediatra assolve al debito informativo ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:
 - a) flusso informativo definito dalla Regione;
 - b) sistema informativo nazionale (NSIS);
 - c) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
 - d) fascicolo sanitario elettronico (FSE).
3. Il pediatra assolve, altresì, agli obblighi informativi derivanti da provvedimenti nazionali, regionali e aziendali.
4. L'inadempienza agli obblighi di cui al comma 2, lettera c), documentata attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria, determina una riduzione del trattamento economico complessivo del pediatra di libera scelta in misura pari al 1,15% su base annua. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda Sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del pediatra.
5. Le comunicazioni tra Azienda Sanitaria e pediatri di libera scelta avvengono attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.

ART. 10 – MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE DELL'ACN.

1. Al fine della valutazione del processo di applicazione del presente ACN e di quanto previsto dagli AAIIRR conseguenti al medesimo, nonché al fine di documentare il grado di convergenza/divergenza verso l'obiettivo della uniforme erogazione dei livelli essenziali di assistenza, le Regioni e le Aziende sanitarie trasmettono alla SISAC il testo degli accordi decentrati (AIR – Accordo Integrativo Regionale e AAA – Accordo Attuativo Aziendale). La SISAC definisce e raccoglie periodicamente per via informatica ulteriori informazioni utili al monitoraggio.
2. Tali informazioni potranno riguardare i seguenti aspetti:
 - a) assetto organizzativo dei servizi territoriali;
 - b) principali attività degli stessi servizi;
 - c) dimensione economico-finanziaria della loro gestione;
3. La SISAC si impegna a rendere noti periodicamente i risultati di questa attività di monitoraggio.

CAPO II – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI

ART. 11 – RAPPRESENTANZA SINDACALE.

1. Entro un anno dall'entrata in vigore del presente Accordo, ciascuna organizzazione sindacale deve essere effettiva titolare delle deleghe espresse dai pediatri di libera scelta e diretta destinataria delle relative quote associative. Ai fini dell'accertamento della rappresentatività le organizzazioni sindacali che abbiano dato vita, mediante fusione, affiliazione, o in altra forma, ad una nuova aggregazione associativa possono imputare al nuovo soggetto sindacale, per successione a titolo universale, le deleghe delle quali risultino titolari, purché il nuovo soggetto succeda effettivamente nella titolarità delle deleghe che ad esso vengono imputate o che le deleghe siano, comunque, confermate espressamente dagli iscritti a favore del nuovo soggetto.
2. Entro lo stesso termine di cui al comma 1 il rappresentante legale provvede al deposito presso la SISAC dell'atto costitutivo e dello statuto della propria organizzazione sindacale, da cui risulti la titolarità in proprio delle deleghe di cui al comma 1. Ogni successiva variazione deve essere comunicata alla SISAC entro tre mesi.
3. Alla prima rilevazione utile, decorso il termine di cui al comma 1, ciascuna organizzazione sindacale sarà misurata sulla base delle deleghe di cui è direttamente titolare ed intestataria.
4. I dirigenti sindacali rappresentano esclusivamente un'unica organizzazione sindacale.

ART. 12 – RAPPRESENTATIVITÀ.

1. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite per la ritenuta del contributo sindacale alle singole Aziende dai pediatri convenzionati titolari di incarico a tempo indeterminato, determinato e provvisorio. La decorrenza della delega coincide con le ritenute effettive accertate alla data del 1° gennaio di ogni anno. Le Aziende provvedono alla trattenuta delle quote sindacali, in ottemperanza all'articolo 8, comma 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni ed in ossequio alle previsioni dell'articolo 43 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, esclusivamente sulla base della delega rilasciata dall'iscritto.
2. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini della contrattazione sul piano nazionale, le organizzazioni sindacali che abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.
3. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Regione di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.
4. Le organizzazioni sindacali, firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Azienda di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Attuativi Aziendali.
5. I rappresentanti sindacali devono essere formalmente accreditati quali componenti delle delegazioni trattanti. L'Accordo Collettivo Nazionale e gli Accordi decentrati sono validamente sottoscritti se stipulati da organizzazioni sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno degli iscritti.
6. La rilevazione delle deleghe sindacali è effettuata annualmente dalla SISAC. Entro il mese di febbraio di ciascun anno le Aziende comunicano alla SISAC e all'Assessorato regionale alla Sanità la consistenza associativa risultante alla data del 1° gennaio di ogni anno.
7. In tutti i casi in cui occorra applicare il criterio della consistenza associativa si fa riferimento alle deleghe rilevate al 1° gennaio dell'anno precedente. Per le trattative disciplinate dall'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative, indipendentemente dalla durata delle stesse.
8. Sono prese in considerazione ai fini della misurazione del dato associativo esclusivamente le deleghe connesse a trattenuta di importo superiore alla metà del valore medio di settore. La SISAC rende noto annualmente il relativo valore mensile di riferimento.

ART. 13 – TUTELA SINDACALE.

1. Per lo svolgimento durante l'attività di servizio dell'attività sindacale, debitamente comunicata da parte dei rappresentanti nazionali, regionali ed aziendali, a ciascun sindacato maggiormente rappresentativo e firmatario del presente Accordo viene riconosciuta la disponibilità di 6 (sei) ore annue per ogni iscritto rilevato al 1° gennaio dell'anno precedente.
2. La segreteria nazionale del sindacato comunica alla SISAC, entro e non oltre il 31 ottobre di ciascun anno, i nominativi dei propri rappresentanti, l'Azienda di appartenenza e le ore assegnate nei limiti di cui al comma precedente.
3. Entro il 31 dicembre, la SISAC trasmette alle Regioni le comunicazioni di competenza. Ogni eventuale variazione in corso d'anno deve essere tempestivamente comunicata alla SISAC da parte del sindacato interessato.
4. Non può darsi seguito ad alcuna assegnazione di ore in assenza di riscontro ufficiale della SISAC alla Regione di appartenenza del rappresentante sindacale.
5. Per tale attività l'Azienda riconosce al pediatra di libera scelta, oltre all'ordinario trattamento economico, il diritto alla sostituzione nei limiti delle ore di disponibilità assegnate da ciascun sindacato maggiormente rappresentativo. Le ore di sostituzione non possono eccedere le ore di attività del pediatra e sono computate in misura pari a 23 (ventitre) assistiti/ora.
6. I rappresentanti sindacali comunicano mensilmente alla propria Azienda il nominativo del sostituto e il numero delle ore di sostituzione effettuate giorno per giorno nel mese precedente. Entro il mese successivo l'Azienda provvede al pagamento di quanto dovuto, sulla base del compenso orario di cui all'articolo 42, comma 3, lettera A) dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, aumentato del 50% se il sostituto è specialista in pediatria o disciplina equipollente. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale. La sostituzione è effettuata ai sensi dell'articolo 30 del presente ACN e non si configura come rapporto di lavoro continuativo.
7. Con le risorse messe a disposizione dall'ACN 8 luglio 2010, come richiamato all'articolo 40, comma 1, lettera B, punto II, vengono garantite le ore di sostituzione di cui al comma 5. Le risorse economiche non utilizzate confluiscono nella disponibilità per l'anno successivo. Le ore non utilizzate nell'anno in corso non integrano il monte ore dell'anno successivo.

ART. 14 – PARTECIPAZIONE DI RAPPRESENTANTI SINDACALI A COMITATI E COMMISSIONI.

1. Ai pediatri di libera scelta che partecipano alle riunioni dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo o ad organismi previsti da norme nazionali o regionali è rimborsata dall'Azienda che amministra la posizione del titolare la spesa per le sostituzioni nella misura prevista dagli Accordi Integrativi Regionali. Ai pediatri sono altresì rimborsate le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.
2. Le attività di cui al comma precedente devono essere debitamente comprovate da attestazioni ufficiali.
3. Le assenze dal servizio per le attività di cui al comma 1 sono comunicate con congruo preavviso dall'interessato all'Azienda presso cui opera.

BOLZA

CAPO III – COMITATI PARITETICI

ART. 15 – COMITATO REGIONALE.

1. In ciascuna Regione è istituito un Comitato composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, titolari di un numero di deleghe non inferiore al 10% a livello regionale, purché dotate di un terminale associativo domiciliato in Regione riferito al presente ambito contrattuale.
2. L'Assessore regionale alla Sanità o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato.
3. La composizione, l'attività e le funzioni del Comitato sono definite a livello regionale. Non competono al Comitato la trattativa e la definizione degli Accordi Integrativi Regionali.
4. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
 - a) formulare pareri e proposte sulla programmazione sanitaria regionale;
 - b) fornire indirizzi alle Aziende ed ai Comitati Aziendali per l'uniforme applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale;
 - c) effettuare il monitoraggio degli Accordi Attuativi Aziendali.
 - d) formulare indirizzi sui temi della formazione di interesse regionale;
 - e) avanzare proposte su obiettivi e progetti di prioritario interesse per la pediatria di libera scelta.
5. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato regionale.

ART. 16 – COMITATO AZIENDALE.

1. In ciascuna Azienda è costituito un Comitato composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un terminale associativo domiciliato localmente riferito al presente ambito contrattuale.
2. Il Direttore Generale dell'Azienda o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato.
3. La composizione, l'attività e le modalità generali di funzionamento del Comitato sono definite a livello regionale. Non competono al Comitato la trattativa e la definizione degli Accordi Attuativi Aziendali.
4. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
 - a) formulare pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale;
 - b) monitorare l'applicazione dell'Accordo Attuativo Aziendale;
 - c) monitorare il funzionamento delle AFT e delle UCCP.
5. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per lo svolgimento dell'attività del Comitato.

CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

ART. 17 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI.

1. I pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività previste dal presente Accordo sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità.
2. I pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 18, comma 1, lettere g) e k) e devono possedere alla scadenza del termine per la presentazione della domanda i seguenti requisiti:
 - a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
 - b) iscrizione all'Albo professionale;
 - c) diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.
3. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono far domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.
4. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria i pediatri devono presentare o inviare con raccomandata A/R o secondo modalità definite a livello regionale, entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, una domanda in bollo integrata ai sensi della normativa vigente con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.
5. La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni al precedente punteggio.
6. L'amministrazione regionale, o l'Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui all'Allegato 1, predispone una graduatoria valevole per l'anno solare successivo, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito.
7. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul Bollettino Ufficiale e sul sito istituzionale della Regione. Entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione i pediatri interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria definitiva è approvata dall'Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 31 dicembre di ciascun anno. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale.

La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre.

8. Le Aziende possono predisporre specifiche graduatorie di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:
- a) pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
 - b) pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;
9. I pediatri di cui al precedente comma, lettera b) sono graduati nell'ordine della minore età, voto di specializzazione e anzianità di specializzazione.

BOLLA

ART. 18 – INCOMPATIBILITÀ.

1. Ai sensi del punto 6 dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833 e dell'articolo 4, comma 7, della Legge 30 dicembre 1991 n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente accordo il pediatra che:
 - a) sia titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale;
 - b) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
 - c) eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
 - d) svolga attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN;
 - e) svolga attività di medico di medicina generale o di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 1;
 - f) svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di iscrizione;
 - g) fruisca del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
 - h) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN; è consentito esclusivamente lo svolgimento di attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale;
 - i) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 15-octies del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
 - j) sia iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
 - k) fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente.
2. Il pediatra che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e successive modificazioni e integrazioni, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 32 in tema di limitazione di massimale, non può acquisire nuove scelte di figli in età pediatrica dei dipendenti delle aziende per le quali opera.
3. La eventuale situazione di incompatibilità a carico del pediatra incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 17, deve essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

4. Il pediatra deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con particolare riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità.
5. La sopravvenuta ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dal presente Accordo comporta la decadenza dell'incarico convenzionale, come previsto dall'articolo 21, comma 3.

BOZZA

ART. 19 – SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI E DALLE ATTIVITÀ CONVENZIONALI.

