



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Servizio "Sanità, lavoro e politiche sociali"

Codice sito: 4.10/2022/40/CSR

<p>CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME 22 Apr 2022 Prot. n. 2849/CSR</p>

Al Ministero della salute

- Gabinetto
gab@postacert.sanita.it
- Ufficio legislativo
leg@postacert.sanita.it

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- Gabinetto
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it
- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Coordinamento delle attività dell'Ufficio del Ragioniere generale dello Stato
rgs.ragionieregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it

E, p.c. Al Presidente della Conferenza
delle Regioni e
delle Province autonome
c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna
Coordinatore Commissione salute
sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

All'Assessore della Regione Piemonte
Coordinatore Vicario Commissione salute
commissione.salute@cert.regione.piemonte.it

All'Assessore della Regione Lombardia
Vice-Coordinatore Commissione salute
welfare@pec.regione.lombardia.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province
autonome di Trento e Bolzano
(CSR PEC LISTA 3)



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

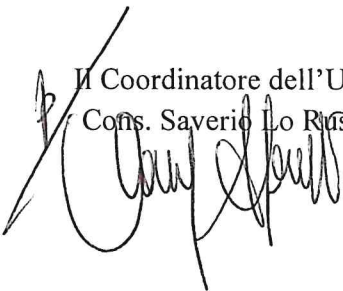
Oggetto: Intesa, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, Rep. Atti n.164/CSR, sull'ipotesi di Accordo Collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di libera scelta, ai sensi dell'articolo 8 del d.lgs. 502 del 1992 e s.m.i. Triennio 2016-2018.

Si trasmette la nota del 15 aprile 2022 con la quale la Conferenza delle Regioni ha inviato l'ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale indicato in oggetto, corredata dai pareri del Comitato di Settore e dalla certificazione positiva della Corte dei Conti, al fine di renderlo esecutivo con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni, così come previsto dall'articolo 2-*nonies*, della legge 26 maggio 2004, n. 138, di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81.

La documentazione relativa al provvedimento in parola è disponibile sul sito: www.statoregioni.it, con il codice sito: 4.10/2022/40.

Il punto sarà iscritto all'ordine del giorno della prima seduta utile della Conferenza.

Il Coordinatore dell'Ufficio
Cons. Saverio Lo Russo





CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME
IL PRESIDENTE

Prot. n. 2722/C1PERS/C7SAN/CSR

Roma, 15 aprile 2022

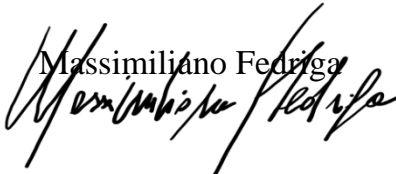
Gentile Ministro,

desidero informarLa che a seguito della sottoscrizione avvenuta il 20 gennaio e il 10 febbraio 2022 delle Ipotesi degli AACCNN per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale e della Pediatria di libera scelta, è stato avviato l'iter per la definitiva approvazione degli Accordi.

Nelle sedute del 14 febbraio e del 24 marzo 2022 è stato acquisito il parere favorevole del Comitato di settore Regioni – Sanità e successivamente la Corte dei Conti, con nota del 14 aprile 2022, ha comunicato la certificazione positiva.

Al fine di completare l'iter procedurale con l'acquisizione della prevista Intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, Le trasmetto copia delle Ipotesi di Accordo, i pareri del Comitato di Settore e la certificazione positiva della Corte dei Conti per l'iscrizione degli argomenti all'ordine del giorno nella prima seduta utile della Conferenza Stato-Regioni.

Grato dell'attenzione, Le invio i miei più cordiali saluti

Massimiliano Fedriga


All.ti c.s.

On. Mariastella Gelmini
Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie



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

Prot. n. 38/COMITATOREG-SAN

Roma, 24 marzo 2022

Dott. Marco Luca Caroli
Coordinatore SISAC

Gentile Coordinatore,

in relazione all'ipotesi di ACN per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni - triennio normativo ed economico 2016-2018, da Voi trasmessa con nota prot. n. 190 del 24 febbraio 2022, Le comunico il parere favorevole di questo Comitato di settore.

Con i migliori saluti.


Davide Carlo Caparini



CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO I PRESIDENTI DI COORDINAMENTO

Alla SISAC
Struttura Interregionale Sanitari
convenzionati
Via Barberini, 47
00187 ROMA

Alla Presidenza del Consiglio dei ministri
Conferenza permanente per i rapporti tra
lo Stato, le Regioni e le Province autonome
di Trento e di Bolzano
Via della Stamperia, 8
00187 ROMA

Al Ministero dell'economia e delle finanze
Dipartimento della Ragioneria generale
dello Stato - IGOP
Via XX Settembre, 97
00187 ROMA

Alla Conferenza delle Regioni e delle
Province autonome
Segretariato generale
Via Parigi, 11
00185 ROMA

Al Comitato di Settore per il Comparto
Regioni - Sanità
Via Parigi, 11
00185 ROMA



CORTE DEI CONTI

Al Ministero della salute
Lungotevere Ripa, 1
00153 - Roma

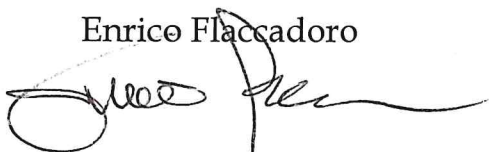
Oggetto:

Ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - Triennio 2016-2018.

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 - Triennio 2016-2018.

Si comunica che, in data odierna, le Sezioni riunite in sede di controllo della Corte dei conti hanno rilasciato certificazione positiva alle ipotesi di accordo in epigrafe con le osservazioni e le raccomandazioni contenute nei rapporti allegati alle deliberazioni in corso di stesura.

Enrico Flaccadoro



Carlo Chiappinelli



CORTE DEI CONTI



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 – TRIENNIO 2016-2018

In data 10 febbraio 2022 alle ore 12:00 ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i 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. Marco Luca Caroli

firmato

e le seguenti Organizzazioni Sindacali:

FIMP

firmato

SIMPEF

firmato

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 il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

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

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

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

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

Visto l'articolo 1, comma 470 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Vista la Legge 11 dicembre 2016, n. 232;

Visto l'articolo 1, comma 683 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205;

Visto l'articolo 9-quater del Decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2015, n. 125;

Visto il Decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 convertito, con modificazioni, dalla Legge 5 giugno 2020, n. 40;

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

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 febbraio 2017;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, Intesa sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019»;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 14/CSR del 2 febbraio 2017, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute";

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 113/CSR del 21 giugno 2018, Intesa, sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta- triennio 2016-2018.

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

INDICE

INDICE.....	4
TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI.....	6
CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE.....	6
Art. 1 – Quadro di riferimento.....	6
Art. 2 – Campo di applicazione e durata dell’Accordo.....	7
Art. 3 – Livelli di contrattazione.....	8
Art. 4 – Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale.....	10
Art. 5 – Incrementi.....	11
Art. 6 – Flussi informativi.....	12
Art. 7 – Tavolo di consultazione nazionale.....	13
CAPO II – CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	14
Art. 8 – Istituzione delle forme organizzative (AFT e UCCP).....	14
Art. 9 – Partecipazione alla Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP).....	15
Art. 10 – Il coordinatore di UCCP.....	16
Art. 11 – Comitato regionale.....	17
Art. 12 – Comitato aziendale.....	18
Art. 13 – Programmazione delle attività della pediatria di libera scelta.....	19
CAPO III – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI.....	20
Art. 14 – Rappresentanza sindacale.....	20
Art. 15 – Rappresentatività.....	21
Art. 16 – Diritti sindacali.....	22
Art. 17 – Partecipazione a comitati e commissioni.....	23
Art. 18 – Esercizio del diritto di sciopero.....	24
CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.....	25
Art. 19 – Graduatoria regionale e graduatorie aziendali per incarichi temporanei e sostituzioni.....	25
Art. 20 – Incompatibilità.....	27
Art. 21 – Sospensione dagli incarichi e dalle attività convenzionali.....	29
Art. 22 – Assenze per incarichi istituzionali.....	31
Art. 23 – Cessazione, revoca e decadenza dell’incarico convenzionale.....	32
Art. 24 – Procedimento di contestazione.....	33
Art. 25 – Formazione continua (ECM).....	37
Art. 26 – Attività didattica.....	38
Art. 27 – Libera professione.....	39
TITOLO II – ATTIVITÀ DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.....	40
Art. 28 – Caratteristiche generali delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT).....	40
Art. 29 – Il referente di AFT.....	42

Art. 30 – Rapporto ottimale.....	43
Art. 31 – Assegnazione di incarichi e instaurazione del rapporto convenzionale.....	44
Art. 32 – Procedure per l’assegnazione di incarichi.....	46
Art. 33 – Requisiti degli studi medici.....	49
Art. 34 – Sostituzioni.....	51
Art. 35 – Incarichi provvisori.....	52
Art. 36 – Massimale di scelte e sue limitazioni.....	53
Art. 37 – Scelta del pediatra.....	54
Art. 38 – Revoca e ricsuzione della scelta.....	56
Art. 39 – Revoche d’ufficio.....	57
Art. 40 – Effetti economici di scelta, revoca e ricsuzione.....	58
Art. 41 – Compiti e funzioni del pediatra di libera scelta.....	59
Art. 42 – Attività prescrittiva.....	62
Art. 43 – Visite occasionali.....	64
Art. 44 – Trattamento economico del pediatra di libera scelta.....	65
Art. 45 – Contributi previdenziali.....	68
Art. 46 – Attività Territoriali Programmate.....	69
NORME FINALI.....	70
NORME TRANSITORIE.....	71
DICHIARAZIONI A VERBALE.....	72
ALLEGATI.....	73
Allegato 1 – Assistenza proattiva.....	73
Allegato 2 – Procedure tecniche per la rilevazione delle ore di disponibilità sindacale.....	74
Allegato 3 – Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell’area della pediatria di libera scelta.....	76
Allegato 4 – Titoli per la formazione della graduatoria regionale.....	80
Allegato 5 – Disposizioni per favorire il ricambio generazionale dei pediatri di libera scelta.....	82
Allegato 6 – Codice di comportamento dei pediatri di libera scelta.....	87
Allegato 7 – Prestazioni aggiuntive.....	88
Allegato 8 – Assistenza domiciliare ai bambini con patologia cronica.....	90
Allegato 9 – Assistenza ambulatoriale a bambini con patologia cronica.....	94
Allegato 10 – Progetto Salute Infanzia.....	96

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE

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.
2. La sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale e la crescente esigenza di qualificazione dei servizi sanitari territoriali richiedono una nuova organizzazione del sistema delle cure primarie valorizzando i pediatri di libera scelta e promuovendo l'integrazione con altre figure professionali. Con il presente rinnovo contrattuale si dà attuazione alla riforma introdotta nell'ordinamento vigente con la Legge 8 novembre 2012, n. 189 con riferimento, in particolare, alle disposizioni contenute nell'articolo 1.
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 sull'intero territorio regionale e della tutela del rapporto individuale di lavoro con i pediatri di libera scelta convenzionati, valorizzando il rapporto fiduciario medico-paziente.
4. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali ribadiscono la validità del Servizio Sanitario Nazionale solidale, universale ed equo, quale organizzazione fondamentale per la tutela e la promozione della salute.
5. Nel contesto legislativo e regolamentare in cui opera, il presente Accordo Collettivo Nazionale risponde anche agli indirizzi del Patto per la Salute, con particolare riferimento a PDTA, cronicità, integrazione sociosanitaria, attività di prevenzione, valorizzazione del territorio, nonché agli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale ai sensi dell'articolo 4.

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

1. Ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni il presente Accordo Collettivo Nazionale regola sotto il profilo economico e giuridico, l'esercizio delle attività professionali tra i pediatri di libera scelta e le Aziende Sanitarie, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del S.S.N., dei compiti e delle attività per la tutela della salute dei minori fino al compimento del quattordicesimo anno di età.
2. In questo contesto e in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge, il pediatra di libera scelta esercita un'attività libero-professionale contrattualizzata e regolamentata dall'ACN nel rispetto del modello organizzativo regionale per il perseguimento delle finalità del S.S.N.
3. L'assetto organizzativo è determinato dalla programmazione regionale nel rispetto della normativa vigente e del presente ACN.
4. Il presente Accordo, relativo al triennio 2016-2018, 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 S.S.N., 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, 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 medico 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;
 - g) la responsabilità delle Regioni e delle Aziende Sanitarie nei confronti della piena applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale;
 - h) i criteri generali della formazione obbligatoria, nei suoi principali aspetti.
4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, anche in considerazione di quanto previsto dal successivo articolo 4, 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 8, comma 3.