1. Il pediatra di libera scelta è sospeso dagli incarichi nei seguenti casi:
 - a) esecuzione dei provvedimenti disciplinari di cui all'articolo 22;
 - b) sospensione dall'Albo professionale;
 - c) servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della Legge 11 agosto 2014 n. 125;
 - d) provvedimenti restrittivi della libertà personale emessi dall'autorità giudiziaria.
2. Il pediatra è sospeso dalle attività nei seguenti casi:
 - a) in caso di malattia o infortunio non occorsi nello svolgimento delle attività professionali convenzionate, per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque; per la durata complessiva della inabilità temporanea totale, in caso di infortunio o malattia occorsi nello svolgimento della propria attività professionale; per inabilità temporanea o permanente che derivi da causa di servizio per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque. Tali condizioni devono essere attestate da specifica certificazione secondo le vigenti disposizioni di legge;
 - b) incarichi organizzativi o di dirigenza che prevedano assunzione di responsabilità ed autonomia gestionale ed organizzativa presso il SSN o altre pubbliche amministrazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso. Nel caso di incarico a tempo parziale, la sospensione è anch'essa a tempo parziale;
 - c) partecipazione, preventivamente autorizzata dall'Azienda, ad iniziative istituzionali a carattere umanitario e di solidarietà sociale;
 - d) partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'articolo 23 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, che abbiano durata superiore a 30 giorni consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all'anno, salvo diversi Accordi regionali, che abbiano come oggetto argomenti di interesse per la pediatria di libera scelta e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.
3. Il pediatra di libera scelta ha diritto di usufruire di sospensione parziale dall'attività convenzionale per periodi non superiori a 18 (diciotto) mesi nell'arco di 5 (cinque) anni nei seguenti casi:
 - a) allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
 - b) adozione o affido di minore nei primi 12 mesi dall'adozione o affido;
 - c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
 - d) assistenza a familiari, anche temporaneamente conviventi, con inabilità totale e titolari di indennità di accompagnamento.
4. Il pediatra comunica all'Azienda le modalità e la percentuale di sostituzione.
5. Il pediatra in stato di gravidanza sospende l'attività convenzionale per tutto il periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti con sostituzione a proprio carico.

6. Il pediatra può richiedere la sospensione dall'attività convenzionale per ristoro psico-fisico per un periodo non superiore a trenta giorni lavorativi nell'arco di un anno con sostituzione a proprio carico.
7. La sospensione dall'attività di pediatria di libera scelta di cui ai commi 2, 3, 5 e 6 non comporta soluzione di continuità del rapporto convenzionale ai fini della anzianità di servizio.
8. I periodi di sospensione dall'incarico convenzionale, di cui al comma 1, non sono considerati, a nessun titolo, come attività di servizio e non comportano la erogazione del trattamento economico e previdenziale a carico del S.S.N per l'intero periodo. In caso di provvedimenti restrittivi della libertà personale emessi dalla autorità giudiziaria (articolo 19, comma 1, lettera d), seguiti da sentenza definitiva di assoluzione o proscioglimento con formula piena, l'Azienda corrisponde al pediatra l'intero trattamento economico spettante, al netto di quanto già corrisposto al sostituto.
9. Nei casi previsti dal presente articolo il pediatra è sostituito secondo le modalità stabilite dall'articolo 30 del presente ACN.
10. Il provvedimento di sospensione dall'incarico convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda Sanitaria.
11. Ad eccezione di quanto previsto al comma 2, lettera a), la sospensione dall'attività convenzionale deve essere comunicata da parte del pediatra all'Azienda con un preavviso minimo di 15 giorni.
12. Le autorizzazioni di cui al comma 2, lettere c) e d), sono richieste dal pediatra 30 giorni prima dell'evento e la risposta della ASL viene fornita entro 15 giorni dalla ricezione della relativa richiesta; in assenza di risposta la richiesta si intende approvata. Il diniego deve essere adeguatamente motivato.

ART. 20 – ASSENZE PER INCARICHI ISTITUZIONALI.

1. I pediatri di libera scelta eletti al Parlamento o ai Consigli regionali, ovvero coloro che sono chiamati a svolgere le funzioni pubbliche nelle giunte regionali sospendono l'attività convenzionale; in tal caso i pediatri di libera scelta si avvalgono, con oneri a proprio carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di pediatri retribuiti con compenso orario onnicomprensivo, non inferiore a quanto previsto dall'articolo 42, comma 3, lettera A) dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, aumentato del 50%.
2. I pediatri di libera scelta nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché coloro che sono chiamati a svolgere le funzioni pubbliche nelle giunte degli altri Enti Locali sono autorizzati a sospendere l'attività convenzionale; in tal caso possono avvalersi, con oneri a proprio carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di pediatri retribuiti con compenso orario onnicomprensivo, non inferiore a quanto previsto dall'articolo 42, comma 3, lettera A) dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, aumentato del 50%.
3. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del titolare.
4. La sostituzione è effettuata ai sensi dell'articolo 30 del presente ACN e non si configura come rapporto di lavoro continuativo.

ART. 21 – CESSAZIONE, REVOCA E DECADENZA DELL'INCARICO CONVENZIONALE.

1. L'incarico cessa per i seguenti motivi:
 - a) recesso del pediatra da comunicare alla Azienda con almeno 30 giorni di preavviso in caso di trasferimento e di 60 giorni negli altri casi. Su specifica richiesta dell'interessato l'Azienda, valutate le esigenze di servizio, può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata a tutti gli effetti;
 - b) compimento del 70° anno di età.
2. L'incarico è revocato in caso di provvedimento disciplinare ai sensi dell'articolo 22 del presente Accordo.
3. L'incarico decade per le seguenti motivazioni:
 - a) radiazione o cancellazione dall'Albo professionale;
 - b) omessa o non veritiera dichiarazione, relativamente a fatti, stati e posizione giuridica, che abbia determinato l'indebito conferimento dell'incarico convenzionale;
 - c) sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'articolo 29;
 - d) incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione medico-legale aziendale, ai sensi della Legge 15 ottobre 1990 n. 295, su disposizione dell'Azienda;
 - e) insorgenza fraudolentemente non dichiarata di causa di incompatibilità di cui all'articolo 18 del presente Accordo.;
 - f) mancato raggiungimento di un numero minimo di assistiti pari a 240 dopo tre anni di iscrizione nel medesimo elenco;
4. Il provvedimento relativo alla risoluzione del rapporto convenzionale è adottato dal Direttore Generale della Azienda.

ART. 22 – PROCEDIMENTO DISCIPLINARE.

1. In considerazione della specificità professionale e delle particolari responsabilità che caratterizzano la figura del pediatra di libera scelta convenzionato, sono stabilite specifiche fattispecie di responsabilità disciplinari, nonché il relativo sistema sanzionatorio con la garanzia di adeguate tutele del pediatra medesimo, in analogia ai principi stabiliti dal D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 come modificato dal D.Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150.
2. I criteri per l'individuazione delle violazioni sono i seguenti: violazione di obblighi e compiti previsti dagli Accordi (Nazionale, Regionale ed Aziendale), mancata collaborazione con le strutture dirigenziali in relazione a quanto previsto e disciplinato negli Accordi, mancato rispetto delle norme previste dall'Allegato 2 – Codice di comportamento del pediatra di libera scelta.
3. Le violazioni degli obblighi di cui al comma precedente, secondo la gravità dell'infrazione, previo procedimento disciplinare, danno luogo all'applicazione delle seguenti tipologie di sanzioni:
 - a) rimprovero scritto;
 - b) sanzione pecuniaria, di importo non inferiore al 10% e non superiore al 20% della retribuzione corrisposta nel mese precedente, per la durata massima di cinque mesi;
 - c) sospensione dall'incarico e dal trattamento economico per una durata non inferiore a un mese e non superiore a sei;
 - d) revoca dell'incarico con preavviso;
 - e) revoca dell'incarico senza preavviso.
4. Le infrazioni e le relative sanzioni sono individuate nell'Allegato 3 – Sanzioni disciplinari. L'irrogazione della sanzione deve basarsi su elementi certi ed obiettivi, comunicata tempestivamente al pediatra al fine di garantire la certezza delle situazioni giuridiche. Non può essere applicata una sanzione diversa da quella prevista dal presente Accordo.
5. I soggetti competenti per i procedimenti disciplinari dei pediatri di libera scelta sono così individuati:
 - a) il referente di AFT per le infrazioni di minore gravità, a carattere occasionale, per le quali è prevista la sanzione del rimprovero scritto;
 - b) l'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) istituito presso ciascuna Azienda, secondo quanto previsto dall'articolo 55-bis, comma 4 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n.165 e s.m.i., per le violazioni punibili con le sanzioni di maggior gravità di cui al precedente comma 3, lettere b), c), d) ed e). In caso di procedimento disciplinare riguardante il pediatra di libera scelta un componente dell'UPD è sostituito da un componente in rapporto di convenzionamento col SSN.
6. Nell'ambito del procedimento disciplinare, per quanto riguarda le infrazioni di minore gravità di cui al precedente comma 5, lettera a), la rilevazione delle stesse da parte del Direttore del Distretto o del referente di AFT avviene direttamente o su segnalazione dell'URP o degli uffici aziendali. La contestazione dell'addebito deve essere specifica e tempestiva e riportare l'esposizione chiara e puntuale dei fatti, nel rispetto delle procedure di seguito indicate.

Nel corso dell'istruttoria, il referente di AFT o l'U.P.D. possono acquisire ulteriori informazioni o documenti rilevanti per la definizione del procedimento. La predetta attività istruttoria non determina la sospensione del procedimento, né il differimento dei relativi termini.

Le comunicazioni al pediatra e l'accesso agli atti del procedimento avvengono come di seguito indicato:

- a) ogni comunicazione al pediatra, nell'ambito del procedimento disciplinare, è effettuata tramite posta elettronica certificata, ovvero con lettera raccomandata A/R;
 - b) il pediatra ha diritto di accesso agli atti istruttori del procedimento.
7. Non può tenersi conto, ai fini di altro procedimento disciplinare, delle sanzioni disciplinari, decorsi due anni dalla loro applicazione.
8. In caso di più violazioni compiute con un'unica azione o omissione si applica la sanzione più grave.
9. I modi e i tempi per l'avvio del procedimento e per l'applicazione delle sanzioni sono i seguenti:
- a) procedimento per il referente di AFT:
 - I) il referente di AFT entro 20 (venti) giorni dal momento in cui viene a conoscenza di comportamenti punibili con la sanzione di minor gravità, contesta per iscritto l'addebito al pediatra e lo convoca, con un preavviso di almeno 10 (dieci) giorni, per il contraddittorio a sua difesa, con l'eventuale assistenza di un procuratore ovvero di un rappresentante dell'organizzazione sindacale cui l'interessato aderisce o conferisce mandato.

Nel caso in cui il referente di AFT ritenga che la sanzione da applicare sia più grave di quella del rimprovero scritto, entro 5 giorni dalla notizia del fatto trasmette gli atti all'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD) dandone contestuale comunicazione all'interessato;

 - II) entro il termine fissato, il pediatra convocato, se non intende presentarsi, può inviare una memoria scritta o, in caso di grave ed oggettivo impedimento, formulare motivata istanza di rinvio del termine per l'esercizio della propria difesa;
 - III) in caso di differimento superiore a 10 (dieci) giorni dalla scadenza del preavviso, per impedimento del pediatra, il termine per la conclusione del procedimento è prorogato in misura corrispondente. Il rinvio del termine può essere concesso una volta sola nel corso del procedimento;
 - IV) il Direttore del Distretto conclude il procedimento con l'atto di archiviazione o di irrogazione della sanzione, entro 60 (sessanta) giorni dalla contestazione dell'addebito;
 - V) la sanzione disciplinare deve essere adeguatamente motivata e notificata per iscritto all'interessato;
 - b) per quanto attiene alla composizione, competenze, forme e termini dei procedimenti assegnati all'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD), si rinvia al D.Lgs. 30 marzo 2001 n.165 e s.m.i ed ai regolamenti assunti da ciascuna Azienda. Anche nei procedimenti di competenza dell'UPD il pediatra può farsi assistere da un procuratore ovvero da un rappresentante dell'organizzazione sindacale cui il medico aderisce o conferisce mandato.

- c) In tali casi il soggetto competente ad assumere le determinazioni conclusive del procedimento disciplinare è il Direttore Generale o suo delegato.
10. La violazione dei termini stabiliti nel presente articolo comporta, nel caso in cui la responsabilità sia dell'Azienda, la decadenza dall'azione disciplinare e, nel caso in cui la responsabilità sia del pediatra, la decadenza dall'esercizio del diritto di difesa.
11. Per quanto non espressamente previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni di cui alla L. 27 marzo 2001 n. 97 ed al D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165.

BOLZA

ART. 23 – FORMAZIONE CONTINUA (ECM).