5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale (AAA), in applicazione dell'AIR, specifica i progetti e le attività dei pediatri convenzionati necessari all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi individuati dalla programmazione regionale, tenuto conto anche della programmazione di cui all'articolo 13.
6. Ai sensi dell'articolo 40, comma 3-quinquies del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., come richiamato dall'articolo 52, comma 27 della L. 27 dicembre 2002, n. 289, eventuali clausole degli Accordi regionali ed aziendali in contrasto 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.

7. Gli Accordi regionali ed aziendali sono trasmessi alla SISAC entro 30 (trenta) giorni dall'entrata in vigore. Gli Accordi aziendali sono trasmessi anche al Comitato regionale entro il medesimo termine.

ART. 4 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE.

1. La programmazione regionale finalizzerà gli AAIIRR alle esigenze assistenziali del proprio territorio, tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:
 - a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.)*. Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta alla presa in carico degli assistiti affetti da malattie rare o croniche e ad alta complessità per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.
 - b) *PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.) 2017-2019*. La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il P.N.P.V. 2017-2019 propone il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età. Le Regioni sono impegnate a individuare il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e nell'ambito degli AAIIRR possono prevedere una attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.
 - c) *ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO*. L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AAIIRR prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei pediatri di libera scelta e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.
 - d) *GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA*. Nell'ambito degli AAIIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere prevista specificamente la partecipazione dei pediatri di libera scelta ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di *follow-up* nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti.

ART. 5 – INCREMENTI.

1. Preso atto delle disposizioni assunte dal Governo in materia finanziaria, come da atti di indirizzo pervenuti, le parti concordano che l'erogazione delle risorse relative agli incrementi residui del triennio 2016-2018 secondo le modalità definite dal presente articolo, decorrono dalla scadenza del termine di sei mesi dalla fine dell'emergenza pandemica COVID-19 indicato dall'art. 38, comma 2, del D.L. 8 aprile 2020, n. 23, come modificato dalla Legge di conversione 5 giugno 2020, n. 40. Fino a tale data le risorse restano erogate con le modalità indicate dalla predetta disposizione normativa. Dal giorno successivo la scadenza di tale termine, le medesime risorse vengono riassegnate ai pediatri di libera scelta, secondo la seguente tabella i cui valori sono da considerarsi al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda:

Pediatri di Libera Scelta

TABELLA A1 – Incrementi

Decorrenza	€/anno per assistito	Riferimento ACN
dal 1° giorno successivo la scadenza del termine di cui all'art. 38, comma 2, del D.L. 8 aprile 2020, n. 23	2,44	Articolo 44, comma 1, lettera A, punto I
dal 1° giorno successivo la scadenza del termine di cui all'art. 38, comma 2, del D.L. 8 aprile 2020, n. 23	3,17	Articolo 44, comma 1, lettera B, punto I

Conseguentemente, a far data dal 1° giorno successivo la scadenza del termine di cui all'art. 38, comma 2 del D.L. 8 aprile 2020, n. 23, il compenso forfetario annuo per assistito di cui all'articolo 44, comma 1, lettera A, punto I, è rideterminato in Euro 86,31 (ottantasei/31).

ART. 6 – FLUSSI INFORMATIVI.

1. I pediatri di libera scelta aderiscono, ai sensi della normativa vigente, al sistema informativo nazionale avvalendosi dei sistemi informativi regionali e assolvono ai compiti informativi derivanti da provvedimenti nazionali e regionali.
2. Il pediatra assolve al debito informativo ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:
 - a) sistema informativo nazionale (NSIS);
 - b) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
 - c) fascicolo sanitario elettronico (FSE).
3. Il pediatra assolve, altresì, agli obblighi previsti dal flusso informativo definito dalla Regione, senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei pediatri di libera scelta e sulla base degli ulteriori compiti previsti per il raggiungimento di specifici obiettivi.
4. L'inadempienza agli obblighi di cui al comma 2, lettera b), 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. 7 – TAVOLO DI CONSULTAZIONE NAZIONALE.

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.
4. La SISAC attiva un tavolo di consultazione nazionale con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, che si riunisce almeno una volta l'anno, al fine di operare un confronto sulle informazioni di cui al comma 2. Dal confronto possono emergere proposte condivise per le quali la SISAC può farsi promotrice presso gli Organi preposti in sede di rinnovo contrattuale.

CAPO II – CONTESTO ORGANIZZATIVO

ART. 8 – ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE (AFT E UCCP).

1. Ai sensi della normativa vigente i pediatri di libera scelta operano all'interno del nuovo assetto definito dell'articolo 2, comma 3 del presente Accordo e aderiscono 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 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 forme organizzative multi professionali del Distretto tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure;
 - c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP, anche tramite idonei sistemi informatici senza oneri a carico dei pediatri di libera scelta.
3. La attuazione di quanto previsto dal precedente comma deve avvenire a seguito dei nuovi Accordi Integrativi Regionali da perfezionarsi entro dodici mesi decorrenti dalla definizione degli atti di programmazione di cui al comma 2.

ART. 9 – PARTECIPAZIONE ALLA UNITÀ COMPLESSA DI CURE PRIMARIE (UCCP).

1. La UCCP rappresenta la forma organizzativa multiprofessionale che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende Sanitarie, 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 con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi.
2. La UCCP garantisce il carattere multiprofessionale 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. Ogni AFT è collegata funzionalmente alla UCCP di riferimento. I pediatri di libera scelta si raccordano tramite il coordinamento della AFT alle attività della UCCP nel rispetto della programmazione regionale in tema di percorsi di assistenza specifica per l'età 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, come previsto dall'articolo 8, comma 1, lettera b-ter del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 modificato dalla L. 8 novembre 2012, n. 189.

ART. 10 – 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:
 - il coordinatore deve espressamente accettare l'incarico, essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per il periodo previsto;
 - l'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza;
 - 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;
 - l'incarico ha una durata di norma triennale.
2. Al coordinatore di UCCP sono 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. Il coordinatore predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dall'UCCP per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base degli indicatori di processo e di risultato definiti dall'Azienda.
4. 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 44, comma 1, lettera B, punto II.
5. Il Direttore Generale dell'Azienda nomina il coordinatore di UCCP, ne valuta annualmente i risultati e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

ART. 11 – COMITATO REGIONALE.

1. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo in ciascuna Regione è istituito un Comitato paritetico composto dalle delegazioni trattanti dei rappresentanti della Regione e dei rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo purché dotate di un terminale associativo domiciliato in Regione riferito al presente ambito contrattuale.
2. Il Comitato è composto da almeno un componente o da un suo delegato per ciascuna Organizzazione Sindacale in possesso dei requisiti di cui al comma precedente e da un ugual numero di componenti o delegati designati dalla Regione. La Regione determina una differente consistenza numerica del Comitato, tenendo conto della consistenza associativa delle Organizzazioni Sindacali.
3. L'Assessore regionale alla Sanità o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato.
4. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato per posta elettronica certificata almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione. Tale termine può essere derogato per motivi di urgenza.
5. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
6. Le Organizzazioni Sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per iscritto richiesta di convocazione o di inserimento di argomenti all'ordine del giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'ordine del giorno devono pervenire almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione.
7. La riunione del Comitato è valida con la presenza della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno delle deleghe.
8. Le determinazioni del Comitato hanno validità se assunte unitariamente o con il parere favorevole della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno delle deleghe.
9. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
 - a) definire gli Accordi Integrativi Regionali;
 - b) formulare pareri e proposte sulla programmazione sanitaria regionale;
 - c) fornire indirizzi alle Aziende ed ai Comitati Aziendali per l'uniforme applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale;
 - d) verificare l'attuazione dell'AIR attraverso il monitoraggio degli Accordi Attuativi Aziendali.
 - e) formulare indirizzi sui temi della formazione di interesse regionale;
 - f) avanzare proposte su obiettivi e progetti di prioritario interesse per la pediatria di libera scelta.
10. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per lo svolgimento periodico dei compiti assegnati al Comitato regionale.

ART. 12 – COMITATO AZIENDALE.

1. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore dell'Accordo Integrativo Regionale in ciascuna Azienda è costituito un Comitato paritetico composto dalle delegazioni trattanti dei rappresentanti dell'Azienda e dei rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un terminale associativo domiciliato localmente riferito al presente ambito contrattuale.
2. Il Comitato è composto da un componente o da un suo delegato per ciascuna Organizzazione Sindacale e da un ugual numero di componenti o delegati designati dalla Azienda. L'Azienda determina una differente consistenza numerica del Comitato, tenendo conto della consistenza associativa delle Organizzazioni Sindacali.
3. Il Direttore Generale dell'Azienda o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato.
4. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato per posta elettronica certificata almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione. Tale termine può essere derogato per motivi di urgenza.
5. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
6. Le Organizzazioni Sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per iscritto richiesta convocazione o di inserimento di argomenti all'ordine del giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'ordine del giorno devono pervenire almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione.
7. La riunione del Comitato è valida con la presenza della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno delle deleghe.
8. Le determinazioni del Comitato hanno validità se assunte unitariamente o con il parere favorevole della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano almeno il 50% più uno delle deleghe.
9. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
 - a) definire gli Accordi Attuativi Aziendali;
 - b) formulare pareri nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale (ad esempio: variazione degli ambiti territoriali di iscrizione dei pediatri di libera scelta, individuazione delle zone disagiate, individuazione delle zone carenti, ecc...);
 - c) monitorare l'applicazione dell'Accordo Attuativo Aziendale;
 - d) monitorare il funzionamento delle AFT e delle UCCP.
10. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per lo svolgimento periodico dell'attività del Comitato.

ART. 13 – PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA.

1. Nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. l'Azienda definisce gli interventi per la promozione e lo sviluppo della pediatria di libera scelta, in coerenza con il proprio modello organizzativo, individuando:
 - a) gli obiettivi di salute che si intendono perseguire, con particolare riferimento alla realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) e in considerazione di quanto previsto all'Allegato 1 sull'assistenza proattiva;
 - b) le attività e i volumi di prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera a).

CAPO III – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI

ART. 14 – 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 e non possono essere dirigenti di altre Organizzazioni Sindacali.

ART. 15 – 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 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 e al riversamento delle stesse sul conto corrente intestato alla Organizzazione Sindacale, 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 e s.m.i. e del precedente articolo 14, 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. I rappresentanti di ciascuna Organizzazione Sindacale 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 delle deleghe complessive.
4. 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. La rilevazione delle deleghe sindacali è effettuata annualmente dalla SISAC, che certifica la consistenza associativa e la comunica entro il 31 ottobre, e comunque non oltre il 31 dicembre di ogni anno, alle Organizzazioni Sindacali.
5. 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.
6. Sono prese in considerazione ai fini della misurazione del dato associativo esclusivamente le deleghe rilasciate dai pediatri di libera scelta di importo superiore alla metà del valore medio delle trattenute richieste da tutte le Organizzazioni Sindacali rappresentative nel corso del precedente anno solare. La SISAC rende noto annualmente il relativo valore mensile di riferimento.

ART. 16 – DIRITTI SINDACALI.

1. Per lo svolgimento durante l'attività di servizio dell'attività sindacale, debitamente comunicata da parte dei rappresentanti nazionali, regionali ed aziendali, appartenenti alle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative e firmatarie presente Accordo si applicano le disposizioni dell'articolo 21 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., sulla base delle modalità di rilevazione di cui all'articolo 15, commi 4 e 6 del presente Accordo.
2. Il legale rappresentante nazionale del sindacato e/o, su espressa delega dello stesso, il legale rappresentante regionale comunica alle Aziende, per il tramite delle procedure informatiche predisposte dalla SISAC, entro e non oltre un mese dalla certificazione di cui all'articolo 15, comma 4 del presente Accordo, i nominativi dei propri rappresentanti, l'Azienda di appartenenza e le ore assegnate.
3. La SISAC trasmette le comunicazioni di competenza, con le procedure informatiche di cui al precedente comma 2. Ogni eventuale variazione in corso d'anno deve essere tempestivamente registrata dall'Organizzazione Sindacale utilizzando la stessa procedura informatica.
4. Le procedure informatiche sono predisposte dalla SISAC sulla base dell'Allegato 2 del presente Accordo.
5. Il rappresentante sindacale ha diritto alla sostituzione per garantire l'adempimento di tutte le funzioni e compiti previsti dal presente Accordo e dagli Accordi Integrativi Regionali, nei limiti delle ore assegnate dalla O.S. rappresentata e comunque per un importo non superiore alla retribuzione da egli percepita nel mese precedente.
6. I rappresentanti sindacali comunicano mensilmente alla propria Azienda il nominativo del sostituto e il numero delle ore di sostituzione utilizzate nel mese precedente. Entro il mese successivo l'Azienda provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, avendo a riferimento il compenso orario di cui all'articolo 47, 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, al netto degli oneri previdenziali e fiscali. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale. La sostituzione è effettuata ai sensi dell'articolo 34 del presente ACN e non si configura come rapporto di lavoro continuativo.