1. La formazione professionale continua è obbligatoria per il pediatra di libera scelta e riguarda la crescita culturale e professionale dello stesso, le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate per garantire i livelli essenziali di assistenza, le competenze ulteriori o integrative relative ai livelli assistenziali aggiuntivi previsti dagli atti programmatori regionali, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
2. Le Regioni promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione continua, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome, sia di specifico interesse regionale e aziendale. I programmi prevedono momenti di formazione comune con altri medici convenzionati operanti nel territorio, medici dipendenti, ospedalieri e non, ed altri operatori sanitari.
3. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per la qualificazione professionale del pediatra di libera scelta ai sensi del presente Accordo. Per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, il pediatra è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi, attraverso attività che abbiano come obiettivi quelli definiti al comma 2 del presente articolo.
4. I corsi regionali ed aziendali, le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e sperimentazione e formazione a distanza, danno luogo a crediti formativi, secondo le modalità previste dalla Regione, in base agli accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e agli indirizzi della Commissione Nazionale per la Formazione Continua.
5. I corsi regionali e aziendali possono valere fino al 70% del debito formativo annuale; orientativamente, i temi della formazione obbligatoria sono individuati in modo da rispondere ad obiettivi regionali, aziendali e di integrazione tra ospedale e territorio.
6. Ai fini di quanto disposto dal precedente comma 5, le Regioni e le Aziende garantiscono la realizzazione dei relativi corsi, nei limiti delle risorse disponibili e ad esse assegnate, sulla base degli accordi regionali e nel rispetto della programmazione regionale.
7. I corsi obbligatori si svolgono il sabato mattina per almeno 40 ore annue, secondo le modalità definite dagli accordi regionali; la partecipazione a tali corsi rientra nei compiti retribuiti e prevede l'eventuale sostituzione del pediatra a carico dell'Azienda.
8. Il pediatra che non frequenti i corsi obbligatori per due anni consecutivi è soggetto all'attivazione delle procedure disciplinari di cui all'articolo 22 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.
9. Il pediatra di libera scelta ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, anche attraverso la Formazione a Distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Regione o dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della pediatria, fino alla concorrenza del 30% dei crediti previsti per l'aggiornamento; in ogni caso la partecipazione a tali corsi non può comportare oneri a carico dell'Azienda.
10. Danno altresì luogo a crediti formativi le attività di formazione sul campo, incluse le attività di ricerca e sperimentazione, le attività di animatore di formazione, docente, tutor e tutor

valutatore, secondo le modalità previste dalla Regione in base alle indicazioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.

BOZZA

ART. 24 – ATTIVITÀ DIDATTICA.

1. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono:
 - a) il fabbisogno regionale di animatori di formazione, da individuarsi tra i pediatri di libera scelta, per la realizzazione della formazione continua di cui al precedente articolo, nonché l'attuazione di corsi di formazione per gli stessi animatori, articolati sulla base di un progetto formativo specifico. Gli stessi Accordi possono definire criteri di riconoscimento di attestati di idoneità conseguiti in altri corsi di formazione specifica;
 - b) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a);
 - c) il fabbisogno regionale di docenti di pediatria per i corsi di formazione continua di cui all'articolo precedente, nonché i criteri per la individuazione dei docenti da inserire in apposito elenco sulla base del loro curriculum formativo.
2. Le attività didattiche indicate al comma precedente non possono determinare ulteriori oneri a carico della finanza pubblica e non comportano riduzione del massimale individuale.

ART. 25 – LIBERA PROFESSIONE.

1. Il pediatra di libera scelta, al di fuori degli obblighi e delle funzioni previste dal presente Accordo, può svolgere attività libero professionale dando comunicazione all'Azienda sulla tipologia e le caratteristiche della stessa e purché lo svolgimento di tale attività non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali.
2. Il pediatra può svolgere attività libero professionale:
 - a) a carattere occasionale, su richiesta del cittadino, al di fuori degli orari di attività convenzionale. Lo svolgimento di tale attività non comporta riduzione del massimale di scelte;
 - b) strutturata, se espletata in forma organizzata e continuativa, con impegno settimanale definito, al di fuori degli orari di attività convenzionale. L'esercizio di tale attività, se eccede le 5 ore settimanali, determina la riduzione del massimale nella misura indicata all'articolo 32, comma 7 e comunque non inferiore al rapporto ottimale di cui all'articolo 26. Lo svolgimento di detta attività è subordinato all'espletamento dell'attività istituzionale all'interno della AFT.
3. Il pediatra di libera scelta può svolgere attività nei confronti dei propri assistiti erogando prestazioni non comprese nel rapporto convenzionale.
4. Il pediatra di libera scelta che non intenda esercitare attività aggiuntive non obbligatorie previste da Accordi regionali o aziendali non può esercitare le stesse attività in regime libero-professionale nei confronti dei propri assistiti.

TITOLO II – ATTIVITÀ DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

ART. 26 – RAPPORTO OTTIMALE.

1. All'entrata in vigore del presente Accordo il rapporto ottimale pediatri di libera scelta / assistibili di età compresa tra 0 e 6 anni è pari a 1:600. Gli Accordi Integrativi Regionali possono determinare un diverso valore del rapporto ottimale.
2. Nei Comuni comprendenti più Aziende, per la determinazione del rapporto ottimale, si fa riferimento alla popolazione complessiva 0-6 anni residente nel Comune.
3. L'ambito territoriale di iscrizione del pediatra, ai fini dell'esercizio della scelta da parte del cittadino e dell'apertura degli studi medici, è costituito, sulla base di determinazioni aziendali, da uno o più Comuni. In ogni ambito deve essere garantito di norma l'inserimento di almeno due pediatri. In caso di modifica di ambito territoriale, il pediatra conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, nel rispetto del diritto di scelta degli assistiti.
4. L'AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno di pediatri di libera scelta. In tutti i Comuni, Circoscrizioni e località con oltre 300 assistiti deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.
5. Il fabbisogno di pediatri di libera scelta viene regolato nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali sulla base della combinazione di criteri, quali:
 - a) confronto del nuovo rapporto ottimale con il rapporto reale vigente;
 - b) capacità di acquisire scelte da parte dei pediatri di libera scelta facenti parte della stessa AFT.
6. Qualora sia possibile soddisfare il fabbisogno avvalendosi di pediatri già operanti nella medesima AFT, si provvede alla redistribuzione del carico di lavoro sulla base di criteri da definire a livello regionale, tenuto conto del seguente ordine di priorità:
 - I. pediatri con capienza di scelte nel limite del massimale;
 - II. procedura di mobilità interna all'ambito territoriale di riferimento;
 - III. procedura di mobilità interna all'Azienda.
7. Espletate le procedure di cui al comma precedente, qualora permanga un fabbisogno assistenziale, si procede all'inserimento di nuovi pediatri.

ART. 27 – ASSEGNAZIONE DI NUOVI INCARICHI E INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.

1. L'Azienda, in attuazione di quanto previsto all'articolo 26, comma 7 e tenuto conto del comma 10 del presente articolo, procede all'assegnazione di nuovi incarichi con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune, nella località o nella sede indicata.
2. La disponibilità di nuovi incarichi è resa nota tramite pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. Possono concorrere al conferimento di nuovi incarichi i pediatri di libera scelta già titolari di incarico a tempo indeterminato ed i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso, secondo le procedure riportate all'articolo 28.
4. Espletate le procedure di cui all'articolo 28, il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato precisando che il pediatra dovrà operare nella AFT/UCCP di assegnazione. Il pediatra, entro il termine di 90 (novanta) giorni dal ricevimento della comunicazione di incarico, a pena di decadenza, deve:
 - a) aprire nell'ambito territoriale assegnatogli, tenuto conto delle prescrizioni di cui all'articolo 28, comma 3 uno studio professionale secondo i requisiti di cui all'articolo 29 e darne comunicazione alla Azienda;
 - b) trasferire la residenza o eleggere il domicilio nella zona assegnatagli, se risiede in altro Comune;
 - c) comunicare l'Ordine professionale provinciale di iscrizione.
5. L'Azienda, avuto riguardo a difficoltà connesse all'apertura dello studio, può consentire proroghe al termine di cui al comma 4 entro il limite massimo di ulteriori 60 (sessanta) giorni.
6. Il pediatra comunica l'avvenuta apertura dello studio entro il termine di cui al comma 4, fatto salvo quanto previsto al comma 5. Entro 15 (quindici) giorni dalla comunicazione l'Azienda procede alla verifica dell'idoneità dello studio in rapporto ai requisiti di cui all'articolo 29 e ne notifica i risultati al pediatra interessato assegnandogli, se necessario, un termine non superiore a 30 (trenta) giorni per eseguire gli adeguamenti prescritti. Trascorso tale termine inutilmente il pediatra decade dal diritto all'incarico.
7. L'incarico si intende definitivamente conferito, ai fini della decorrenza dell'iscrizione nell'elenco e della autorizzazione ad acquisire le scelte degli assistiti, con la comunicazione della Azienda attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine dei 15 giorni di cui al comma precedente, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà della Azienda di verificare in qualsiasi momento l'idoneità dello studio.
8. Al pediatra, al quale sia stato definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo, è fatto divieto di esercitare attività convenzionali ai sensi del presente Accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto. Per il valore di diffusione capillare e per il miglioramento della qualità dell'assistenza, può essere autorizzata l'apertura di più studi secondo le procedure previste dal precedente comma 6.
9. L'Azienda, per esigenze assistenziali in particolari località e per favorire l'inserimento di pediatri in zone disagiate, può consentire l'utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente

disponibile. L'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo, sono definite a livello aziendale.

10. Al fine di garantire l'assistenza pediatrica ai bambini con età inferiore a 6 anni, l'Azienda può procedere all'individuazione di un ambito territoriale carente anche in deroga alle procedure di cui all'articolo 26, .previo parere del Comitato aziendale.

BOZZA

ART. 28 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI.

1. Entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre di ogni anno, o diversamente secondo quanto previsto da specifici accordi regionali, ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti individuati dalle Aziende, rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre dell'anno in corso, sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 26.
2. In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del medico, l'Azienda, può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale.
3. L'indicazione di cui al comma precedente costituisce vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 (tre) dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, a richiesta del pediatra interessato, l'Azienda, nel pubblicare gli ambiti territoriali carenti, indica la zona stessa agli effetti della apertura dello studio medico a carico del neo inserito.
4. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più ambiti territoriali carenti.
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi:
 - a) per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato, iscritti da almeno tre anni in un elenco di pediatri di libera scelta della Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti;
 - b) per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato, iscritti da almeno cinque anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione;
 - c) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.
6. I pediatri di cui al comma 5, lettere a) e b) sono graduati in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico.
7. I pediatri di cui al comma 5, lettera c) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
 - a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 17;
 - b) punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
 - c) punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.
8. In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri di cui al comma 5, lettere a) e b) e c) sono graduati nell'ordine della minore età, voto di specializzazione e anzianità di specializzazione.

9. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella prioritariamente i pediatri di cui al comma 5, lettera a), successivamente i pediatri di cui al comma 5, lettera b) ed infine i pediatri di cui al comma 5, lettera c).
10. La Regione, o il soggetto individuato, provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei pediatri per una data non antecedente i 15 (quindici) giorni dalla data di invio della convocazione.
11. Il pediatra interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico o rinunciare all'assegnazione.
12. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli ambiti territoriali carenti per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati.
13. Il pediatra che accetta per trasferimento ai sensi del precedente comma 11 decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 21, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.
14. Il pediatra che accetta l'incarico ai sensi del comma 5, lettera c) non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi in base alla medesima graduatoria.
15. All'atto dell'assegnazione dell'incarico il pediatra deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità devono essere risolte secondo quanto previsto all'articolo dall'articolo 18, comma 3.
16. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione di ambito territoriale carente, ai sensi del comma 5, lettera b), ad un pediatra proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto dal comma 13.

ART. 29 – REQUISITI DEGLI STUDI MEDICI.

1. Lo studio del pediatra di libera scelta, studio professionale privato, è presidio del Servizio Sanitario Nazionale che concorre al perseguimento degli obiettivi di salute del medesimo Servizio.
2. Lo studio deve essere dotato degli spazi, degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio dell'attività convenzionale, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione conformi alla legislazione e ai regolamenti vigenti, di telefono con segreteria telefonica, di strumenti informatici idonei ad assolvere ai compiti di cui all'articolo 9.
3. Detti ambienti sono adibiti esclusivamente ad uso di studio del pediatra di libera scelta. Se lo studio è inserito in un appartamento di civile abitazione, i locali e l'ingresso devono essere specificatamente dedicati.
4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche oppure attività sanitarie soggette ad autorizzazione, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione tra le due strutture. Nello studio del pediatra può essere svolta esclusivamente attività istituzionale ai sensi del presente Accordo e la libera professione ai sensi dell'articolo 25.
5. L'orario giornaliero di apertura dello studio è concordato dal pediatra con il referente di AFT al fine di garantire la continuità dell'assistenza dal lunedì al venerdì, nella fascia 8,00-20,00, con alternanza di apertura al mattino e al pomeriggio, con orario settimanale non inferiore a:
 - 5 ore fino a 250 assistiti;
 - 10 ore da 251 a 500 assistiti;
 - 15 ore da 501 a 880 assistiti.Fermo restando il debito orario minimo, il pediatra è tenuto a garantire le ore definite dal referente di AFT per il completamento dell'orario di apertura degli studi necessario a garantire la continuità dell'assistenza.
6. L'articolazione oraria degli studi dei pediatri dell'AFT deve garantire ai cittadini un riferimento preciso cui rivolgersi quando lo studio del proprio pediatra è chiuso.
7. Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, sono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.
8. Le modalità di contattabilità del pediatra di libera scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate dagli Accordi Integrativi Regionali.
9. Nel caso di esercizio dell'attività convenzionale in più studi, l'orario complessivo di cui al comma 5 può essere frazionato tra tutti gli studi con prevalente apertura in quello principale, in accordo con la programmazione dell'apertura degli studi all'interno della AFT.
10. I pediatri devono comunicare all'Azienda e agli assistiti le modalità di organizzazione, l'articolazione oraria di apertura degli studi ed i recapiti telefonici di riferimento al fine di garantire una costante informazione.

ART. 30 - SOTITUZIONI.

1. Il pediatra di libera scelta ha l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio dell'assenza, di comunicare all'Azienda la durata e le motivazioni, nonché il nominativo del sostituto. Il pediatra deve inoltre informare i propri assistiti sulla durata e le modalità della sostituzione, dandone comunicazione anche al referente di AFT o al coordinatore di UCCP.
2. La sostituzione di pediatri che non abbiano potuto provvedere ai sensi del comma 1, è effettuata da pediatri operanti nella medesima AFT, secondo modalità e procedure concordate tra i gli stessi e il referente di AFT.
3. Qualora non vi siano le condizioni per effettuare la sostituzione secondo quanto previsto ai precedenti commi, l'Azienda provvede sulla base della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 17, comma 8, con priorità per i residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituto.
4. Il sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'accettazione della sostituzione, le responsabilità professionali e gli obblighi del titolare. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del titolare.
5. Alla sostituzione del pediatra sospeso dall'incarico ai sensi dell'articolo 4, comma 1 provvede la Azienda utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 17, comma 8.
6. Il compenso spettante al pediatra che effettua la sostituzione è pari al 55% del compenso di cui all'articolo 40, comma 1, lettera A, punti I e II ed è corrisposto:
 - a) intero per i mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre;
 - b) maggiorato del 20% per i mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo;
 - c) ridotto del 20% per i mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.Al titolare viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.
7. Al sostituto spettano inoltre i compensi per le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 5 eseguite nel corso della sostituzione.
8. Per sostituzioni pari o inferiori a 30 (trenta) giorni e comunque per i primi 30 (trenta) giorni di sostituzione continuativa l'Azienda corrisponde i compensi al medico titolare, il quale provvede ad erogare al sostituto i compensi dovuti nel rispetto della normativa fiscale. Dal trentunesimo giorno l'Azienda corrisponde i compensi direttamente al sostituto. Se il sostituto è incaricato dall'Azienda i compensi sono corrisposti allo stesso fin dal primo giorno di sostituzione. In caso di decesso del pediatra, il sostituto già designato prima del decesso può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti in carico al pediatra deceduto fino all'eventuale copertura della zona carente o comunque per un periodo non superiore a sessanta giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.
9. Qualora il medico sostituto non sia in possesso del titolo di specializzazione in pediatria, o equipollenti, i rapporti economici sono regolati secondo le norme previste dall'Accordo per la medicina generale. Al pediatra sostituto è corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.

ART. 31 – INCARICHI PROVVISORI.

1. In attesa del conferimento di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta ai sensi dell'articolo 28, l'Azienda può conferire un incarico provvisorio utilizzando la graduatoria di disponibilità di cui all'articolo 17, comma 8, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito territoriale carente.
2. L'incarico provvisorio ha durata inferiore a dodici mesi, cessa alla data di scadenza o di inserimento del pediatra titolare.
3. Al pediatra per gli assistiti in carico viene corrisposto il compenso previsto all'articolo 40, comma 1, lettera A, punti I e II.
4. In caso di improvvisa cessazione dell'attività del pediatra titolare l'Azienda informa i genitori degli assistiti della necessità di procedere alla scelta di un altro pediatra.

ART. 32 – MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI.

1. I pediatri iscritti negli elenchi acquisiscono le scelte di assistiti dalla nascita fino al compimento del sesto anno di età e possono acquisire e conservare le scelte fino al compimento del quattordicesimo anno di età.
2. I pediatri di libera scelta possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 880 unità, incluse le scelte riferite ai nuovi nati che non hanno effettuato la prima scelta. Eventuali deroghe al massimale possono essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali, ai sensi dell'articolo 48, comma 3, punto 5 della Legge 833/78 per un tempo determinato. Al raggiungimento di tale limite, ciascun pediatra deve acquisire scelte per un numero massimo di 50 nell'anno solare di nuovi nati. L'Azienda per ognuna delle suddette scelte provvede entro tre mesi alla revoca d'ufficio dei bambini più prossimi al compimento del quattordicesimo anno d'età, dandone preventiva comunicazione al genitore o al tutore legale.
3. Le scelte temporanee di cui all'articolo 33, commi 4 e 5 sono inserite in apposito separato elenco, non concorrono alla determinazione del massimale di cui al comma 2 e sono acquisibili nel limite massimo di 120 unità.
4. I pediatri, che alla data di entrata in vigore dell'ACN hanno un numero di assistiti in carico superiore a quanto stabilito dal comma 3, rientrano nel limite mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.
5. Le Aziende, sentito il parere del referente di AFT, possono autorizzare i pediatri ad autolimitare il proprio massimale in misura non inferiore al rapporto ottimale. Il massimale individuale derivante da autolimitazione del numero di scelte di cui al comma 2 non è modificabile prima di 3 (tre) anni dalla data di decorrenza della stessa. Al raggiungimento di tale limite, ciascun pediatra deve acquisire scelte per un numero massimo di 50 nell'anno solare di nuovi nati. L'Azienda per ognuna delle suddette scelte provvede entro tre mesi alla revoca d'ufficio dei bambini più prossimi al compimento del quattordicesimo anno d'età, dandone preventiva comunicazione al genitore o al tutore legale. A far data dall'autorizzazione alla autolimitazione, non possono essere assegnate al pediatra ulteriori scelte temporanee di cui al comma 3.
6. I compensi sono corrisposti fino al massimale di cui al comma 2 o massimale individuale derivante da autolimitazione di cui al comma 5. Le scelte temporanee di cui al comma 3 sono retribuite nel limite indicato.
7. L'impegno settimanale del pediatra equivale convenzionalmente a 38 ore settimanali, secondo il rapporto 23 assistiti/ora.

ART. 33 – SCELTA DEL PEDIATRA.

1. La libera scelta del pediatra, nel rispetto del numero massimo di assistiti, è collegata alla residenza e compatibile con l'organizzazione sanitaria di riferimento del territorio. Il genitore o il tutore legale sceglie il pediatra di fiducia tra quelli iscritti negli elenchi dell'Azienda Sanitaria di residenza, articolati per Comuni o gruppi di Comuni. L'ambito territoriale per la scelta del pediatra non può essere inferiore all'area comunale; nei Comuni ove operano più Aziende l'ambito territoriale coincide con una frazione del Comune stesso. La scelta è a tempo indeterminato salvo revoca.
2. Nell'ambito dell'Azienda, il genitore o il tutore legale sceglie il pediatra prioritariamente tra quelli operanti nel Comune di residenza o nei Comuni afferenti al medesimo ambito; può, tuttavia, scegliere un pediatra iscritto in elenchi diversi da quello di residenza, previa accettazione da parte del pediatra interessato. Le Aziende comunicano ai pediatri l'elenco degli assistiti in carico con i necessari aggiornamenti.
3. Eventuali scelte in deroga territoriale in Comuni limitrofi di Aziende/Regioni diverse da quella di appartenenza sono disciplinate negli Accordi Integrativi Regionali o accordi tra Regioni.
4. Per il cittadino non residente la scelta è a tempo determinato per una durata minima di 3 mesi e massima di 1 anno, espressamente prorogabile, così come indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 8 maggio 2003, rep. n. 1705. L'Azienda comunica l'iscrizione temporanea alla Azienda di provenienza al fine della cancellazione nelle sue liste.
5. Per il cittadino extracomunitario, in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la scelta è a tempo determinato con validità pari a quella del permesso di soggiorno. La scelta è espressamente prorogabile alla scadenza anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno.
6. Il pediatra è obbligato alla assistenza del cittadino extracomunitario anche nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno, fatta salva ogni azione di rivalsa per quote percepite anche a seguito di mancato rinnovo del permesso di soggiorno.
7. Nell'ipotesi di ambito territoriale in cui il numero di assistiti in età pediatrica non sia sufficiente a determinare una zona carente o in caso di carenza di pediatri disponibili ad operare in detta zona, può essere scelto un medico di cure primarie titolare nello stesso ambito.

ART. 34 – REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA.

1. Il genitore/tutore legale può revocare in qualsiasi momento la scelta del pediatra, utilizzando le procedure dell'Azienda Sanitaria, ed effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.
2. Il pediatra che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale ricusazione deve essere motivata da eccezionali ed oggettivi motivi di incompatibilità ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera b), D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.
3. Non è consentita la ricusazione qualora nell'ambito territoriale di scelta non sia operante altro pediatra, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi da parte dell'Azienda.
4. I pediatri che abbiano esercitato il diritto di autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite dell'autolimitazione o per rientrare nel massimale.

ART. 35 – REVOCHE D'UFFICIO.

1. Le revoche delle scelte dei cittadini sono effettuate d'ufficio dall'Azienda nei seguenti casi:
 - a) cittadini che fruiscono temporaneamente dell'assistenza sanitaria erogata dallo Stato ai sensi dell'articolo 7, comma 1 della Legge 7 agosto 1982 n. 526;
 - b) decesso dell'assistito;
 - c) trasferimento di residenza dell'assistito in altra Azienda;
 - d) irregolare doppia iscrizione del cittadino;
 - e) cancellazione del pediatra dall'elenco di scelta;
 - f) compimento del quattordicesimo anno di età.
2. I genitori/tutori legali di cui al comma precedente, lettera a) in caso di cessazione delle condizioni previste dalla citata Legge effettuano una nuova scelta del pediatra di fiducia.
3. La revoca della scelta di cui al comma 1, lettera f) è effettuata d'ufficio, previa comunicazione al genitore/tutore legale. Su richiesta del genitore, previa accettazione del pediatra, la presenza di patologia cronica o di disabilità o di documentate situazioni di disagio psico-sociale può essere riconosciuta come condizione idonea al prolungamento dell'assistenza, comunque non oltre il compimento del sedicesimo anno di età.
4. Le cancellazioni per i casi di cui al comma 1, lettera d) decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso pediatra. Se trattasi di pediatri diversi la cancellazione dall'elenco degli assistiti del primo pediatra decorre dalla data della seconda scelta.
5. L'Azienda, previa comunicazione al pediatra, procede al recupero di quote per assistiti liquidate e non dovute, a far data dal verificarsi di uno degli eventi di cui al comma 1. Il pediatra può opporre motivato e documentato ricorso entro 15 (quindici) giorni ed il Direttore Generale assume la propria deliberazione in merito entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento del ricorso. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio negativo avviene, fino al recupero dell'importo complessivo, nella misura massima mensile del 20% delle quote corrisposte in base al numero degli assistiti in carico, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali. L'Azienda può dare corso ad una diversa rateizzazione delle somme da ripetere o al conguaglio negativo, in percentuale superiore al 20%, previo accordo con l'interessato.
6. Gli effetti economici delle cancellazioni e delle attribuzioni di scelte seguono le vigenti disposizioni del Codice Civile in materia di ripetizione di emolumenti non dovuti e di crediti, con relativi termini di prescrizione.
7. L'Azienda presso la quale il genitore/tutore legale effettua una nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza perché provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta.