ART. 17 – PARTECIPAZIONE 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 dal pediatra preventivamente comunicate e comprovate da attestazioni ufficiali.

ART. 18 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO.

1. L'esercizio del diritto di sciopero, le prestazioni indispensabili e le loro modalità di erogazione e quanto altro previsto dalla Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, sono regolamentati secondo quanto previsto dall'Allegato 3 del presente Accordo, recante l'Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della pediatria di libera scelta.

CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

ART. 19 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI.

1. I pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività previste dal presente Accordo sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità con procedure tese allo snellimento burocratico ed al rispetto dei tempi.
2. I pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 20, 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. Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria di cui al comma 6.
3. I pediatri di libera scelta già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono far domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.
4. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria i pediatri di cui al comma 2 devono trasmettere a mezzo procedura telematica definita dalla Regione, entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, una domanda in bollo integrata ai sensi della normativa vigente con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente oltre al punteggio per il titolo di cui al comma 2, lettera c). La domanda di inclusione deve essere rinnovata di anno in anno e deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'Allegato 4. La Regione può prevedere che nella medesima domanda il pediatra esprima la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali di cui al comma 7 e ad accedere alla procedura di ricambio generazionale di cui al successivo comma 10.
5. L'amministrazione regionale, o l'Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui all'Allegato 4, predispone la graduatoria, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito.
6. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione i pediatri interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, istanza

motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria definitiva è approvata dall'Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 30 novembre di ciascun anno. La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale.

7. Le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva di cui al comma precedente, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:
 - a) pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
 - b) pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.
8. Le domande di partecipazione all'avviso di cui al comma 7, in bollo, devono essere trasmesse entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda, fatto salvo il caso di adozione della procedura di cui al comma 4, ultimo capoverso. I pediatri di cui al precedente comma, lettera b) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.
9. La Regione può provvedere alla attuazione di quanto disposto dal presente articolo adottando differenti modalità di trasmissione delle domande tese comunque alla semplificazione dell'iter amministrativo, alla riduzione degli adempimenti dei pediatri aspiranti all'incarico ed alla limitazione degli oneri sostenuti.
10. I pediatri iscritti alla graduatoria di cui al comma 1 possono chiedere di accedere alla procedura di ricambio generazionale derivante dalla Anticipazione della Prestazione Previdenziale (di seguito denominata APP), di cui all'Allegato 5 del presente Accordo. Tale richiesta deve essere effettuata o confermata entro il termine del 30 aprile dell'anno di riferimento della graduatoria.

ART. 20 – INCOMPATIBILITÀ.

1. Ai sensi del punto 6, comma 3, 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 S.S.N. 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 partecipante 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 S.S.N.;
 - 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 scelta;
 - 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 S.S.N. 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, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia;
 - k) fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP), di cui all'Allegato 5 del presente Accordo.
2. Il pediatra che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni e integrazioni, fatto salvo quanto previsto

dall'articolo 36 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 19, deve essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.
4. Con particolare riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità, il pediatra deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, secondo quanto previsto dalla norma finale n. 4 del presente Accordo.
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 23, comma 3, ovvero la revoca, come previsto dall'articolo 23, comma 2.

ART. 21 – SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI E DALLE ATTIVITÀ CONVENZIONALI.

1. Il pediatra di libera scelta è sospeso dagli incarichi nei seguenti casi:
 - a) esecuzione dei provvedimenti di cui all'articolo 24;
 - 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;
 - e) frequenza ad un corso di dottorato di ricerca previa autorizzazione dell'Azienda.
2. Il pediatra è sospeso dalle attività nei seguenti casi:
 - a) in caso di malattia o infortunio per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque; per la durata complessiva della inabilità temporanea assoluta, in caso di infortunio o malattia occorsi nello svolgimento della propria attività professionale. Tali condizioni devono essere comunicate dal pediatra all'Azienda;
 - b) per documentati motivi assistenziali nei riguardi di familiare con gravi motivi di salute, fino ad un massimo di 30 giorni nell'anno, anche frazionabili;
 - c) incarichi organizzativi o di dirigenza che prevedano assunzione di responsabilità ed autonomia gestionale ed organizzativa presso il S.S.N. 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;
 - d) partecipazione, preventivamente autorizzata dall'Azienda, ad iniziative istituzionali a carattere umanitario e di solidarietà sociale;
 - e) partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'articolo 25 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, relativamente a quanto previsto al comma precedente, le modalità e la percentuale di sostituzione.

5. Il pediatra, per gravidanza e puerperio, può richiedere la sospensione totale o parziale dell'attività lavorativa per tutto il periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti con sostituzione a proprio carico. Per adozione o affido di minore il pediatra di libera scelta può richiedere la sospensione dall'attività per un periodo di durata pari a quello previsto dall'articolo 26 del D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151.
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, di cui al comma 1, non sono considerati, a nessun titolo, come attività di servizio convenzionale e non comportano la erogazione del trattamento economico e previdenziale a carico del S.S.N. per l'intero periodo, fatta eccezione per i pediatri di libera scelta che comunque assicurino la disponibilità del proprio studio per l'attività convenzionale, ai quali è riconosciuto il compenso di cui all'articolo 44, comma 1, lettera A, punti I e II, inclusi i relativi oneri previdenziali ed assicurativi.
9. Nei casi previsti dal presente articolo il pediatra è sostituito secondo le modalità stabilite dall'articolo 34 del presente ACN. Nei periodi di sospensione dall'incarico, di cui al comma 1, l'onere della sostituzione è a carico dell'Azienda.
10. In caso di sospensione il pediatra titolare mantiene le scelte in carico.
11. Il provvedimento di sospensione dall'incarico convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda Sanitaria.
12. Ad eccezione di quanto previsto al comma 2, lettere a) e b), la sospensione dall'attività convenzionale deve essere comunicata da parte del pediatra all'Azienda con un preavviso minimo di 15 giorni.
13. Le autorizzazioni di cui al comma 2, lettere c) e d), sono richieste dal pediatra 30 giorni prima dell'evento e la risposta della Azienda 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. 22 – ASSENZE PER INCARICHI ISTITUZIONALI.

1. I pediatri di libera scelta con mandato parlamentare, i consiglieri regionali, coloro che sono chiamati a svolgere le funzioni pubbliche nelle Giunte regionali o degli altri Enti locali, nonché quelli nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i relativi mandati possono sospendere 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 47, comma 3 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, aumentato del 50%.
2. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del titolare.
3. La sostituzione è effettuata ai sensi dell'articolo 34 del presente ACN e non si configura come rapporto di lavoro continuativo.

ART. 23 – 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 ai sensi dell'articolo 24 del presente Accordo.
3. L'incarico decade per le seguenti motivazioni:
 - a) per 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 33;
 - 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 20 del presente Accordo;
 - f) mancato raggiungimento di un numero minimo di assistiti pari a 180 dopo tre anni di iscrizione nel medesimo elenco, sentito il Comitato di cui all'articolo 12;
 - g) l'aver compiuto il periodo massimo di sospensione dall'attività previsto dall'articolo 21, comma 2, lettera a).

Nei casi di decadenza, di cui alle lettere b) ed e), il pediatra può presentare nuova domanda di inclusione nella graduatoria regionale decorsi quattro anni dalla decadenza. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo in un ambito territoriale differente da quello detenuto all'atto della cessazione del precedente incarico.

4. Il provvedimento relativo alla risoluzione del rapporto convenzionale è adottato dal Direttore Generale della Azienda.
5. In caso di improvvisa cessazione dell'attività del pediatra titolare l'Azienda informa il genitore/tutore legale degli assistiti delle soluzioni adottate per garantire l'assistenza o della necessità di procedere alla scelta di un altro pediatra.

ART. 24 – PROCEDIMENTO DI CONTESTAZIONE.

1. I pediatri di libera scelta sono tenuti a comportamenti adeguati al proprio ruolo, a una condotta informata a principi di correttezza e rispetto di quanto previsto dall'Allegato 6 – Codice di comportamento del pediatra di libera scelta e all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente Accordo e dagli Accordi Regionali e Aziendali. Le contestazioni ai suddetti comportamenti avviano il procedimento disciplinare. Non possono essere oggetto di contestazione a carico del pediatra le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi, inadempienze di altri operatori o dell'Azienda.
2. Per le contestazioni relative a fatti di minore gravità per i quali sono previsti il richiamo verbale o il richiamo scritto è competente il Direttore del Distretto, il quale, sentito preliminarmente all'avvio del procedimento il referente di AFT e, ove necessario, il pediatra, procede a circostanziare il fatto al fine di valutare se proseguire o meno con la contestazione dell'addebito. Nel caso in cui il Direttore di Distretto ritenga che la contestazione da formulare sia relativa a fatti più gravi di quelli che comporterebbero il richiamo scritto, entro 20 (venti) giorni dalla notizia del fatto, trasmette gli atti all'UPDC dandone contestuale comunicazione all'interessato.
3. Per le contestazioni relative a fatti di maggiore gravità di cui al seguente comma 7, lettera b) l'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD), istituito presso ciascuna Azienda, assume la denominazione di Ufficio per i Procedimenti Disciplinari del personale Convenzionato (UPDC) sostituendo un proprio componente con uno in rapporto di convenzionamento di cui al presente Accordo, nominato dal Direttore Generale su una terna di nominativi proposti dal Comitato aziendale di cui all'articolo 12.
4. Nell'ambito del procedimento disciplinare, 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 Direttore del Distretto o l'UPDC 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;
 - b) il pediatra ha diritto di accesso agli atti istruttori del procedimento, salvo nei casi di atti sottratti all'accesso ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
 - c) la sanzione disciplinare deve essere adeguatamente motivata e notificata all'interessato.
5. Non può tenersi conto, ai fini di altro procedimento disciplinare, delle sanzioni disciplinari, decorsi due anni dalla loro irrogazione.
 6. In caso di più violazioni compiute con un'unica azione o omissione si applica la sanzione più grave.
 7. I modi e i tempi per l'avvio del procedimento e l'applicazione delle sanzioni sono i seguenti:

a) procedimento per il Direttore del Distretto:

- I. il Direttore del Distretto entro 15 (quindici) 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 15 (quindici) giorni, per il contraddittorio a sua difesa, con l'eventuale assistenza di un procuratore e/o di un rappresentante dell'Organizzazione Sindacale cui l'interessato aderisce o conferisce mandato;
- 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, fatto salvo particolari casi riconosciuti e certificati. Qualora il pediatra non produca alcuna controdeduzione scritta o non si presenti, il Direttore di Distretto dà corso comunque alla valutazione del caso;
- 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;

b) procedimento per l'UPDC:

- I. l'UPDC con immediatezza, e comunque non oltre 30 (trenta) giorni decorrenti dal ricevimento della segnalazione da parte del Direttore del Distretto, ovvero dal momento in cui abbia altrimenti avuto comunicazione formale dei fatti ritenuti di rilevanza disciplinare di propria competenza, sentito il Direttore del Distretto sul grado di gravità della violazione, provvede alla contestazione scritta dell'addebito e convoca l'interessato, con un preavviso di almeno 20 (venti) giorni, per l'audizione in contraddittorio a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore e/o di un rappresentante dell'Organizzazione Sindacale cui l'interessato aderisce o conferisce mandato;
- II. in caso di grave ed oggettivo impedimento, ferma la possibilità di depositare memorie scritte, il pediatra può formulare istanza motivata di differimento dell'audizione a sua difesa con proroga del termine per la conclusione del procedimento in misura corrispondente. Il rinvio del termine può essere concesso una sola volta nel corso del procedimento, fatto salvo particolari casi riconosciuti e certificati. Qualora il pediatra non produca alcuna controdeduzione scritta o non si presenti, l'UPDC dà corso comunque alla valutazione del caso;
- III. le determinazioni conclusive del procedimento disciplinare sono assunte dal Direttore Generale entro 120 (centoventi) giorni dalla contestazione dell'addebito.
- IV. l'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione, compreso l'eventuale deliberato, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del pediatra, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del D.L.vo n. 502/92 e s.m.i.