ART. 36 – EFFETTI ECONOMICI DI SCELTA, REVOCA E RICUSAZIONE.

1. Ai fini della corresponsione delle quote per assistiti in carico la scelta, la ricusazione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano entro il 15° giorno o dal 16° giorno del mese. In caso di morte dell'assistito la quota è corrisposta fino alla data del decesso.
2. Il rateo mensile delle quote per assistiti in carico è frazionabile in trentesimi, ai fini del pagamento di eventuali frazioni di mese, quando le variazioni dipendano da trasferimento, cancellazione o sospensione del pediatra dall'elenco.
3. La cessazione dell'incarico del pediatra per sopraggiunti limiti di età produce effetti economici dal giorno di compimento dell'età prevista.
4. Per i nuovi nati che non hanno effettuato la prima scelta gli effetti economici decorrono dal momento della prima prestazione erogata dal pediatra in regime convenzionale e da questi attestata mediante idonea dichiarazione da consegnare al competente ufficio al momento dell'effettuazione della prima scelta. In ogni caso la data di decorrenza degli effetti economici non può essere anteriore a 90 giorni antecedenti la scelta.

Art. 37 – Compiti del pediatra di libera scelta.

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il pediatra di libera scelta espleta le seguenti funzioni:
 - a) assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;
 - b) si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per gli assistiti;
 - c) persegue gli obiettivi di salute degli assistiti con il miglior impiego possibile delle risorse.
2. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il pediatra di libera scelta svolge la propria attività facendo parte integrante di un'AFT e partecipa alle attività dell'UCCP di riferimento.
3. Per ciascun paziente in carico, il pediatra raccoglie e invia le informazioni all'Azienda sanitaria come previsto dall'articolo 9 del presente Accordo.
4. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo costituiscono responsabilità individuali del pediatra di libera scelta e rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il SSN.
5. Nello svolgimento della propria attività il pediatra di libera scelta:
 - a) cura la tenuta e l'aggiornamento della cartella clinica informatizzata di ciascun assistito da condividere con gli altri pediatri della AFT;
 - b) adotta le misure necessarie, in conformità alle normative vigenti, per il consenso informato, il trattamento, la conservazione e la sicurezza dei dati sensibili;
 - c) opera nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse delle Cure Primarie rispettando le modalità organizzative concordate all'interno delle stesse;
 - d) garantisce la continuità dell'assistenza, in integrazione con i medici di cure primarie, per tutti i giorni della settimana, secondo quanto previsto dal presente Accordo;
 - e) assicura agli assistiti la presa in carico globale, anche attraverso la consultazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), prestazioni e visite ambulatoriali e domiciliari;
 - f) gestisce le patologie acute e croniche secondo la miglior pratica, con interventi appropriati ed azioni di promozione della salute e garantisce l'assistenza proattiva nei confronti dei bambini affetti da patologia cronica e dei pazienti fragili;
 - g) partecipa a progetti e programmi di attività, finalizzati al rispetto dei livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale, ed a quelli finalizzati a sensibilizzare i cittadini su specifiche tematiche, sull'adozione di corretti stili di vita, uso appropriato dei farmaci e delle risorse messe a disposizione del SSN;
 - h) collabora con la dirigenza dell'Azienda Sanitaria per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale;
 - i) partecipa alle attività formative programmate dall'Azienda;
 - j) effettua visite occasionali, secondo quanto previsto dall'articolo 39 del presente ACN;
 - k) redige le certificazioni obbligatorie di propria competenza.

- l) effettua le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 5;
 - m) eroga assistenza in zone disagiate, sulla base degli Accordi regionali di cui all'articolo 40, comma 1, lettera E;
 - n) osserva e rileva reazioni indesiderate post-vaccinali.
6. Rientrano nei compiti ed obblighi del pediatra di libera scelta:
- a) la presa in carico del neonato entro il primo mese di vita, con il supporto attivo delle unità ospedaliere e distrettuali, per una tempestiva scelta del pediatra, fatti salvi specifici progetti di dimissione precoce e/o protetta;
 - b) le visite domiciliari, richieste per gli assistiti, qualora le condizioni cliniche non consentano la trasferibilità dell'ammalato, da eseguire di norma nel corso della stessa giornata o entro le dodici del giorno successivo;
 - c) l'assistenza programmata dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli allegati 6 e 7;
 - d) l'assistenza programmata nelle residenze protette e collettività, sulla base degli Accordi Integrativi Regionali;
 - e) il consulto con lo specialista attuato di persona presso gli ambulatori dell'Azienda o, su richiesta motivata e previa autorizzazione aziendale, presso il domicilio del paziente;
 - f) la adesione alle campagne di vaccinazioni promosse ed organizzate dalla Regione e/o dalle Aziende;
 - g) il rilascio delle seguenti certificazioni obbligatorie:
 - I. idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al Decreto del Ministero della Salute 24 aprile 2013, articolo 3, lettere a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente, tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 42-bis del D.L. 21 giugno 2013 n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013 n. 98 e dal D.M. 8 agosto 2014 del Ministero della Salute;
 - II. riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori, ove prevista e ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;
 - III. valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle residenze protette sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli Accordi regionali;
 - h) la partecipazione al Progetto Salute Infanzia di cui all'Allegato 9 (bilanci di salute);
 - i) l'esecuzione di eventuali screening, sulla base di programmi regionali ed aziendali.
7. Nei confronti degli assistiti caratterizzati da condizioni cliniche di particolare gravità, il pediatra di famiglia garantisce l'assistenza domiciliare in coerenza con il Piano terapeutico e con i percorsi assistenziali definiti a livello regionale. Tali condizioni sono rappresentate da:
- malattie genetiche invalidanti

- artropatie con grave limitazione funzionale
 - patologie onco-ematologiche
 - immunodeficienza congenita e acquisita
 - soggetti politraumatizzati
 - cerebropatici e cerebrolesi con forme gravi
 - cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
 - insufficienza respiratoria grave
 - insufficienza renale
 - distrofia muscolare
8. La Regione in relazione alla propria realtà epidemiologica può decidere di sostituire una o più condizioni cliniche riferite a patologie croniche incluse in questo elenco.
9. Il programma delle visite domiciliari a favore degli assistiti di cui al comma precedente viene inserito nel flusso informativo di cui all'articolo 9, comma 2, lettera a).

ART. 38 – ATTIVITÀ PRESCRITTIVA.

1. Il pediatra può prescrivere farmaci e/o indagini specialistiche con ricetta del SSN, secondo le norme di legge vigenti e nel rispetto delle modalità previste dal SSN, nei confronti dei propri assistiti, fatto salvo quanto previsto all'articolo 39, comma 4.
2. In caso di assenza del pediatra di scelta le prescrizioni urgenti possono essere effettuate da un altro pediatra della stessa AFT.
3. La richiesta di indagine, prestazione, visita specialista deve essere corredata dalla diagnosi o quesito diagnostico. La proposta di ricovero o prescrizione di cure termali deve essere accompagnata dalla specifica motivazione.
4. Il pediatra rilascia la prescrizione farmaceutica e di indagini specialistiche anche in assenza del paziente quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.
5. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del medico curante, alle seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, neuropsichiatria infantile, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.
6. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione del precedente comma e nel rispetto del disposto della Legge 326/2003 e dei successivi decreti attuativi, le Aziende emanano disposizioni per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al pediatra di libera scelta.
7. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del pediatra di libera scelta ritenuti non conformi alle disposizioni di legge sottopongono il caso all'organismo composto dai soggetti individuati al successivo comma 8, deputati a verificare l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali.
8. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, il Direttore del Distretto, unitamente ai propri collaboratori, è coadiuvato, per gli adempimenti di cui al comma 7 dal referente di AFT componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e da un altro referente di AFT tra quelli operanti nel Distretto, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal Direttore Sanitario dell'Azienda.
9. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:
 - a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al pediatra per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;
 - b) il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il pediatra interessato, è comunicato al Direttore Generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al pediatra interessato.
10. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:

- a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;
- b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del 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.

BOLLA

ART. 39 – VISITE OCCASIONALI.

1. I pediatri di libera scelta prestano la propria attività anche in favore dei cittadini in età pediatrica che, trovandosi occasionalmente al di fuori dell'ambito territoriale di riferimento, ricorrano ad essi. Le visite occasionali sono assicurate anche ai soggetti rientranti nelle condizioni di particolare bisogno individuate dalla Regione, con pagamento delle stesse al pediatra.
2. Le prestazioni di cui ai commi precedenti sono compensate direttamente dal cittadino con le seguenti tariffe omnicomprendenti:
 - visita ambulatoriale: € 25,00
 - visita domiciliare: € 35,00
3. Al pediatra di libera scelta che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia, in possesso del prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del Servizio Sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al precedente comma. In tal caso il medico notula alla propria Azienda Sanitaria le anzidette prestazioni, annotando gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.
4. Per le prestazioni di cui al presente articolo, il pediatra è tenuto a utilizzare la ricetta del SSN secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza del paziente.

ART. 40 – TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA.

1. La retribuzione per il pediatra di libera scelta, al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda, si articola in:
 - A. quota capitaria per assistito, definita e negoziata a livello nazionale;
 - B. quota variabile, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale, finalizzata all'effettuazione di specifici programmi di attività per la promozione del governo clinico, allo sviluppo della medicina d'iniziativa ed alla presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica;
 - C. quota per servizi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;
 - D. quota del fondo di AFT, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;
 - E. quota per ulteriori attività e prestazioni, definita e negoziata a livello regionale.

Le quote B, C e D potranno rappresentare fino al 30% del totale della retribuzione di cui al presente comma e saranno finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale. Queste quote possono essere ulteriormente integrate con gli incentivi legati al trasferimento di risorse alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni ospedale-territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali di cure primarie.

A. QUOTA CAPITARIA

- I. compenso forfetario annuo, per ciascun assistito in carico, pari ad Euro 83,87;
- II. compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito che non abbia compiuto il 6° anno di età, pari ad Euro 17,93;
- III. assegno individuale ad personam riconosciuto ai pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato al 15 dicembre 2005 e determinato al 31 dicembre 2005 secondo la tabella di cui all'articolo 58, lettera A, comma 2, dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.;
- IV. quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali. Tale fondo è integrato con gli assegni individuali di cui al precedente punto III, resisi disponibili per effetto della cessazione dal rapporto convenzionale di singoli pediatri, tenuto conto di quanto disposto dal D.L. 31 maggio 2010 n. 78 convertito, con modificazioni, dalla L. 30 luglio 2010 n. 122 nonché dal D.L. 6 luglio 2011 n. 98 convertito, con modificazioni, dalla Legge 15 luglio 2011 n. 111;
- V. quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso pari ad Euro 24,00, per le prime 250 scelte, riconosciuta ai pediatri di libera scelta incaricati a tempo indeterminato in data successiva al 15 dicembre 2005. Tale quota non è dovuta per le scelte oltre la duecentocinquantesima.

B. QUOTA VARIABILE

- I. quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartiti dagli Accordi Integrativi Regionali nel rispetto dei livelli programmati di spesa;

- II. quota annua derivante dalle risorse, pari ad Euro 1,54 per assistito, messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010 quale incremento contrattuale, considerate le eventuali riduzioni intervenute ai sensi dell'articolo 6 del citato Accordo. Tale quota è per ciascun anno preventivamente decurtata delle risorse necessarie al finanziamento disposto ai sensi dell'articolo 6, comma 8, dell'articolo 8, comma 3 e dell'articolo 13, comma 7 del presente Accordo;
- III. quota annua derivante dalle risorse, pari ad Euro 0,25 per assistito, messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010 dall'ACN 2010 ed attribuita ai pediatri in base al numero di assistiti in carico caratterizzati da condizioni cliniche di particolare gravità di cui all'articolo 8, comma 3 dell'ACN 8 luglio 2010.

C. QUOTA PER SERVIZI

- I. quota per prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 5;
- II. quota per assistenza domiciliare, integrata e programmata, a bambini con patologia cronica di cui all'Allegato 6;
- III. quota per assistenza ambulatoriale programmata a bambini con patologia cronica di cui all'Allegato 7.