8. Nelle procedure di cui al presente articolo il Direttore di Distretto può essere sostituito dal Direttore di Dipartimento, se previsto dalla normativa regionale.
9. Le violazioni di cui al presente articolo danno luogo all'applicazione di sanzioni, avuto riguardo ai seguenti criteri:
- intenzionalità del comportamento, negligenza, imprudenza, tenuto conto anche della prevedibilità dell'evento;
 - rilevanza della infrazione e dell'inosservanza delle disposizioni contrattuali;
 - disservizio provocato;
 - occasionalità o ripetitività dell'infrazione;
 - recidiva di sanzioni disciplinari nel biennio precedente.
10. Le violazioni di minore gravità danno luogo all'applicazione del richiamo verbale e, per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale, al richiamo scritto da parte del Direttore di Distretto.
11. Le violazioni di maggiore gravità, tenuto conto dei criteri di cui al comma 9, danno luogo alle seguenti sanzioni da parte dell'UPDC:
- a) 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 per infrazioni gravi e per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo scritto;
 - b) sospensione dall'incarico per durata non inferiore a 1 mese e non superiore a 6 mesi per infrazioni di maggior gravità rispetto alla lettera precedente e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;
 - c) revoca dell'incarico con preavviso per infrazioni particolarmente gravi, per fatti illeciti di rilevanza penale e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione dall'incarico. Comportano, in ogni caso, la revoca con preavviso le seguenti violazioni:
 - mancato rispetto delle norme contrattuali in materia di espletamento di attività libero professionale;
 - accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, per prestazioni previste dagli Accordi rese ai propri assistiti o agli utenti;
 - mancato rispetto delle norme in tema di incompatibilità in costanza di incarico, ad esclusione della fattispecie prevista dall'articolo 23, comma 3, lettera e).
 - d) revoca dell'incarico senza preavviso per infrazioni relative agli obblighi deontologici, legali e convenzionali o per fatti illeciti di rilevanza penale. Tali infrazioni devono essere 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.
12. Al pediatra non può essere conferito un nuovo incarico convenzionale ai sensi del presente ACN in caso di revoca dell'incarico convenzionale:
- per condanna penale definitiva, in relazione alla quale è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro;

- per 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 suddetto rapporto;
 - senza preavviso, di cui al comma 11, lettera d), salvo il venir meno dei presupposti di adozione del provvedimento stesso di revoca.
13. Negli altri casi di revoca, il pediatra può presentare nuova domanda di inclusione nella graduatoria regionale decorsi due anni dalla cessazione. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo in un ambito differente da quello detenuto all'atto della revoca per motivi disciplinari.
 14. Per le fattispecie di cui al comma 11, lettere c) e d), il procedimento prosegue anche in caso di sopravvenuta cessazione del rapporto di convenzionamento del pediatra con l'Azienda.
 15. 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 di libera scelta, la decadenza dall'esercizio del diritto di difesa.
 16. Per quanto non previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni del Codice di Procedura Civile.

ART. 25 – 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, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
2. Le Regioni e/o le Aziende Sanitarie promuovono la programmazione dei corsi di formazione obbligatori sulla base dei Piani sanitari e formativi regionali e nazionali. Le Aziende Sanitarie adottano il Piano di Formazione Aziendale (PFA) attraverso le strutture e gli organi preposti alla formazione continua in collaborazione con gli animatori di formazione.
3. Il Piano di formazione è costruito sulla base dei bisogni formativi dei pediatri evidenziati dai dossier formativi, dell'analisi della situazione esistente, delle attività previste dagli Accordi decentrati.
4. I corsi ECM regionali e aziendali, la cui partecipazione è obbligatoria per il pediatra, garantiscono almeno il 70% del debito formativo annuale.
5. I corsi obbligatori di cui al comma 4 si svolgono, di norma, 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.
6. Il pediatra di libera scelta ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, necessari al completamento dei crediti previsti per l'aggiornamento obbligatorio ECM, anche attraverso la Formazione a Distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Regione o dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati ECM ed attinenti alle tematiche della pediatria. In ogni caso la partecipazione a tali corsi non può comportare oneri a carico dell'Azienda.
7. Danno luogo a crediti formativi le attività di formazione sul campo, previste dagli Accordi in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
8. Il pediatra che non frequenta per due anni consecutivi i corsi obbligatori è soggetto, salvo giustificati motivi, all'attivazione delle procedure disciplinari di cui all'articolo 24 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

ART. 26 – 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) la collaborazione con le Università per l'attività di insegnamento o tutoraggio pre-laurea o del corso di specializzazione in pediatria o collaborazione per il corso di formazione specifica in medicina generale.
2. Le attività didattiche indicate al comma precedente non possono determinare oneri derivanti dal presente ACN e non comportano riduzione del massimale individuale.

ART. 27 – 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 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 o comunque in modo da non arrecare pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali. 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 36, comma 7 e comunque non inferiore al rapporto ottimale di cui all'articolo 30. In tal caso il pediatra dà comunicazione all'Azienda all'atto della instaurazione del rapporto convenzionale, aggiornando la stessa preventivamente in caso di variazione della modalità organizzativa. Lo svolgimento di detta attività è subordinato all'espletamento dell'attività istituzionale all'interno della AFT.
3. Il pediatra di libera scelta non può svolgere in libera professione attività già previste dal presente Accordo e dagli accordi decentrati nei confronti dei propri assistiti.
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.
5. Nell'ambito dell'attività libero professionale il pediatra di libera scelta può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'articolo 9 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.

TITOLO II – ATTIVITÀ DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

ART. 28 – CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (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 monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti 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 rappresenta un modello organizzativo che non eroga direttamente assistenza sanitaria, ma realizza le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei pediatri che ne fanno parte.
3. La AFT garantisce l'assistenza pediatrica, come previsto al successivo comma 6, su un ambito territoriale, riferito alla popolazione 0-14 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.
4. Con la istituzione della AFT è comunque garantita la diffusione capillare degli studi dei pediatri di libera scelta nell'ambito dei modelli organizzativi regionali.
5. 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 servizi, anche cooperative. In ogni caso dette società di servizi non possono fornire prestazioni mediche.
6. Le funzioni 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 del Distretto l'assistenza pediatrica nei giorni feriali nella fascia oraria 8-20. La Regione determina le modalità per garantire il servizio tramite il coordinamento dell'apertura degli studi, ivi compresa la consulenza telefonica dei pediatri limitatamente ad alcune ore della giornata;
 - c) promuovere 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 ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico (FSE);
 - f) concorrere alla realizzazione degli obiettivi previsti dalla programmazione regionale ed aziendale;

- g) promuovere la condivisione fra i pediatri di libera scelta di percorsi assistenziali, anche in coordinamento con le strutture sanitarie del S.S.R., con le UCCP e con le AFT della medicina generale e della specialistica ambulatoriale, per la gestione delle patologie acute e croniche. A tal fine possono essere previste AFT con una sede di riferimento.
7. La AFT realizza le funzioni di cui al precedente comma, secondo il modello organizzativo regionale, in raccordo con la UCCP di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il *team* multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.
8. 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) garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, da quelli con patologia cronica di cui all'articolo 4, comma 1, lettera a) e bisogni assistenziali complessi. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di assistiti attivano l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei pediatri di libera scelta;
- b) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare in raccordo con il Distretto e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.
9. I pediatri di libera scelta sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla *privacy* e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni pediatra della AFT alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri pediatri operanti nella medesima AFT. Al referente di AFT è consentita 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.
10. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. 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.
11. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale sulla base della programmazione regionale, sentito il Comitato aziendale.

ART. 29 – IL REFERENTE DI AFT.

1. I pediatri di libera scelta componenti la AFT individuano al loro interno, con modalità definite nel regolamento di funzionamento di cui all'articolo 28, comma 11, un referente ed il suo sostituto. I pediatri proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere. Gli Accordi Integrativi Regionali disciplinano la durata del mandato e le modalità di svolgimento.
2. Tra i referenti di AFT del Distretto è individuato dall'Azienda il rappresentante dei pediatri di libera scelta componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.
3. Il referente di AFT promuove, in particolare, la realizzazione di quanto previsto dall'articolo 28, comma 1. Il referente promuove, altresì, il coordinamento delle attività dei pediatri al fine di garantire, nell'ambito delle attività distrettuali, la continuità dell'assistenza, che si realizza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso l'integrazione con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.
4. Il referente favorisce, per la parte che riguarda la AFT, l'integrazione dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la UCCP.
5. Il referente predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi di cui all'articolo 28, comma 10.
6. Il referente collabora con l'Azienda, in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per risolvere disservizi a seguito di segnalazioni.
7. 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 44, comma 1, lettera B, punto II.
8. Il Direttore Generale dell'Azienda ratifica la designazione e valuta annualmente il referente di AFT in relazione ai compiti di cui al presente articolo. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati di cui all'articolo 28, comma 10 del presente Accordo e sentiti i componenti della AFT, ovvero su richiesta dei componenti della AFT secondo quanto previsto dal regolamento di funzionamento di cui all'articolo 28, comma 11 del presente Accordo, il Direttore Generale dell'Azienda può procedere, anche prima della scadenza, al subentro del sostituto nella funzione fino alla nuova designazione ai sensi del precedente comma 1.
9. L'attuazione di quanto previsto dal presente articolo è demandata al regolamento di funzionamento di cui all'articolo 28, comma 11 del presente Accordo.

ART. 30 – RAPPORTO OTTIMALE.

1. Il rapporto ottimale pediatri di libera scelta/assistibili di età compresa tra 0 e 6 anni è pari a 1:600 riferito a ciascun ambito territoriale.
2. Gli Accordi Integrativi Regionali possono determinare rapporti ottimali diversi per singoli ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale, tenuto conto, in particolare, delle caratteristiche demografiche, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale, nonché di specifiche difficoltà assistenziali locali.
3. Nei Comuni comprendenti più Aziende, per la determinazione del rapporto ottimale, si fa riferimento alla popolazione complessiva 0-6 anni residente nel Comune.
4. 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. Il pediatra operante in un Comune comprendente più Aziende è iscritto nell'elenco di una sola Azienda. 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.
5. In tutti i Comuni, Circostrizioni e località con oltre 300 assistiti deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, sentito il Comitato aziendale. L'AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno di pediatri di libera scelta.
6. Il fabbisogno di pediatri di libera scelta viene regolato nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali, tenendo conto dei seguenti criteri:
 - a) capacità di acquisire assistiti da parte dei pediatri di libera scelta facenti parte di diversi ambiti territoriali della stessa AFT;
 - b) confronto del nuovo rapporto ottimale determinato dagli AAIIRR con il rapporto ottimale di cui al comma 1.

Qualora sia possibile soddisfare il fabbisogno in una AFT avvalendosi di pediatri già operanti nella Azienda, si provvede, sulla base di criteri da definire a livello regionale, alla procedura di mobilità interna di pediatri appartenenti ad ambiti territoriali diversi operanti nella medesima AFT, purché inseriti nel medesimo elenco di scelta da almeno 2 (due) anni. La zona resasi carente a seguito della procedura di mobilità è pubblicata secondo quanto previsto dall'articolo 31.

I pediatri disponibili sono graduati nell'ordine della maggiore anzianità di incarico a tempo indeterminato e della minore età.

7. Espletate le procedure di cui al comma precedente, qualora permanga un fabbisogno assistenziale, si procede all'inserimento di nuovi pediatri.
8. Al fine di garantire l'assistenza pediatrica, l'Azienda può procedere all'individuazione di un ambito territoriale carente anche in deroga al presente articolo, previo parere del Comitato aziendale.

ART. 31 – ASSEGNAZIONE DI INCARICHI E INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.

1. L'Azienda, in attuazione di quanto previsto all'articolo 30, comma 7 e tenuto conto del comma 8 del medesimo articolo, procede all'assegnazione di incarichi con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune, nella località o nella sede indicata.
2. La disponibilità di incarichi è resa nota tramite pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. Possono concorrere al conferimento di incarichi i pediatri di libera scelta già titolari di incarico a tempo indeterminato, i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso ed i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, secondo le procedure riportate all'articolo 32.
4. Espletate le procedure di cui all'articolo 32, il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato precisando che il pediatra dovrà operare nella AFT/UCCP di assegnazione. In caso di disponibilità di più incarichi nel medesimo ambito territoriale afferenti a diverse AFT, l'Azienda individua l'AFT di assegnazione tenendo conto delle preferenze eventualmente espresse dall'interessato. 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 32, comma 3 uno studio professionale secondo i requisiti di cui all'articolo 33 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 documentate 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. Al fine di agevolare l'inserimento del pediatra e per garantire l'assistenza nell'ambito territoriale assegnatogli, il pediatra, qualora l'Azienda metta a disposizione un ambulatorio ai sensi del successivo comma 10, a pena di decadenza deve avviare l'attività professionale entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di incarico, fatto salvo il rispetto dei termini di cui all'articolo 23, comma 1, lettera a) del presente Accordo. È fatta salva la possibilità di non utilizzare l'ambulatorio reso disponibile dall'Azienda aprendo, nel medesimo termine, il proprio studio professionale. Il pediatra può trasferire successivamente il proprio studio in altra sede, senza interruzioni dell'assistenza e nel rispetto delle eventuali prescrizioni ricevute all'atto dell'assegnazione dell'incarico.
7. Il pediatra comunica l'avvenuta apertura dello studio entro il termine di cui al comma 4, fatto salvo quanto previsto al comma 5, ovvero entro il termine di cui al comma 6. Entro 15 (quindici) giorni dalla comunicazione l'Azienda procede alla verifica dell'idoneità dello studio in rapporto ai requisiti di cui all'articolo 33 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.

8. 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.
9. 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 7.
10. L'Azienda, per le finalità di cui al comma 6, può consentire l'utilizzazione di un ambulatorio 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.
11. Il pediatra incaricato APP, all'atto del pensionamento definitivo ovvero della cessazione del rapporto per qualsiasi causa del pediatra titolare, è iscritto nell'elenco relativo al medesimo ambito territoriale del titolare cessato subentrando nel rapporto convenzionale.

ART. 32 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI.

1. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 30.
2. In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del pediatra, l'Azienda può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale ed eventualmente indicare una modalità articolata.
3. L'indicazione di cui al comma precedente costituisce vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 3 (tre) dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, il pediatra può chiedere all'Azienda di rimuovere tale vincolo in caso di pubblicazione di una nuova zona carente nell'ambito di scelta. Al momento del rilevamento della zona carente, l'Azienda, sentito il pediatra interessato, indica la sede da lui lasciata vacante come sede di pubblicazione della nuova zona carente. Lo spostamento dello studio può aver luogo esclusivamente con l'inizio dell'attività convenzionale del nuovo inserito.
4. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più ambiti territoriali carenti.
5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi secondo il seguente ordine:
 - a) per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel S.S.N.;
 - b) per trasferimento: i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel S.S.N.;
 - c) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale per l'anno in corso valida al momento della pubblicazione degli ambiti territoriali;
 - d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4.
6. I pediatri di cui al comma 5, lettere a) e b) sono graduati in base all'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 21, comma 1.
7. I pediatri di cui al comma 5, lettera c) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
 - a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19;
 - b) punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la

presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

- c) punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.
8. I pediatri di cui al comma 5, lettera d) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.
 9. In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri di cui al comma 5, lettere a) e b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.
 10. Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli ambiti per cui concorre.
 11. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella secondo il seguente ordine:
 - a) i pediatri di cui al comma 5, lettera a);
 - b) i pediatri di cui al comma 5, lettera b);
 - c) i pediatri di cui al comma 5, lettera c);
 - d) i pediatri di cui al comma 5, lettera d), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.
 12. Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più ambiti territoriali rimangano vacanti, la Regione o il soggetto da questa individuato, predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli ambiti territoriali sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i pediatri interessati. La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di 20 (venti) giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da parte dei pediatri, purché non titolari di incarico a tempo indeterminato nell'ambito del S.S.N.

La Regione, o il soggetto da questa individuato, procede alla valutazione delle domande pervenute secondo il seguente ordine di priorità:

- a) pediatri inseriti nelle graduatorie di altre Regioni;
- b) pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.

I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza e in caso di pari punteggio prevalgono, nell'ordine, la anzianità di specializzazione, il voto di specializzazione e la minore età. I candidati di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età, con priorità di interpello per i pediatri residenti nell'ambito carente, in Azienda e successivamente nella Regione e fuori Regione.

13. La Regione, o il soggetto individuato, indica nell'avviso di cui al comma 1 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei pediatri con un preavviso di 15 (quindici) giorni. Gli stessi termini e modalità si applicano alle procedure di cui al comma 12.
14. Il pediatra interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico o rinunciare all'assegnazione.
15. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o, in assenza di tale definizione, mediante posta elettronica certificata, 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. Il pediatra che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno.
16. Il pediatra che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 23, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.
17. Entro 7 (sette) giorni dall'accettazione, il pediatra deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 20 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.
18. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione di ambito territoriale carente, ai sensi del comma 5, lettera b), ad un pediatra proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto dal comma 16.
19. Per impreviste vacanze di incarichi o per sopravvenute esigenze straordinarie la Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure di cui ai commi 1 e 12, può procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo.

ART. 33 – 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 nei confronti del cittadino mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate.
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 strumenti di comunicazione con gli assistiti, di strumenti informatici idonei ad assolvere ai compiti di cui all'articolo 6.
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 private, incluse quelle autorizzate o accreditate, 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 con le restanti parti della struttura. Nello studio del pediatra può essere svolta esclusivamente attività istituzionale ai sensi del presente Accordo e la libera professione ai sensi dell'articolo 27.
5. L'orario giornaliero di apertura dello studio è concordato dal pediatra con il referente di AFT al fine di garantire quanto previsto dall'articolo 28, comma 6, lettera b), 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.

In applicazione di quanto previsto dall'articolo 36, comma 3 del presente Accordo, in presenza di un numero di assistiti superiore a 880, l'orario minimo non è inferiore a 18 ore settimanali.

Fermo restando il debito orario minimo, il pediatra è tenuto a garantire le ore definite dal referente di AFT per il coordinamento dell'orario di apertura degli studi necessario a garantire l'assistenza pediatrica.

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. 34 – SOSTITUZIONI.

1. Il pediatra di libera scelta ha l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio dell'assenza, di comunicare la durata e le motivazioni, nonché il nominativo del sostituto al referente di AFT in caso di sostituzione fino a tre giorni ovvero all'Azienda in caso di sostituzione di durata superiore. 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 può essere effettuata da pediatri operanti nella medesima AFT, secondo modalità e procedure concordate tra 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 19, comma 7, con priorità per i residenti nell'ambito di iscrizione del pediatra sostituito.
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 21, comma 1, provvede la Azienda utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7.
6. Il compenso spettante al pediatra che effettua la sostituzione è pari al 55% del compenso di cui all'articolo 44, 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 7 e le ulteriori prestazioni individualmente 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 pediatra 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 discipline equipollenti, i rapporti economici sono regolati secondo le norme previste dall'Accordo per la medicina generale, fatti salvi diversi Accordi Integrativi Regionali. Al pediatra sostituito è corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.

ART. 35 – INCARICHI PROVVISORI.

1. In attesa del conferimento di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta ai sensi dell'articolo 31, l'Azienda può conferire un incarico provvisorio utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito territoriale carente, nell'Azienda, successivamente nella Regione ed infine fuori Regione.
2. L'incarico provvisorio è conferito con durata non superiore a dodici mesi e cessa:
 - a) al raggiungimento del periodo massimo di dodici mesi;
 - b) al momento dell'inserimento del pediatra titolare, con comunicazione dell'Azienda da effettuarsi almeno un mese prima;
 - c) per recesso del pediatra incaricato, da comunicare secondo quanto previsto all'articolo 23, comma 1, lettera a).
3. Al pediatra per gli assistiti in carico vengono corrisposti i compensi previsti all'articolo 44, comma 1, lettera A, punti I e II ed i compensi per le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 7 e per le ulteriori prestazioni individualmente eseguite.

ART. 36 – 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, fascia di età esclusiva, 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.. Eventuali deroghe al massimale di 880 unità sono attivate dall'Azienda per necessità assistenziali in relazione a particolari situazioni locali o a particolari assetti organizzativi, ai sensi dell'articolo 48, comma 3, punto 5 della Legge 833/78 per un tempo determinato. Al raggiungimento di tali limiti, ciascun pediatra può acquisire nuovi assistiti con la ricusazione contestuale di un pari numero di scelte da individuare esclusivamente tra gli assistiti di età non inferiore a 13 anni.
3. Le scelte di cui all'articolo 37, commi 3, 4 e 5, una volta raggiunti i massimali di cui al comma 2, sono acquisibili nel limite massimo di 120 unità.
4. Le scelte di minori in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica sono acquisibili oltre il massimale di cui ai commi 2 e 6 del presente articolo.
5. I pediatri, che alla data di entrata in vigore dell'ACN hanno un numero di assistiti in carico superiore a quanto stabilito dal presente articolo, rientrano nel limite mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.
6. L'Azienda, sentito il parere del Comitato aziendale, può 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 non è modificabile, su richiesta del pediatra, prima di 3 (tre) anni dalla data di decorrenza della stessa. Al raggiungimento di tale limite, ciascun pediatra può acquisire nuovi assistiti con la ricusazione contestuale di un pari numero di scelte da individuare esclusivamente tra gli assistiti di età non inferiore a 13 anni. Per necessità assistenziali l'autorizzazione alla limitazione del massimale può essere revocata dall'Azienda, sentito il Comitato aziendale.
7. I compensi sono corrisposti fino al massimale (e le eventuali deroghe) di cui al comma 2 o fino al massimale individuale derivante da autolimitazione di cui al comma 6 e per le scelte di cui al comma 4. Le scelte di cui al comma 3 sono retribuite nel limite indicato. Sono altresì corrisposti i compensi per i minori in condizione di prolungamento dell'assistenza fino al sedicesimo anno di età di cui all'articolo 39, comma 2.
8. Ai fini del calcolo del massimale individuale, in caso di svolgimento di attività compatibili, l'impegno settimanale del pediatra equivale convenzionalmente ad un rapporto di 23 assistiti/ora.

ART. 37 – 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. Per i cittadini residenti la scelta è a tempo indeterminato salvo revoca.
2. Nell'ambito dell'Azienda, il genitore o il tutore legale sceglie il pediatra 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 al fine del mantenimento della continuità assistenziale, così come indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 8 maggio 2003, rep. n. 1705. L'Azienda provvede all'iscrizione temporanea previo accertamento dell'avvenuta cancellazione dall'elenco del pediatra di libera scelta dell'Azienda di provenienza.
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 prorogabile alla scadenza su richiesta dell'assistito, purché risulti avviato l'iter procedurale per il 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 a seguito di mancato rinnovo del permesso di soggiorno, fatte salve le prestazioni aggiuntive effettuate.
7. Nell'ipotesi di ambito territoriale in cui il numero di assistibili non sia sufficiente a determinare una zona carente o in caso di carenza di pediatri disponibili ad operare in detta zona, esperite inutilmente anche le procedure di cui all'articolo 36, comma 2, ultimo capoverso, può essere scelto un medico del ruolo unico di assistenza primaria titolare nello stesso ambito. Tali scelte sono iscritte in un separato elenco. Qualora venga inserito un pediatra, l'Azienda comunica al genitore/tutore legale dei bambini inseriti nell'elenco ed al medico che li assiste la possibilità di effettuare la scelta in favore del pediatra disponibile, assegnando un termine non superiore a 30 (trenta) giorni. Decorso detto termine le scelte iscritte nell'elenco separato sono revocate.
8. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'articolo 7 della Legge 7 agosto 1982, n. 526, vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della Azienda, sono riattribuite automaticamente al pediatra dal momento della cessazione della sospensione temporanea, anche in deroga al massimale individuale, fatta salva ogni altra e diversa determinazione da parte dell'assistito. A tal fine le Aziende istituiscono apposito separato elenco dei cittadini ai quali sia stata revocata d'ufficio la scelta, onde facilitarne la riattribuzione automatica.

9. In caso di eventuali ritardi nella riattribuzione della scelta di cui al precedente comma, gli effetti economici della stessa decorrono comunque, in difetto di scelta in favore di altro medico, dalla data di cessazione della sospensione. A tal proposito il pediatra è tenuto comunque alla assistenza del cittadino temporaneamente sospeso dagli elenchi fin dalla data di cessazione della sospensione medesima.
10. Le Aziende provvedono ad informare adeguatamente i cittadini sui servizi e le attività assistenziali fornite dalla AFT del pediatra scelto in base al programma delle attività che le stesse AFT predispongono.

ART. 38 – 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 con disponibilità di scelte, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità.
4. I pediatri che abbiano esercitato l'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. 39 – REVOCHE D'UFFICIO.

1. Le revoche delle scelte dei cittadini sono effettuate d'ufficio dall'Azienda nei seguenti casi:
 - a) decesso dell'assistito;
 - b) trasferimento di residenza dell'assistito in altra Azienda;
 - c) irregolare doppia iscrizione del cittadino;
 - d) cancellazione del pediatra dall'elenco di scelta;
 - e) compimento del quattordicesimo anno di età.
2. La revoca della scelta di cui al comma 1, lettera e), 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.
3. Le cancellazioni per i casi di cui al comma 1, lettera c), 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.
4. L'Azienda, con preventiva comunicazione al pediatra riportante gli elementi che motivano il provvedimento, 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 dalla comunicazione 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.
5. 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.