È demandata agli AAIIRR la definizione delle ulteriori quote variabili per servizi non definite dagli Allegati 5, 6 e 7.

L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui ai punti II e III della presente lettera viene definita annualmente dalla programmazione regionale.

D. QUOTA DEL FONDO DI AFT

- I. Alla istituzione della AFT, come previsto dall'articolo 4, comma 2, le indennità e gli incentivi previsti dall'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i per lo sviluppo strutturale ed organizzativo dell'attività dei medici a ciclo di scelta costituiscono il fondo di AFT.
- II. Costituiscono tale fondo i compensi per attività in forma associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario, di cui all'articolo 58, lettera B dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. già erogate ai pediatri componenti della AFT alla data di costituzione del fondo stesso. Il valore complessivo del fondo include anche gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda.
- III. Le risorse di tale fondo sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei pediatri che percepiscono gli incentivi e le indennità di cui al punto II, purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri pediatri. Il trattamento economico individuale, determinato alla data di costituzione del fondo di cui al punto II, non è modificato in relazione all'aumento di assistiti in carico.
- IV. Le risorse corrisposte in funzione del numero degli assistiti in carico sono ridotte in relazione alla diminuzione del carico assistenziale, secondo il sistema di calcolo ai sensi dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. e confluiscono nel fondo di AFT.

- v. La modifica dello standard organizzativo riferito alle preesistenti forme associative, la cessazione del rapporto di lavoro con il personale di studio, regolamentati sia a livello nazionale che regionale, comportano la sospensione delle relative indennità corrisposte, che restano a disposizione del fondo di AFT.
- vi. In caso di cessazione del rapporto convenzionale di pediatri di libera scelta componenti la AFT, le eventuali indennità corrisposte in relazione ai fattori produttivi confluiscono nel fondo di AFT. Le previgenti indennità informatiche sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei pediatri di libera scelta che entrano nella AFT. Le indennità corrisposte per il personale di studio restano a disposizione per il finanziamento dei fattori produttivi destinati alle medesime finalità. Le previgenti indennità per la partecipazione a forme associative restano a disposizione per il finanziamento dei nuovi modelli organizzativi definiti dalla Regione per qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali.
- vii. Gli Accordi Integrativi Regionali possono stabilire diversi criteri di destinazione delle risorse di cui ai commi precedenti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono, altresì, la misura delle risorse rese disponibili da riservare in misura prioritaria alla perequazione del trattamento economico dei pediatri di libera scelta operanti nella medesima AFT, finalizzando la parte restante alla perequazione del trattamento economico dei pediatri di altra AFT dell'Azienda.

E. QUOTA PER ULTERIORI ATTIVITÀ E PRESTAZIONI

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

- i. possesso ed utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali;
 - ii. quota per attività in zone identificate dalla Regione come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole;
 - iii. ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.
2. Le eventuali integrazioni già stabilite con Accordi Integrativi Regionali sono negoziate a livello regionale nel rispetto delle finalità previste dall'articolo 3, comma 4 del presente Accordo.
 3. Tutti i compensi erogati in base agli assistiti in carico sono corrisposti nei limiti di cui all'articolo 32.
 4. Le quote capitarie di cui al comma 1, lettera A), sono corrisposte mensilmente in dodicesimi entro la fine del mese successivo a quello di competenza; i restanti compensi sono corrisposti mensilmente entro il secondo mese successivo a quello di competenza.

ART. 41 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI E PER L'ASSICURAZIONE DI MALATTIA.

1. La quota parte a carico dell'Azienda Sanitaria del contributo previdenziale in favore del competente Fondo di previdenza è pari al 9,375% di tutti i compensi previsti dal presente Accordo, ivi inclusi quelli derivanti dagli Accordi regionali o aziendali per i pediatri di libera scelta.
2. L'aliquota previdenziale a carico dei pediatri di libera scelta è stabilita dall'ENPAM, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006 n. 296.
3. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i pediatri di libera scelta possono optare per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.
4. I contributi devono essere versati all'ENPAM trimestralmente, con l'indicazione dei pediatri a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 giorni successivi alla scadenza del trimestre.
5. Per far fronte al pregiudizio derivante dagli eventi di malattia l'Azienda riconosce un contributo pari allo 0,30% (zero virgola trenta per cento) dei compensi di cui all'articolo 40, comma 1, lettera A, punti I e II da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.
6. Con le stesse cadenze previste per il versamento del contributo previdenziale, le Aziende versano all'ENPAM il contributo di cui al precedente comma 5 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni.
7. L'onere derivante dalla contribuzione previdenziale e dalla attuazione del precedente comma 5 costituisce parte integrante del costo della convenzione come definita dalla contrattazione nazionale, regionale ed aziendale.

NORME FINALI

Norma finale n.1

In deroga al disposto dell'articolo 18, comma 1, lettera e) sono fatti salvi gli incarichi concomitanti di pediatra di libera scelta e di specialista ambulatoriale convenzionato di pediatria già esistenti alla data del 15 dicembre 2005.

BOZZA

NORME TRANSITORIE

Norma transitoria n. 1

Fino all'entrata in vigore degli Accordi Integrativi Regionali, per l'applicazione del rapporto ottimale si fa riferimento ai parametri indicati all'articolo 32 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.

Norma transitoria n. 2

I procedimenti disciplinari, per i quali il Collegio arbitrale di cui all'articolo 30 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. alla data di entrata in vigore del presente Accordo abbia già provveduto alla audizione previa convocazione per la discussione del caso, continuano ad essere regolamentati dalle previgenti clausole contrattuali fino al provvedimento finale.

Norme transitorie n. 3

Fino all'individuazione del referente di AFT il soggetto competente ai sensi dell'articolo 22, comma 5, lettera a) è il componente dell'UPD in rapporto di convenzionamento di cui all'articolo 22, comma 5, lettera b) del presente Accordo.

Norma transitoria n. 4

Fino alla costituzione del fondo di AFT ai pediatri aventi diritto continuano ad essere riconosciuti il compenso e le indennità di cui all'articolo 40, comma 1, lettera D, punto II nella misura e secondo i criteri di cui all'articolo 59, lettera B ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.

Norma transitoria n. 5

La valutazione secondo i punteggi previsti dall'Allegato 1 è applicata alla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore del presente Accordo.

DICHIARAZIONI A VERBALE

Dichiarazione a verbale n.1

Il terminale associativo è una struttura sindacale dotata del potere di rappresentanza della sigla a livello negoziale di riferimento. Si estrinseca nella sussistenza di una organizzazione, accreditata presso le amministrazioni di riferimento, che rispetti il principio di democraticità interno all'organizzazione sindacale.

BOLLA

ALLEGATI

ALLEGATO 1 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE.

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati di seguito con l'indicazione del relativo punteggio:

I. TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

- a) specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.,
per ciascuna specializzazione: p. 4,00
- b) specializzazione in disciplina affine alla pediatria ai sensi della tabella B del D.M. 31 gennaio 1998 e s.m.i.,
per ciascuna specializzazione: p. 2,00
- c) specializzazione in discipline diverse da quelle previste alle lettere a) e b),
per ciascuna specializzazione: p. 0,20
- d) titolo di animatore di formazione riconosciuto dalle Regioni o rilasciato da soggetti accreditati dal Ministero della Salute o dalla Regione: p. 0,30
- e) conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE):
complessivamente p. 1,00
- f) conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente europea per l'utilizzo del PC (ECDL):
complessivamente p. 0,50

II. TITOLI DI SERVIZIO:

- a) attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833, e dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni, con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione,
per ciascun mese complessivo: p. 0,60
(per l'attività sindacale il mese corrisponde a 96 ore);
- b) servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale e nell'emergenza sanitaria territoriale e di assistenza primaria e come medico di cure primarie,
per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività: p. 0,10
(per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore);
- c) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo: p. 0,10

- d) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,
per ciascun mese: p. 0,05
- e) attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della Legge 11 agosto 2014 n. 125; della Legge 10 luglio 1960 n. 735 e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n. 430,
per ciascun mese complessivo: p. 0,10
- f) attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono,
per ciascun mese complessivo: p. 0,05
2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo superiore a 15 giorni è valutato come mese intero. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.
3. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante la scuola di specializzazione in pediatria o equipollente di cui all'articolo 17, comma 2, lettera c) non sono valutabili. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolto durante le scuole di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettere b) e c) del presente Allegato.
4. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, minore età, voto di specializzazione e anzianità di specializzazione.
5. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente Allegato.

ALLEGATO 2 – CODICE DI COMPORTAMENTO DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.

1. Il pediatra di libera scelta, tenuto conto della necessità di garantire la migliore qualità del servizio, nello svolgimento della propria attività deve, in particolare:
 - a) mantenere nei rapporti interpersonali con gli utenti e terzi un comportamento adeguato al proprio ruolo ed una condotta informata a principi di correttezza e rispetto ed astenersi da comportamenti lesivi della dignità della persona;
 - b) assicurare lo svolgimento dei propri compiti nel rispetto della normativa contrattuale, della legislazione vigente e, per quanto di pertinenza, dei programmi di attività concordati con l'Azienda Sanitaria;
 - c) assicurare la presenza in servizio nel rispetto del regolamento organizzativo della AFT o UCCP;
 - d) astenersi dal partecipare, nell'espletamento delle proprie funzioni, all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere direttamente o indirettamente interessi finanziari o non finanziari propri, del coniuge, dei parenti e degli affini entro il quarto grado e dei conviventi;
 - e) astenersi dal chiedere pagamenti non dovuti per prestazioni rese ai propri assistiti o agli utenti, o accettare omaggi o altre utilità per sé o per i propri familiari, se non nei limiti delle normali relazioni di cortesia e salvo quelli d'uso, purché di modico valore;
 - f) astenersi dal generare condizioni causa d'incompatibilità;
 - g) informare l'Azienda Sanitaria di essere stato rinviato a giudizio o che nei suoi confronti è esercitata l'azione penale;
 - h) rispettare le norme di legge e le disposizioni contrattuali in materia di esercizio dell'attività libero professionale;
 - i) applicare le disposizioni vigenti in materia di attestazione di malattia e di certificazione per l'astensione dal lavoro per malattia del figlio;
 - j) assicurare il rispetto delle norme vigenti in materia di segreto d'ufficio, riservatezza e protezione dei dati personali;
 - k) non utilizzare a fini privati le informazioni di cui disponga per ragioni d'ufficio;
 - l) non utilizzare beni e strumenti dell'Azienda, preordinati all'espletamento dell'attività istituzionale, per finalità private o diverse da quelle previste;
 - m) avere cura dei locali o altri beni strumentali affidati in ragione dell'attività prestata.

ALLEGATO 3 – SANZIONI DISCIPLINARI.