ART. 40 – 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 per i quali non è stata effettuata la prima scelta gli effetti economici decorrono dal momento della prima prestazione erogata dal pediatra di libera scelta 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. 41 – COMPITI E FUNZIONI 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 assistito che abbia esercitato la libera scelta nell'ambito del rapporto di fiducia medico-paziente, relativamente a quanto previsto dal presente Accordo;
 - b) si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per gli assistiti nell'ambito dell'organizzazione prevista dalla Regione;
 - c) persegue gli obiettivi di salute degli assistiti con il miglior impiego possibile delle risorse, in attuazione della programmazione regionale, con particolare riferimento alla realizzazione del Piano Nazionale della Cronicità e del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale.
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 individualmente ed in integrazione della propria AFT; partecipa inoltre alle attività dell'UCCP di riferimento.
3. Per ciascun assistito in carico, il pediatra raccoglie e invia le informazioni all'Azienda Sanitaria come previsto dall'articolo 6 del presente Accordo.
4. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il S.S.N.
5. Nell'ambito della propria attività il pediatra di libera scelta:
 - a) svolge attività di prevenzione e promozione della salute nei confronti dei propri assistiti, in particolare aderendo agli indirizzi nazionali e regionali;
 - b) gestisce le patologie acute e croniche secondo la miglior pratica, con interventi appropriati e garantisce l'assistenza proattiva nei confronti dei bambini affetti da patologia cronica e dei pazienti fragili;
 - c) assicura agli assistiti la presa in carico globale, anche attraverso la consultazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), le prestazioni e visite ambulatoriali e domiciliari;
 - d) 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 S.S.N.;
 - e) opera nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse delle Cure Primarie rispettando le modalità organizzative concordate all'interno delle stesse;
 - f) partecipa alla continuità dell'assistenza, coordinando la propria attività individuale con quella degli altri pediatri della AFT di riferimento e nell'ambito del modello organizzativo definito dalla Regione per garantire l'h24;
 - g) adotta le misure necessarie, in conformità alle normative vigenti, per il consenso informato, il trattamento, la conservazione e la sicurezza dei dati sensibili;

- h) cura la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata di ciascun assistito, ad uso del pediatra e ad utilità dell'assistito e del S.S.N. In caso di revoca della scelta, il genitore/tutore legale dell'assistito può richiedere la scheda entro due anni;
 - i) collabora con la dirigenza dell'Azienda Sanitaria per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale;
 - j) partecipa alle attività formative programmate dall'Azienda;
 - k) effettua visite occasionali, secondo quanto previsto dall'articolo 43 del presente ACN;
 - l) redige le certificazioni obbligatorie di propria competenza;
 - m) rilascia a titolo oneroso tutte le certificazioni non obbligatorie;
 - n) effettua le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 7;
 - o) osserva e rileva reazioni indesiderate post-vaccinali;
 - p) svolge attività di sostegno alla genitorialità.
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, se ritenute necessarie dal pediatra, avuto riguardo alle condizioni cliniche ed alla possibilità o meno di spostamento in sicurezza degli stessi, da eseguire di norma nel corso della stessa giornata o entro le dodici del giorno successivo, compreso il sabato;
 - 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 8 e 9;
 - d) l'assistenza programmata nelle strutture residenziali, sulla base degli Accordi Integrativi Regionali;
 - e) il consulto con lo specialista, richiesto dal pediatra di libera scelta, attuato di persona presso gli ambulatori dell'Azienda o, su richiesta motivata e previa autorizzazione aziendale, presso il domicilio del paziente;
 - f) la partecipazione alla realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) vigente, secondo le modalità definite dall'Accordo Integrativo Regionale;
 - g) la redazione del Piano di assistenza individuale (PAI) del paziente cronico in coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) e nel rispetto degli atti di programmazione regionale;
 - h) 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 dell'infanzia 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 strutture residenziali sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli Accordi regionali;
- i) il rispetto dei compiti previsti nei confronti della AFT di cui all'articolo 28 e degli interventi previsti dal programma delle attività territoriali di cui all'articolo 13 del presente Accordo.
 - j) la partecipazione al Progetto Salute Infanzia di cui all'Allegato 10 (bilanci di salute);
 - k) 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 libera scelta 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
 - politraumi
 - cerebropatie e cerebrolesioni 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 6, comma 3.

ART. 42 – ATTIVITÀ PRESCRITTIVA.

1. Il pediatra può prescrivere farmaci e/o indagini specialistiche con ricetta del S.S.N., secondo le norme di legge vigenti e nel rispetto delle modalità previste dal S.S.N., nei confronti dei propri assistiti, fatto salvo quanto previsto all'articolo 43, comma 6.
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 specialistica deve essere corredata dal quesito o sospetto diagnostico e, ove previsto, dalla specifica modulistica secondo disposizioni vigenti. La proposta di ricovero o prescrizione di cure termali deve essere accompagnata dalla specifica motivazione. Le richieste di ulteriori prestazioni assistenziali sono effettuate nel rispetto delle disposizioni regionali.
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 pediatra di libera scelta, 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 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 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 S.S.N.;
- c) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA, o di altra norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota AIFA o di altra norma.

ART. 43 – 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, ricorrono ad essi.
2. Le prestazioni di cui al comma precedente sono compensate direttamente dal cittadino con le seguenti tariffe omnicomprendenti:
 - visita ambulatoriale: € 30,00
 - visita domiciliare: € 45,00
3. Le visite occasionali sono assicurate anche ai soggetti rientranti nelle condizioni di particolare bisogno individuate dalla Regione, con pagamento delle stesse al pediatra da parte dell'Azienda Sanitaria.
4. 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 comma 2. In tal caso il pediatra di libera scelta 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.
5. Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali possono essere individuate ulteriori e differenti modalità di erogazione e di retribuzione delle visite occasionali di cui al presente articolo.
6. Per le prestazioni di cui al presente articolo, il pediatra è tenuto a utilizzare la ricetta del S.S.N. secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza del paziente.

ART. 44 – 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 aziendale dei fattori produttivi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;
 - E. quota per ulteriori attività e prestazioni, definita e negoziata a livello regionale.

Le risorse contrattuali relative alle quote B, C e D potranno rappresentare fino al 30% del totale 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 86,31, con la decorrenza indicata all'articolo 5 del presente Accordo;
- II. compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito che non abbia compiuto il 6° anno di età, pari ad Euro 17,93;
- III. assegno individuale non riassorbibile 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, nel rispetto del termine e dei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge, con gli assegni individuali di cui al precedente punto III, resisi disponibili per effetto della cessazione dal rapporto convenzionale di singoli pediatri, ai sensi dell'art. 58, comma 1, lett. A, punto 5 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.;
- 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 duecentocinquesima.

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, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali nel rispetto dei livelli programmati di spesa. Tale quota è

incrementata di Euro 3,17 per assistito, con la decorrenza prevista dall'articolo 5 del presente Accordo;

- 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, come disciplinato dall'articolo 6 del citato Accordo. Tale quota è per ciascun anno preventivamente decurtata delle risorse necessarie al finanziamento disposto ai sensi dell'articolo 10, comma 4 e dell'articolo 29, comma 7 del presente Accordo;
- III. quota annua derivante dalle risorse, pari ad Euro 0,25 per assistito, messe a disposizione delle Regioni ai sensi degli articoli 4 e 5 dell'ACN 8 luglio 2010.

Le risorse della quota variabile di cui alla presente lettera sono ripartite tra le AFT in ragione degli obiettivi assegnati ed in coerenza con la numerosità della popolazione assistita, la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico e l'attuazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.).

Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali vengono definite le modalità per la corresponsione della quota variabile in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza in relazione agli obiettivi assegnati, facendo riferimento a specifici indicatori.

C. QUOTA PER SERVIZI

- I. quota per prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 7;
- II. quota per assistenza domiciliare, integrata e programmata, a bambini con patologia cronica di cui all'Allegato 8;
- III. quota per assistenza ambulatoriale programmata a bambini con patologia cronica di cui all'Allegato 9.

È demandata agli AAIIRR la definizione delle ulteriori quote variabili per servizi non definite dagli Allegati 7, 8 e 9.

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 AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

- I. Alla istituzione della AFT, come previsto dall'articolo 8, comma 2, le indennità e gli incentivi del fondo di cui all'articolo 45 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. per lo sviluppo strutturale ed organizzativo dell'attività dei pediatri di libera scelta, ad eccezione della quota di cui alla precedente lettera B, punto I, costituiscono il fondo aziendale dei fattori produttivi.
- 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, come determinati dall'articolo 58, lettera B dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. già erogati 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, è modificato in relazione all'aumento di assistiti in carico nei limiti di consistenza del fondo.

- 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 aziendale dei fattori produttivi.
- 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 aziendale dei fattori produttivi.
- VI. In caso di cessazione del rapporto convenzionale di pediatri di libera scelta componenti le AFT, le eventuali indennità corrisposte in relazione ai fattori produttivi confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi. Le previgenti indennità informatiche sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei pediatri di libera scelta che entrano nelle 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 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.
- VIII. Al termine dell'esercizio le eventuali risorse del fondo aziendale dei fattori produttivi che residuano confluiscono annualmente nei fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico di cui al comma 1, lettera B, punto I.

E. QUOTA PER ULTERIORI ATTIVITÀ E PRESTAZIONI

1. 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, nonché per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate.
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 36.
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. 45 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI.

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.

ART. 46 – ATTIVITÀ TERRITORIALI PROGRAMMATE.

1. L'Azienda, sentito il Comitato aziendale, può attribuire attività a tempo determinato, non superiori ad un anno, espressamente rinnovabili, per lo svolgimento di attività di prevenzione e profilassi a livello di comunità, indagini epidemiologiche ed educazione sanitaria.

Il servizio può essere attivato anche per coordinamento di progetti distrettuali per la pediatria di libera scelta, coordinamento di studi epidemiologici, collaborazione per le attività limitate al settore delle attività pediatriche, direzione di dipartimenti materno-infantili, oltre che per far fronte a carenze di assistenza pediatrica.

2. L'attività può essere affidata a:
 - a) pediatri inseriti negli elenchi di scelta dell'Azienda;
 - b) pediatri inseriti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7.
3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione delle attività di cui al presente articolo.

NORME FINALI

Norma finale n. 1

In deroga al disposto dell'articolo 20, 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.

Norma finale n. 2

Il fondo di cui all'articolo 44, comma 2, lettera D, qualora utilizzato per la organizzazione dello studio medico, deve prevedere l'applicazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) specifico per le figure professionali utilizzate di cui all'articolo 44, comma 2, lettera D, punto II.

Norma finale n. 3

Le Aziende Sanitarie ed i pediatri di libera scelta attuano, per quanto di competenza, le disposizioni di cui alla L. 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Norma finale n. 4

L'Azienda annualmente richiede ai pediatri di libera scelta titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Accordo un'autocertificazione informativa attestante la propria situazione soggettiva professionale, con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, la libera professione, le limitazioni del massimale e gli aspetti economici.

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 già in carico al 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, continuano ad essere regolamentati dalle previgenti clausole contrattuali fino al provvedimento finale. Il componente dell'UPDC di cui all'articolo 24, comma 3 è sostituito entro 30 giorni dall'entrata in vigore del presente Accordo.

Norma transitoria n. 3

I compensi e le indennità di cui all'articolo 44, comma 1, lettera D, punto II, sono riconosciuti nella misura e secondo i criteri di cui all'articolo 59, lettera B dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. fino alla costituzione del fondo aziendale dei fattori produttivi.

Norma transitoria n. 4

La procedura di assegnazione delle ore di cui all'articolo 16 decorre dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente ACN.

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 (nazionale, regionale, aziendale). Si estrinseca nella sussistenza di una struttura organizzativa caratterizzata da una pluralità di componenti, operanti per ciascun livello negoziale ed eletti nel principio di democraticità interno quali rappresentanti di un'unica Organizzazione Sindacale accreditata presso le amministrazioni di riferimento.

Dichiarazione a verbale n. 2

L'attività del pediatra di libera scelta, ancorché si avvalga delle prestazioni di collaboratore di studio, non possiede le caratteristiche di autonoma organizzazione in quanto è sottoposta ad una serie di vincoli convenzionalmente previsti:

- obbligatorietà di presenza settimanale in numero minimo di ore giornaliere di apertura del proprio studio;
- prescrizioni e controlli circa i requisiti dei locali adibiti ad esercizio dell'attività e della strumentazione in dotazione;
- limiti di anzianità per l'esercizio dell'attività;
- monitoraggio e verifiche continue dell'attività convenzionata;
- controlli della prescrizione con l'obbligo di adesione alle deliberazioni regionali ed aziendali circa l'indirizzo dell'attività.

ALLEGATI

ALLEGATO 1 – ASSISTENZA PROATTIVA.

1. Il pediatra di libera scelta riveste un ruolo preminente nella tutela della salute dei soggetti fragili, in particolare del bambino, dell'adolescente e dei soggetti affetti da patologie croniche e disabilità. Tali condizioni presuppongono la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazione ed interazione dei professionisti oltre ad uno stretto legame con le strutture sociali.
2. L'assistenza proattiva è assicurata dal pediatra di libera scelta sulla base di una presa in carico del bambino che preveda attività educative e clinico assistenziali, anche nei confronti dei genitori (promozione dell'attività fisica e sportiva, rispetto delle norme di sicurezza per il trasporto dei bambini, ecc...), volte alla adozione di corretti stili di vita, alla partecipazione alla realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) vigente ed alla diagnosi precoce.
3. L'attività assistenziale è assicurata individualmente dal pediatra di libera scelta coadiuvato anche dal personale di studio, nonché in forma partecipata con gli altri pediatri della AFT. Nell'ambito del regolamento di AFT possono essere individuati pediatri "esperti" in specifici ambiti clinici, che possano svolgere un ruolo di interfaccia con i colleghi della AFT al fine di favorire il loro sviluppo di competenze e conoscenze in quel determinato ambito ed anche in grado di svolgere un ruolo da "*first opinion*" relativamente alla clinica ed alla diagnostica di primo livello.
4. Il pediatra di libera scelta partecipa alla costituzione del *team* multiprofessionale con i professionisti della UCCP di riferimento individuati nel piano di cura per la gestione del caso.

ALLEGATO 2 – PROCEDURE TECNICHE PER LA RILEVAZIONE DELLE ORE DI DISPONIBILITÀ SINDACALE

APPLICAZIONE PER LA RILEVAZIONE DELLE ORE DI DISPONIBILITÀ SINDACALE – PEDIATRI DI LIBERA SCELTA –

I criteri e le modalità per la comunicazione delle ore di disponibilità da parte delle Organizzazioni Sindacali operanti nell'area del convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale sono disciplinati dall'articolo 16 del presente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta.

Il sistema di rilevazione è finalizzato a facilitare la compilazione, ridurre il rischio di errori materiali ed agevolare le fasi di acquisizione ed elaborazione dei dati, garantendo la certificazione dei dati trasmessi e rilevati, con prova documentale di quanto trasmesso, in caso di eventuali contestazioni.

Al 1° gennaio di ciascun anno la SISAC rende disponibile sul sistema informatizzato ad accesso riservato il monte orario annuo complessivo e quello relativo a ciascuna O.S. Tale monte orario è determinato applicando il criterio di cui all'articolo 16, comma 1 (numero di deleghe degli iscritti derivanti dalla rilevazione certificata ai sensi dell'articolo 15, comma 4 dell'ACN moltiplicato per 6 ore annue).

Le Aziende acquisiscono annualmente, tramite le procedure informatizzate messe a disposizione dalla SISAC, i nominativi dei rappresentanti sindacali che, per ciascuna sigla rappresentativa e firmataria dell'ACN, fruiranno di ore di disponibilità, secondo quanto previsto dall'articolo 16, comma 2.

A tale scopo il legale rappresentante di ciascuna Organizzazione Sindacale (livello nazionale) provvede a registrare sull'applicazione informatizzata disposta dalla SISAC l'anagrafica di tutti i rappresentanti della propria O.S. sull'intero territorio nazionale che saranno destinatari di ore di disponibilità sindacale e a richiedere, per ciascuno di essi, l'assegnazione di ore fino al livello massimo consentito (monte ore). Alternativamente, il legale rappresentante nazionale del sindacato può delegare ai rappresentanti sindacali regionali (livello regionale) il compito di creare, tramite la medesima procedura informatizzata, anagrafiche di ambito regionale, trasferendo contestualmente a loro tutto o parte del monte ore nazionale fruibile. Analogamente, i legali rappresentanti sindacali regionali possono decidere di delegare ulteriormente tale compito, nel limite delle ore assegnate dal livello regionale, determinando, tramite il medesimo sistema informatizzato, anagrafiche aziendali con affidamento delle ore di disponibilità in favore dei rappresentanti sindacali (livello aziendale).

Tramite l'applicativo informatizzato la SISAC provvede a ratificare le richieste provenienti da tutti i livelli sindacali (nazionale, regionale, aziendale), ed a trasmettere le comunicazioni di competenza. Le Regioni e le Aziende prendono atto delle assegnazioni disposte dalle OO.SS. in favore di pediatri operanti localmente al fine del riconoscimento delle ore di disponibilità sindacale.

In corso d'anno il legale rappresentante nazionale del sindacato, ovvero del livello regionale o aziendale se autorizzati, per la parte di competenza, ha la possibilità di procedere alla variazione, in positivo o in negativo, di una assegnazione di ore precedentemente effettuata e alla eventuale cancellazione, a qualsiasi titolo, di un nominativo dall'anagrafica, con il corrispondente recupero delle ore già attribuite ma non utilizzate.

Ad ogni inserimento, modifica, ratifica o presa visione delle ore di disponibilità sindacale il sistema genera una certificazione trasmessa a mezzo PEC contemporaneamente alla O.S. operante, alla SISAC, alla Regione ed alla Azienda di appartenenza del rappresentante sindacale.

ALLEGATO 3 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA.

ART. 1

CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

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

ART. 2

SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

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

ART. 3

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Le rappresentanze sindacali che proclamano azioni di sciopero che coinvolgono i servizi di cui all'articolo 2 sono tenute a darne comunicazione alle Aziende ed enti interessati con un preavviso non inferiore a 10 giorni precisando, in particolare, la durata dell'astensione dal

lavoro. In caso di revoca spontanea di uno sciopero indetto in precedenza, le rappresentanze sindacali devono darne comunicazione alle predette amministrazioni almeno 5 giorni prima.

2. Le rappresentanze sindacali che proclamano sciopero, a prescindere dall'ambito territoriale di proclamazione dello stesso, informano con la stessa tempistica di cui al precedente comma la "Commissione di Garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali".
3. La proclamazione degli scioperi relativi a vertenze nazionali vanno comunicati: al Ministero della Salute, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e a tutti i Presidenti di Regione e i Presidenti delle Province Autonome di Trento e Bolzano; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze in ambiti regionali vanno comunicati al Presidente della Regione o della Provincia Autonoma, all'Assessore alla Sanità, a tutti i Prefetti delle province della Regione; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze a livello di Azienda va comunicata all'Assessore regionale alla Sanità, al Direttore Generale dell'Azienda e al Prefetto competente per territorio. Nei casi in cui lo sciopero incida su servizi resi all'utenza, le Regioni ed enti interessati sono tenute a trasmettere agli organi di stampa ed alle reti radiotelevisive pubbliche e private di maggiore diffusione nell'area interessata dallo sciopero una comunicazione circa i tempi e le modalità dell'azione di sciopero. Analoga comunicazione viene effettuata dalle stesse amministrazioni anche nell'ipotesi di revoca, sospensione o rinvio dello sciopero, ai sensi dell'articolo 4, comma 8.
4. Le rappresentanze sindacali comunicano alle amministrazioni interessate la durata delle azioni di sciopero come di seguito elencate:
 - a) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non potrà superare, la durata massima di 2 (due) giorni continuativi. In ogni caso lo sciopero non potrà essere a ridosso di giorni festivi;
 - b) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non supereranno i 3 (tre) giorni consecutivi. Nel caso in cui dovessero essere previsti a ridosso dei giorni festivi, la loro durata non potrà comunque superare un giorno;
 - c) lo sciopero dovrà essere proclamato per almeno una giornata lavorativa;
 - d) l'area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda. Sono altresì escluse forme surrettizie di sciopero quali le assemblee permanenti o forme improprie di astensione dal lavoro;
 - e) in caso di scioperi distinti nel tempo, sia della stessa che di altre Organizzazioni Sindacali, incidenti sullo stesso servizio finale e sullo stesso bacino di utenza, l'intervallo minimo tra l'effettuazione di un'azione di sciopero e la proclamazione della successiva è fissato in quarantotto ore, alle quali segue il preavviso di cui al comma 1.
5. Le azioni di sciopero non saranno effettuate:
 - nel mese di agosto;
 - nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
 - nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali regionali, e comunali, per i singoli ambiti;
 - nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;

- nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.
6. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.
 7. L'adesione allo sciopero comporta la trattenuta del trattamento economico relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale.
 8. La trattenuta prevista dal precedente comma 7 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine dello sciopero medesimo.
 9. Per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui all'articolo 2, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuta ai pediatri di libera scelta una percentuale del compenso previsto per essi dall'articolo 44 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta, da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale.

ART. 4

PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. In caso di insorgenza di una controversia sindacale che possa portare alla proclamazione di uno sciopero, vengono espletate le procedure di conciliazione di cui ai commi seguenti.
2. I soggetti incaricati di svolgere le procedure di conciliazione sono:
 - a) in caso di conflitto sindacale di rilievo nazionale, il Ministero del Lavoro;
 - b) in caso di conflitto di livello regionale, il Prefetto del Capoluogo di Regione;
 - c) in caso di conflitto sindacale di Azienda, il Prefetto del Capoluogo di Provincia competente.
3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del Lavoro, entro un termine di tre giorni lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta che chiarisca le motivazioni e gli obiettivi della formale proclamazione dello stato di agitazione e della richiesta della procedura conciliativa, provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. Il medesimo Ministero può chiedere alle Organizzazioni Sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti notizie e chiarimenti per l'utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il quale il tentativo si considera comunque espletato ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83.
4. Con le stesse procedure e modalità di cui al comma precedente, nel caso di controversie regionali e di Azienda, i soggetti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 provvedono alla convocazione delle parti per l'espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di cinque giorni dall'apertura del confronto.
5. Il tentativo si considera altresì esplicito ove i soggetti di cui al comma 2 non abbiano provveduto a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.
6. Il periodo della procedura conciliativa di cui al comma 3 ha una durata complessivamente non superiore a sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quello del comma 4, una durata complessiva non superiore a dieci giorni.

7. Del tentativo di conciliazione di cui al comma 3 viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti, è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere l'espressa dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma sleale di azione sindacale ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.
8. Le revoche, le sospensioni ed i rinvii dello sciopero proclamato non costituiscono forme sleali di azione sindacale, qualora avvengano nei casi previsti dall'articolo 2, comma 6 della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, o nel caso di oggettivi elementi di novità nella posizione della controparte datoriale.
9. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra individuate, le parti non intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l'autorità giudiziaria sulle materie oggetto della controversia.
10. In caso di proclamazione di una seconda iniziativa di sciopero, nell'ambito della medesima vertenza e da parte del medesimo soggetto, è previsto un periodo di tempo dall'effettuazione o revoca della precedente azione di sciopero entro cui non sussiste obbligo di reiterare la procedura di cui ai commi precedenti. Tale termine è fissato in 120 giorni, esclusi i periodi di franchigia di cui all'articolo 3, comma 5.

ART. 5

COMUNICAZIONI

1. Le Aziende sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente.
2. Allo scopo di conciliare il diritto individuale di adesione alla astensione collettiva con le peculiari modalità di organizzazione delle prestazioni di lavoro autonomo dei medici pediatri convenzionati con il S.S.N. ed evitare gravi disagi organizzativi che potrebbero incidere negativamente sull'erogazione delle prestazioni indispensabili, il pediatra di libera scelta è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria adesione allo sciopero entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale, fatta eccezione per i pediatri iscritti alla Organizzazione Sindacale che ha proclamato lo sciopero i quali sono tenuti a comunicare entro il medesimo termine l'eventuale non adesione.

ALLEGATO 4 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE.

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

I. TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

- a) specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.,
per ciascuna specializzazione: p. 4,00
- b) specializzazione in disciplina affine alla pediatria ai sensi della tabella B del D.M. 31 gennaio 1998 e s.m.i.,
per ciascuna specializzazione: p. 2,00
- c) specializzazione in discipline diverse da quelle previste alle lettere a) e b),
per ciascuna specializzazione: p. 0,20
- d) conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE):
complessivamente p. 0,50
- e) conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente europea per l'utilizzo del PC:
complessivamente p. 0,25

II. TITOLI DI SERVIZIO:

- a) attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione, ovvero attività prestata durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale derivante dalla APP, di cui all'Allegato 5 del presente Accordo
per ciascun mese complessivo: p. 1,10
(per l'attività sindacale il mese corrisponde a 96 ore);
- b) servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale, nell'emergenza sanitaria territoriale, di assistenza primaria, attività oraria o a ciclo di scelta di cui al vigente Accordo per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale,
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 (per l'attività sindacale superiore a 48 ore) 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 19, comma 2, lettera c) non sono valutabili. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolto durante le scuole di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettere b) e c) del presente Allegato.
4. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, anzianità di specializzazione, voto di specializzazione e minore età.
5. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente Allegato.