1. Le violazioni del Codice di comportamento dei pediatri di libera scelta danno luogo all'applicazione di sanzioni, avuto riguardo dei seguenti criteri:
 - a) intenzionalità del comportamento, grado di negligenza, imprudenza o imperizia dimostrata, tenuto conto anche della prevedibilità dell'evento;
 - b) rilevanza della infrazione e dell'inosservanza degli obblighi di legge e delle disposizioni contrattuali;
 - c) responsabilità connesse con l'incarico ricoperto, nonché con la gravità della lesione al prestigio dell'Azienda e del Servizio Sanitario Nazionale;
 - d) grado di danno o di pericolo o di disservizio provocati a persone e a cose;
 - e) eventuale sussistenza di circostanze aggravanti o attenuanti, anche connesse al comportamento tenuto complessivamente dal pediatra o al concorso nella violazione di più persone;
 - f) recidiva di sanzioni disciplinari nel biennio precedente.
2. Comportamenti che danno luogo a sanzioni:
 - a) rimprovero scritto, per:
 - I. infrazioni di lieve entità, a carattere occasionale, comprese quelle relative alle disposizioni sulle prescrizioni e proposte di trattamenti assistenziali;
 - II. sporadiche irregolarità nell'utilizzo della ricetta del SSN;
 - III. inosservanza della normativa contrattuale e legislativa vigente, purché non abbia determinato un danno o ripercussioni negative per gli utenti o l'Azienda;
 - IV. ingiustificata inosservanza dell'orario di apertura o di chiusura dello studio medico;
 - V. episodici comportamenti non conformi ai principi di correttezza e di rispetto;
 - VI. irregolarità nella compilazione e tenuta della documentazione a carattere sanitario;
 - VII. ottenimento di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati, di valore eccedente i 150 Euro nell'anno solare;
 - b) sanzione pecuniaria, per:
 - I. recidiva, nel biennio precedente, di infrazioni che abbiano comportato la sanzione del rimprovero scritto;
 - II. uso improprio delle risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale;
 - III. assenza ingiustificata o arbitrario abbandono della sede di servizio senza conseguenze nei confronti degli assistiti;
 - IV. comportamenti minacciosi, ingiuriosi o calunniosi nei confronti di utenti, colleghi o dipendenti aziendali;
 - V. violazione di obblighi da cui sia derivato disservizio agli utenti;

- VI. violazione degli obblighi e compiti, stabiliti da norme legislative o da disposizioni contrattuali, che abbiano comportato danno economico o pregiudizio per l'Azienda;
 - VII. mancata comunicazione tempestiva all'Azienda di essere stato rinviato a giudizio o di avere avuto conoscenza che nei suoi confronti è esercitata l'azione penale;
 - VIII. ottenimento di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati, di valore rilevante;
- c) sospensione dall'incarico e dal trattamento economico, per:
- I. recidiva, nel biennio precedente, di infrazioni che abbiano comportato sanzione pecuniaria;
 - II. sistematici e comprovati comportamenti aggressivi o denigratori; minacce, ingiurie gravi, calunnie o diffamazioni nei confronti degli utenti, dei colleghi, dell'Azienda e dei suoi dipendenti;
 - III. ripetute assenze ingiustificate dal servizio o arbitrario abbandono dello stesso; in tale ipotesi l'entità della sanzione è determinata in relazione alla durata dell'assenza o dell'abbandono del servizio, al disservizio determinatosi, alla gravità della violazione degli obblighi del pediatra, agli eventuali danni causati all'Azienda, agli utenti o a terzi;
 - IV. comportamento gravemente negligente od omissivo nella tenuta del Fascicolo Sanitario Elettronico e della restante documentazione sanitaria connessa all'espletamento della sua attività da cui sia derivato un danno per l'Azienda o per terzi;
 - V. violazione delle norme di legge in materia di prescrizione di farmaci o persistente inappropriata clinica nell'attività prescrittiva;
 - VI. testimonianza falsa o reticente nell'ambito di procedimenti disciplinari;
 - VII. responsabilità in alterchi con ricorso a vie di fatto, nell'esercizio della propria attività, nei confronti di colleghi, utenti o terzi;
 - VIII. atti e comportamenti lesivi della dignità della persona, ivi compresi quelli discriminatori e le molestie sessuali;
 - IX. altre gravi violazioni non ricomprese specificatamente nelle lettere precedenti da cui sia comunque derivato grave danno all'Azienda;
- d) revoca dell'incarico con preavviso, per:
- I. recidiva di infrazioni che abbiano comportato la sospensione del rapporto;
 - II. falsità documentali o dichiarative in costanza del rapporto di lavoro, incluse false certificazioni;
 - III. omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti indebiti benefici economici;
 - IV. mancato rispetto delle norme contrattuali in materia di espletamento di attività libero professionale;
 - V. accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, per prestazioni previste dagli Accordi, rese ai propri assistiti o agli utenti;
 - VI. mancato rispetto delle norme in tema di incompatibilità in costanza di incarico, ad esclusione della fattispecie prevista dall'articolo 21, comma 3, lettera e);

- VII. condanna penale definitiva, in relazione alla quale è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro;
 - VIII. responsabilità penale, risultante da condanna passata in giudicato, per delitti commessi al di fuori dell'attività di pediatra convenzionato e non attinenti in via diretta al rapporto di lavoro ma che per la loro specifica gravità non siano compatibili con la prosecuzione del rapporto;
- e) revoca dell'incarico senza preavviso, per infrazioni, relative agli obblighi deontologici, legali e convenzionali, o per fatti illeciti di rilevanza penale, di gravità tale da compromettere irrimediabilmente il rapporto di fiducia con l'Azienda e da non consentire la prosecuzione, neppure provvisoria, del rapporto di lavoro.

In caso di revoca per i motivi di cui al presente comma, lettera d), punti VI, VII, VIII e lettera e), al pediatra non può essere conferito un nuovo incarico convenzionale ai sensi del presente ACN; negli altri casi di revoca, il pediatra può presentare nuova domanda di inclusione nella graduatoria regionale decorsi quattro anni dalla cessazione. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo in un ambito territoriale differente da quello detenuto all'atto della cessazione del precedente incarico.

3. L'UPD può attivare la procedura di conciliazione, non obbligatoria, fuori dei casi per i quali è prevista la sanzione disciplinare della revoca dell'incarico, da instaurare e concludere entro un termine non superiore a trenta giorni dalla contestazione dell'addebito e comunque prima dell'irrogazione della sanzione. La sanzione, concordemente determinata all'esito di tali procedure, non può essere di specie diversa da quella prevista per l'infrazione per la quale si procede e non è soggetta ad impugnazione.
4. I termini del procedimento disciplinare restano sospesi dalla data di apertura della procedura conciliativa e riprendono a decorrere nel caso di conclusione con esito negativo.
5. Il consenso del medico deve risultare da atto sottoscritto congiuntamente dalle parti.

ALLEGATO 4 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA.

ART. 1

CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

1. Il presente Accordo è applicato a tutti i pediatri di libera scelta in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. operanti secondo le previsioni del vigente ACN.
2. Le clausole del presente Accordo attuano le disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990 n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000 n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, in caso di sciopero nei servizi pubblici essenziali, indicando i livelli minimi essenziali di assistenza sanitaria territoriale e fissando i criteri per la determinazione dei contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli.
3. Il presente Accordo indica tempi e modalità per l'espletamento delle procedure di conciliazione e di raffreddamento.
4. Le clausole del presente Accordo si applicano alle azioni sindacali relative alle politiche sindacali di riforma, rivendicative e contrattuali, sia a livello nazionale che decentrato. Tutte le disposizioni in tema di preavviso e di durata non si applicano nelle vertenze relative alla difesa dei valori e dell'ordine costituzionale, per gravi eventi lesivi dell'incolumità e della sicurezza dei lavoratori.

ART. 2

SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

1. Ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990 n. 146 come modificata dagli articoli 1 e 2 della Legge 11 aprile 2000 n. 83, le prestazioni indispensabili di assistenza pediatrica da considerare essenziali nella presente area negoziale, per assicurare il rispetto dei valori e dei diritti costituzionalmente tutelati, sono le seguenti: visite domiciliari urgenti, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali.

ART. 3

CONTINGENTI DI PERSONALE

1. Le prestazioni minime indispensabili vengono erogate da ciascun pediatra convenzionato in riferimento ai propri assistiti in carico.
2. Gli Accordi regionali possono individuare il contingente di pediatri da esonerare dalla partecipazione agli scioperi di categoria, al fine di garantire la continuità delle prestazioni di cui all'articolo 2, nell'ambito delle AFT e delle UCCP istituite a norma del vigente ACN, comunicando cinque giorni prima della data di effettuazione dello sciopero, i nominativi inclusi nei contingenti, alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati.
3. Il pediatra individuato ha il diritto di esprimere, entro le ventiquattro ore successive alla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile.

ART. 4

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Le rappresentanze sindacali che proclamano azioni di sciopero che coinvolgono i servizi di cui all'articolo 2 sono tenute a darne comunicazione alle Aziende ed enti interessati con un preavviso non inferiore a 10 giorni precisando, in particolare, la durata dell'astensione dal lavoro. In caso di revoca di uno sciopero indetto in precedenza, le rappresentanze sindacali devono darne comunicazione alle predette amministrazioni almeno 5 giorni prima.
2. Le rappresentanze sindacali che proclamano sciopero, a prescindere dall'ambito territoriale di proclamazione dello stesso, informano con la stessa tempistica di cui al precedente comma la "Commissione di Garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali".
3. La proclamazione degli scioperi relativi a vertenze nazionali vanno comunicati: al Ministero della Salute, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e a tutti i Presidenti di Regione e i Presidenti delle Province Autonome di Trento e Bolzano; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze in ambiti regionali vanno comunicati al Presidente della Regione o della Provincia Autonoma, all'Assessore alla Sanità, a tutti i Prefetti delle province della Regione; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze a livello di Azienda va comunicata all'Assessore regionale alla Sanità, al Direttore Generale dell'Azienda e al Prefetto competente per territorio. Nei casi in cui lo sciopero incida su servizi resi all'utenza, le Regioni ed enti interessati sono tenute a trasmettere agli organi di stampa ed alle reti radiotelevisive pubbliche e private di maggiore diffusione nell'area interessata dallo sciopero una comunicazione circa i tempi e le modalità dell'azione di sciopero. Analoga comunicazione viene effettuata dalle stesse amministrazioni anche nell'ipotesi di revoca, sospensione o rinvio dello sciopero, ai sensi dell'articolo 5, comma 8.
4. Le rappresentanze sindacali comunicano alle amministrazioni interessate la durata delle azioni di sciopero come di seguito elencate:
 - a) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non potrà superare, la durata massima di 24 (ventiquattro) ore continuative. In ogni caso lo sciopero non potrà essere a ridosso di giorni festivi;
 - b) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non supereranno le 48 (quarantotto) ore consecutive. Nel caso in cui dovessero essere previsti a ridosso dei giorni festivi, la loro durata non potrà comunque superare le 24 ore;
 - c) lo sciopero dovrà essere proclamato per almeno una giornata lavorativa;
 - d) l'area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda. Sono altresì escluse forme surrettizie di sciopero quali le assemblee permanenti o forme improprie di astensione dal lavoro;
 - e) nel caso in cui l'astensione collettiva si svolga con forme di sciopero "virtuale" che prevedano la regolare prestazione lavorativa, è trattenuta una quota pari al 50% della retribuzione commisurata alla durata dell'astensione programmata. Tale trattenuta è destinata a finalità sociali indicate dall'organizzazione sindacale che indice l'azione di sciopero la quale ne darà comunicazione all'utenza attraverso gli organi di stampa;

- f) in caso di scioperi distinti nel tempo, sia della stessa che di altre organizzazioni sindacali, incidenti sullo stesso servizio finale e sullo stesso bacino di utenza, l'intervallo minimo tra l'effettuazione di un'azione di sciopero e la proclamazione della successiva è fissato in quarantotto ore, alle quali segue il preavviso di cui al comma 1.
5. Le azioni di sciopero non saranno effettuate:
- nel mese di agosto;
 - nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
 - nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali regionali, e comunali, per i singoli ambiti;
 - nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;
 - nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.
6. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.
7. La comunicazione di adesione all'agitazione sindacale comporta la trattenuta del trattamento economico relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale.
8. La trattenuta prevista dal precedente comma 7 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine della agitazione sindacale medesima.
9. Per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuta ai pediatri di libera scelta una percentuale del compenso previsto per essi dai rispettivi Capi dell'ACN, da definire in sede di Accordo regionale.

ART. 5

PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. In caso di insorgenza di una controversia sindacale che possa portare alla proclamazione di uno sciopero, vengono espletate le procedure di conciliazione di cui ai commi seguenti.
2. I soggetti incaricati di svolgere le procedure di conciliazione sono:
 - a) in caso di conflitto sindacale di rilievo nazionale, Il Ministero del Lavoro;
 - b) in caso di conflitto di livello regionale, il Prefetto del Capoluogo di Regione;
 - c) in caso di conflitto sindacale di Azienda, il Prefetto del Capoluogo di Provincia competente.
3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del Lavoro, entro un termine di tre giorni lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta che chiarisca le motivazioni e gli obiettivi della formale proclamazione dello stato di agitazione e della richiesta della procedura conciliativa, provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. Il medesimo Ministero può chiedere alle organizzazioni sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti notizie e chiarimenti per l'utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il quale il tentativo si considera comunque espletato ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della Legge 12 giugno 1990 n.146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000 n. 83.

4. Con le stesse procedure e modalità di cui al comma precedente, nel caso di controversie regionali e di Azienda, i soggetti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 provvedono alla convocazione delle parti per l'espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di cinque giorni dall'apertura del confronto.
5. Il tentativo si considera altresì espletato ove i soggetti di cui al comma 2 non abbiano provveduto a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.
6. Il periodo della procedura conciliativa di cui al comma 3 ha una durata complessivamente non superiore a sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quello del comma 4, una durata complessiva non superiore a dieci giorni.
7. Del tentativo di conciliazione di cui al comma 3 viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti, è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere l'espressa dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma sleale di azione sindacale ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della Legge 12 giugno 1990 n.146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000 n. 83. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.
8. Le revoche, le sospensioni ed i rinvii dello sciopero proclamato non costituiscono forme sleali di azione sindacale, qualora avvengano nei casi previsti dall'articolo 2, comma 6 della Legge 12 giugno 1990 n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000 n. 83, o nel caso di oggettivi elementi di novità nella posizione della controparte datoriale.
9. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra individuate, le parti non intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l'autorità giudiziaria sulle materie oggetto della controversia.
10. In caso di proclamazione di una seconda iniziativa di sciopero, nell'ambito della medesima vertenza e da parte del medesimo soggetto, è previsto un periodo di tempo dall'effettuazione o revoca della precedente azione di sciopero entro cui non sussiste obbligo di reiterare la procedura di cui ai commi precedenti. Tale termine è fissato in 120 giorni, esclusi i periodi di franchigia di cui all'articolo 4, comma 5.

ART. 6

COMUNICAZIONI

Le Aziende sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente.

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

ART. 7

SANZIONI

1. In caso di inosservanza delle disposizioni di cui alla Legge 12 giugno 1990 n. 146 e della Legge 11 aprile 2000 n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché di quelle contenute nel presente accordo, si applicano gli articoli 4 e 6 delle predette leggi.

BOLLA

ALLEGATO 5 – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai pediatri sono quelle elencate nel nomenclatore tariffario del presente Allegato.
2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni di particolare impegno professionale sono eseguite nello studio professionale del pediatra di libera scelta o a domicilio dell'utente a seconda delle condizioni di salute del paziente.
3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1) lo studio professionale del pediatra deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'Azienda di esercitare i previsti controlli sull'idoneità dello studio professionale, il pediatra è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.
4. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il pediatra è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare data di effettuazione, nome, cognome, indirizzo e codice fiscale dell'assistito.
5. Se la prestazione aggiuntiva è eseguita previa autorizzazione sanitaria dell'Azienda, alla distinta deve essere allegato l'originale dell'autorizzazione stessa.
6. Al pediatra spettano i compensi omnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario. Nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito. I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al punto 4).

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PROFESSIONALI AGGIUNTIVE

A) PRESTAZIONI ESEGUIBILI SENZA AUTORIZZAZIONE

1. Sutura di ferita superficiale	3,36
2. Rimozione di punti di sutura e medicazione	12,34
3. Fleboclisi (unica: eseguibile in caso di intervento di urgenza)	12,34
4. Tamponamento nasale anteriore	5,63
5. Rimozione tappo di cerume	7,18
6. Rimozione di corpo estraneo	7,18
7. Prima medicazione (*)	12,34
8. Medicazioni successive	6,15
9. Toilette di perionichia suppurata	12,34
10. Riduzione della pronazione dolorosa dell'ulna	10,23

11. Riduzione della sublussazione articolare scapolo-omerale	15,91
12. Terapia iniettoria desensibilizzante (per seduta)	9,24
13. Asportazione di verruche	8,68
14. Iniezione endovenosa	6,15
15. Trattamento provvisorio di frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo piccoli segmenti	12,96
grandi segmenti	17,25
16. Frenulectomia linguale	14,67
17. Cateterismo vescicale	9,09
18. Drenaggio di ascesso sottocutaneo	37,18

PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE SANITARIA

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

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

B) VACCINAZIONI

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

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

Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del pediatra di prestazioni aggiuntive retribuite, sia singole per il chiarimento del quesito diagnostico od il monitoraggio delle patologie, che programmate, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato.

ART. 1

DEFINIZIONE

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

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

2. L'assistenza domiciliare a bambini con patologia cronica (ADI; ADP) è svolta assicurando al domicilio del paziente, con le modalità e le cadenze temporali definite nel programma concordato con il Responsabile di Distretto:
 - ✓ il monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;
 - ✓ il controllo dello sviluppo psicofisico del bambino;
 - ✓ la predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
 - ✓ le indicazioni ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;
 - ✓ l'attivazione di un sistema di rilevazione che consenta la realizzazione di "registri specifici per patologie" in modo da fornire dati oggettivi circa l'impatto epidemiologico della patologia nello specifico territorio;
 - ✓ l'individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o équipe socio sanitarie che operano nella AUSL in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso.

ART. 2

OBIETTIVI

1. Gli obiettivi del servizio sono:
 - ✓ aumentare il livello di integrazione sociale del minore e della famiglia eliminando il rischio di istituzionalizzazione o riducendo lo stesso per i periodi strettamente necessari a garantire programmi riabilitativi;
 - ✓ il contenimento delle complicanze invalidanti di tipo irreversibile;
 - ✓ la promozione della permanenza dei minori in famiglia;

- ✓ la razionalizzazione degli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi in piccoli pazienti con riacutizzazione di patologie croniche;
- ✓ l'avvio di interventi di dimissione protetta e/o ospedalizzazione domiciliare;
- ✓ la riduzione ricoveri impropri nonché dell'utilizzo improprio dei servizi ospedalieri;
- ✓ la creazione di reti di servizi tra loro fortemente integrati, afferenti al sistema sanitario e a quello socio-assistenziale di competenza comunale, in grado di assumere, anche mediante l'uso delle più moderne tecnologie, la responsabilità di gestire i problemi del bambino "fragile".

ART. 3

DESTINATARI DELL'ASSISTENZA

1. Fatta salva diversa determinazione regionale nell'ambito degli accordi decentrati, il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti dalle patologie di seguito elencate:
 - ✓ asma grave;
 - ✓ fibrosi cistica;
 - ✓ malattie cromosomiche e/o genetiche invalidanti;
 - ✓ sindrome di Down;
 - ✓ cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico;
 - ✓ artropatie con grave limitazione funzionale;
 - ✓ artrite reumatoide giovanile;
 - ✓ patologie oncoematologiche;
 - ✓ cerebropatie e cerebrolesioni, con forme gravi;
 - ✓ tetraplegia;
 - ✓ autismo e altre psicosi;
 - ✓ epilessie;
 - ✓ immunodeficienza congenita ed acquisita;
 - ✓ diabete mellito;
 - ✓ neonati a rischio di deficit neurosensoriali;
 - ✓ bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del Tribunale dei minori.

ART. 4

PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

1. Il servizio è attivato dal pediatra di concerto con il Direttore del Distretto di residenza del paziente anche su segnalazione di:
 - ✓ il responsabile dell'Unità Operativa ospedaliera all'atto della dimissione;

- ✓ servizi sociali;
 - ✓ familiari del paziente.
2. Per ogni singolo paziente il pediatra propone un programma articolato di interventi socio sanitari. Tale programma deve essere concordato con il Direttore del Distretto e dovrà contenere anche gli interventi demandati, per competenza, ad altri operatori della Azienda, nonché i momenti di verifica degli interventi stessi.
 3. Il Distretto comunica l'ingresso in assistenza integrata del paziente entro 48 ore.
 4. Il pediatra di libera scelta, nell'ambito degli interventi assistenziali:
 - ✓ ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
 - ✓ assicura gli interventi ambulatoriali e domiciliari ai pazienti destinatari dell'intervento, con le modalità e le cadenze previste dal programma concordato;
 - ✓ compila la scheda degli accessi fornita dall'Azienda presso il domicilio del paziente sulla quale vengono riportati gli interventi.
 5. Previo Accordo con il Distretto:
 - ✓ attiva le eventuali consulenze specialistiche;
 - ✓ attiva gli interventi infermieristici, riabilitativi e sociali programmati;
 - ✓ coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

ART. 5

COMPENSO ECONOMICO

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

ART. 6

DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

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

ART. 7

VERIFICHE

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

ART. 8

INTESE DECENTRATE

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.

ALLEGATO 7 – ASSISTENZA AMBULATORIALE A BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA.

ART. 1

1. L'assistenza Assistenza ambulatoriale a bambini con patologia cronica (AAP) è svolta assicurando presso l'ambulatorio del pediatra controlli clinici periodici: settimanali o quindicinali o mensili o a scadenze temporali definite in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:
 - ✓ il monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;
 - ✓ il controllo dello sviluppo psicofisico del bambino;
 - ✓ la predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
 - ✓ le indicazioni ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;
 - ✓ l'attivazione di un sistema di rilevazione che consenta la realizzazione di “ registri specifici per patologie” in modo da fornire dati oggettivi circa l'impatto epidemiologico della patologia nello specifico territorio ;
 - ✓ l'individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o équipe socio sanitari che operano nella AUSL in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione , trattamento e riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso.

ART. 2

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO AMBULATORIALE

1. Fatta salva diversa determinazione regionale nell'ambito degli accordi decentrati, il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti dalle patologie di seguito elencate:
 - ✓ Allergie gravi
 - ✓ Asma
 - ✓ Fibrosi cistica
 - ✓ Malattia celiaca
 - ✓ Malattie cromosomiche e/ o genetiche
 - ✓ Sindrome di Down
 - ✓ Cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
 - ✓ Gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione
 - ✓ Artrite reumatoide giovanile
 - ✓ Patologie oncoematologiche
 - ✓ Cerebropatie e cerebrolesioni, con forme gravi
 - ✓ Tetraplegia

- ✓ Disturbi del comportamento
- ✓ Epilessie
- ✓ Immunodeficienza congenita e acquisita
- ✓ Diabete mellito
- ✓ Neonati a rischio di deficit neurosensoriali (secondo il percorso allegato)
- ✓ Bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori.

ART. 3

1. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono le procedure per l'attivazione dell'assistenza, i compensi economici e le modalità di pagamento. Di seguito si forniscono indirizzi applicativi.
2. La segnalazione del caso che necessita di assistenza ambulatoriale può essere effettuata dal pediatra di libera scelta, dai competenti servizi sanitari e sociali e dalle famiglie;
3. L'esame del programma da parte del medico dell'Azienda deve avvenire, di norma, entro 7 giorni dalla segnalazione effettuata, secondo le modalità di cui sopra, al Distretto di residenza dell'assistito.
4. Al pediatra oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso onnicomprensivo nella misura di regola ammontante a Euro 18,90 per accesso.
5. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.
6. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al Distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.
7. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che devono essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

ALLEGATO 8 – PROGETTO SALUTE INFANZIA.

1. Le Regioni possono, nell'ambito della propria autonomia programmatica, prevedere l'attivazione del «Progetto salute infanzia», che rappresenta un qualificato sviluppo del programma delle «visite età filtro» previsto nel precedente Accordo. Il «Progetto salute infanzia», salve diverse determinazioni regionali, è costituito da un piano base che preveda almeno sei bilanci di salute, pianificati in età che possono permettere adeguati interventi di educazione sanitaria e profilassi delle malattie infettive in armonia con obiettivi di salute enunciati dal Patto per la Salute e con il nuovo calendario vaccinale stabilito dal vigente Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale.
2. Il pediatra è tenuto all'esecuzione delle visite età filtro secondo protocolli operativi, conformi al piano base del presente progetto, definiti mediante Accordi a livello regionale.
3. Tali protocolli devono prevedere un minimo di cinque bilanci di salute da eseguirsi nella fascia d'età zero sei anni secondo le tabelle seguenti, fatti salvi diversi Accordi regionali che possono prevedere lo svolgimento di ulteriori bilanci di salute di cui due entro il sesto anno di vita ed altri entro il periodo adolescenziale, per gli assistiti in carico. Al pediatra per ciascuno dei bilanci di salute spetta un compenso lordo di Euro 12,91, detratta la quota ENPAM a carico dell'Azienda.
4. La liquidazione dei compensi deve avvenire entro il secondo mese successivo alla presentazione del riepilogo. Il «Progetto salute infanzia» può prevedere, inoltre, livelli di implementazione legati ad obiettivi di educazione sanitaria e di profilassi delle malattie infettive e ulteriori azioni integrative che saranno oggetto di specifici accordi a livello regionale.
5. Qualora tali implementazioni dovessero rientrare nell'ambito di uno specifico progetto le Regioni, d'intesa con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, rideterminano i compensi.
6. Al fine di garantire l'opportunità di usufruire del «Progetto salute infanzia» a tutti gli assistiti ed in particolare a quelli appartenenti alle fasce sociali svantaggiate, le Aziende dovranno informare adeguatamente le famiglie sui tempi di esecuzione del progetto ed invitarle al puntuale rispetto delle scadenze previste.

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