ALLEGATO 5 – DISPOSIZIONI PER FAVORIRE IL RICAMBIO GENERAZIONALE DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.

ART. 1

PRINCIPI GENERALI

1. Al fine di favorire il ricambio generazionale, il pediatra di libera scelta, in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi per percepire la pensione ordinaria, anche anticipata, presso la Fondazione ENPAM e con un minimo di 700 assistiti, può richiedere all'ENPAM l'Anticipo della Prestazione Previdenziale (modulo A)*, di seguito denominata APP, alle condizioni e con le modalità previste del presente Allegato.
2. L'attivazione del predetto istituto è subordinata alla riduzione dell'attività convenzionale da parte del pediatra di cui al comma 1, da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%, a fronte della contestuale attribuzione, con rapporto convenzionale a tempo indeterminato, della corrispondente quota di attività ad un pediatra da incaricare (di seguito "pediatra incaricato APP") inserito nella graduatoria di cui all'articolo 19, comma 1 del presente ACN.
3. Prima dell'avvio della APP e del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato, è previsto un periodo di affiancamento obbligatorio, disciplinato dal successivo art. 6.
4. L'incarico a tempo indeterminato ha la medesima decorrenza della APP.

ART. 2

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI APP

1. Il pediatra che vuole accedere alla APP deve presentare alla Azienda di appartenenza, entro il 31 dicembre, idonea domanda di adesione (modulo B)*. La domanda deve essere corredata dalla certificazione del raggiungimento del requisito per accedere alla pensione di cui all'art. 1, comma 1, rilasciata alla Fondazione ENPAM.
2. La domanda deve riportare i seguenti dati:
 - a) età del richiedente;
 - b) percentuale di riduzione dell'attività convenzionale: da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%. La scelta ha carattere vincolante per un anno;
 - c) numero di assistiti.
3. Il pediatra di cui al comma 1 viene inserito nell'"Elenco APP dei pediatri titolari", di cui al successivo art. 3, che sarà reso pubblico entro il 31 gennaio.

ART. 3

ELENCO APP DEI PEDIATRI TITOLARI

1. Il pediatra inserito nell'Elenco APP (di seguito "pediatra titolare") deve confermare alla Azienda, mediante PEC, entro il 31 dicembre di ogni anno, la volontà di adesione alla procedura di

ricambio generazionale e comunicare l'eventuale modifica della percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lettera b). La modifica ha validità annuale.

2. La revoca in corso d'anno della disponibilità a rimanere nell'Elenco APP deve essere comunicata alla Azienda mediante PEC.

ART. 4

PRESENTAZIONE DOMANDA DEL PEDIATRA DA INCARICARE CON PROCEDURA APP

1. Il pediatra da incaricare di cui all'art. 1, comma 2, del presente Allegato, che vuole accedere alla procedura di ricambio generazionale della APP, presenta all'Assessorato alla Sanità della Regione idonea richiesta (modulo C)* da inviare mediante PEC, entro il termine del 30 aprile.
2. Il pediatra di cui al comma 1 viene inserito nell'“Elenco APP dei pediatri da incaricare”, di cui al successivo art. 5, che sarà reso pubblico entro il 31 maggio.

ART. 5

ELENCO APP DEI PEDIATRI DA INCARICARE

1. Ai fini della formazione dell'“Elenco APP dei pediatri da incaricare” si utilizza il punteggio della graduatoria regionale di cui all'articolo 19, comma 1 del presente Accordo.
2. Il pediatra da incaricare già inserito nell'Elenco APP deve confermare all'Assessorato alla Sanità della Regione, mediante PEC, entro il 30 aprile di ogni anno, la volontà di adesione alla procedura di ricambio generazionale. La revoca in corso d'anno della disponibilità a rimanere nell'Elenco APP deve essere comunicata mediante PEC.

ART. 6

DISCIPLINA DEL PERIODO DI AFFIANCAMENTO

1. L'Azienda di competenza del pediatra titolare individua il pediatra da incaricare tra quelli inseriti nell'Elenco APP di cui all'art. 5, secondo l'ordine dello stesso. Nel caso in cui il pediatra da incaricare non sia disponibile, l'Azienda individua un nuovo pediatra secondo lo stesso criterio.
2. Il periodo di affiancamento ha una durata di 60 giorni di servizio effettivo. Durante questo periodo entrambi i pediatri svolgono congiuntamente l'attività convenzionale nei confronti degli assistiti.
3. Durante il periodo di affiancamento entrambi i pediatri sono sospesi dagli Elenchi APP di appartenenza. Il pediatra da incaricare resta inserito nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, comma 1 del presente Accordo.
4. Al termine del periodo di affiancamento, le parti manifestano congiuntamente la volontà all'avvio della APP (modulo D)*, nel quale:

- il pediatra titolare si impegna irrevocabilmente a ridurre la propria attività convenzionale nella misura di cui all'art. 2, comma 2, lettera b) al fine di beneficiare dell'APP. Dichiaro inoltre di aver presentato domanda di APP alla Fondazione ENPAM;
 - il pediatra da incaricare si impegna irrevocabilmente a svolgere la quota dell'attività convenzionale resasi disponibile a seguito della riduzione operata dal pediatra titolare;
 - entrambi i pediatri dichiarano che regolamenteranno fra loro la ripartizione degli oneri e/o spese inerenti l'attività convenzionale, sollevando la Azienda da qualsivoglia responsabilità al riguardo.
5. La manifestazione di volontà deve essere inviata, a pena di decadenza, entro 15 giorni dalla fine del periodo di affiancamento, mediante PEC, all'Assessorato alla Sanità della Regione, alla Azienda di competenza e alla Fondazione ENPAM.
 6. In mancanza di tale manifestazione di volontà, entrambi i pediatri restano sospesi dagli Elenchi APP e non possono accedere ad un nuovo periodo di affiancamento per 120 giorni dallo scadere del termine di cui al precedente comma 5.
 7. Il pediatra titolare può effettuare al massimo tre periodi di affiancamento. Nel caso in cui anche al termine del terzo periodo di affiancamento non sia stata manifestata la volontà di avviare l'APP, di cui al precedente comma 4, il pediatra titolare decade dall'Elenco APP e può accedere nuovamente alla procedura di ricambio generazionale trascorsi due anni dal termine del terzo periodo di affiancamento.
 8. Durante il periodo di affiancamento:
 - in caso di malattia il pediatra titolare può nominare come sostituto il pediatra da incaricare;
 - in caso di decesso del pediatra titolare, il pediatra da incaricare può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti del pediatra deceduto fino a un massimo di 60 giorni;
 - in caso di cessazione/rinuncia per qualsiasi motivo da parte del pediatra l'Azienda individua un nuovo pediatra da incaricare avviando la procedura di cui al comma 1 del presente articolo, con nuova decorrenza del periodo di affiancamento.
 9. Durante il periodo di affiancamento il trattamento economico spettante al pediatra da incaricare è a carico del pediatra titolare ed è calcolato nella misura del 30% del compenso della quota capitaria del presente ACN. Ai pediatri da incaricare spettano i compensi per le prestazioni eseguite nel periodo di affiancamento relativi alle quote variabili per compensi/servizi calcolati in base al tipo ed ai volumi di prestazioni concordate a livello regionale ed aziendale.

ART. 7

ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)

1. A seguito della manifestazione di volontà, di cui all'art. 6, comma 4, la Fondazione ENPAM, previa presentazione della domanda di APP, provvede ad erogare la prestazione al pediatra titolare.

ART. 8

TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PEDIATRA TITOLARE

1. I compensi a qualunque titolo dovuti per l'attività convenzionale al pediatra titolare che accede alla APP sono diminuiti in misura pari alla percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lett. b).

ART. 9

INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEL PEDIATRA INCARICATO APP

1. A seguito della manifestazione di volontà di cui all'art. 6, comma 4, viene instaurato il rapporto convenzionale con il pediatra da incaricare mediante conferimento di incarico a tempo indeterminato.
2. L'incarico di cui al comma 1 comporta l'obbligo di svolgere la quota percentuale di attività resasi disponibile a seguito della riduzione operata dal pediatra titolare.
3. All'atto del pensionamento definitivo del pediatra titolare ovvero della cessazione del rapporto per qualsiasi causa di entrambi i pediatri, cessano gli obblighi di cui al precedente comma 2.
4. Il pediatra incaricato APP di cui al presente articolo non può concorrere per trasferimento all'assegnazione di incarichi per la copertura di ambiti territoriali carenti. In caso di rinuncia o cessazione per qualsiasi ragione dall'incarico APP, il pediatra può accedere nuovamente alla procedura trascorsi due anni dalla cessazione dell'incarico APP.

ART. 10

TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PEDIATRA INCARICATO APP

1. Al pediatra incaricato APP spetta la quota dei compensi a qualunque titolo dovuti per l'attività convenzionale al pediatra titolare, pari alla percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lett. b).

ART. 11

SOSPENSIONE E CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ CONVENZIONALE - SOSTITUZIONI

1. Nei casi di sospensione dall'attività convenzionale di cui all'articolo 21 del presente ACN, fermo restando l'obbligo di sostituzione previsto dal presente Accordo, è data facoltà al pediatra titolare e al pediatra incaricato APP di nominarsi reciprocamente quale pediatra sostituto. I rapporti economici fra pediatra sostituto e pediatra sostituito sono regolati ai sensi dell'articolo 34 del presente Accordo.
2. In caso di cessazione dal rapporto convenzionale del pediatra incaricato APP, nelle more dell'attivazione di una nuova procedura APP, l'Azienda provvede a designare il sostituto avvalendosi delle graduatorie aziendali di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7 del

presente Accordo. Il compenso spettante al sostituto del pediatra incaricato APP è quello previsto dall'art. 10 del presente Allegato.

ART. 12

NORMA FINALE

1. Per quanto non espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni del presente ACN.

*Il modulo A di cui al presente Allegato è predisposto e pubblicato a cura dell'ENPAM. I moduli B, C e D sono pubblicati sul sito *web* della SISAC (<https://www.sisac.info>).

ALLEGATO 6 – 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 l'attività nel rispetto delle funzioni e 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 personali propri, del coniuge, dei parenti e degli affini entro il secondo 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) rispettare le norme di legge e le disposizioni contrattuali in materia di esercizio dell'attività libero professionale;
 - h) applicare le disposizioni vigenti in materia di attestazione di malattia e di certificazione per l'astensione dal lavoro per malattia del figlio;
 - i) assicurare il rispetto delle norme vigenti in materia di segreto d'ufficio, riservatezza e protezione dei dati personali;
 - j) non utilizzare a fini privati le informazioni di cui disponga per ragioni d'ufficio;
 - k) non utilizzare beni e strumenti dell'Azienda, preordinati all'espletamento dell'attività istituzionale, per finalità private o diverse da quelle previste;
 - l) avere cura dei locali o altri beni strumentali affidati dall'Azienda in ragione dell'attività prestata.

ALLEGATO 7 – 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 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, e codice fiscale dell'assistito, fatte salve diverse modalità adottate a livello aziendale.
5. Se la prestazione aggiuntiva è eseguita previa autorizzazione sanitaria dell'Azienda, la distinta deve riportare i dati dell'autorizzazione.
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, secondo il modello organizzativo regionale di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b).

C) PRESTAZIONI DI TIPO DIAGNOSTICO 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 sanitari che operano nella Azienda 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 di 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 libera scelta di concerto con il 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 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 tengano 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 moduli 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 di libera scelta.
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

ACCORDI DECENTRATI

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

ALLEGATO 9 – ASSISTENZA AMBULATORIALE A BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA.

ART. 1

1. L'assistenza ambulatoriale a bambini con patologia cronica è svolta assicurando presso lo studio 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 Azienda 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 dal genitore/tutore legale.
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 di 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, nome e codice fiscale 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 10 – PROGETTO SALUTE INFANZIA.

1. Le Regioni, nell'ambito della propria autonomia programmatica, prevedono l'attivazione del «Progetto salute infanzia», che rappresenta un qualificato sviluppo del programma delle «visite età filtro» previsto nei precedenti Accordi. 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 coerenza con il Patto per la Salute e con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, in particolare, ha l'obiettivo di:
 - a) rilevamento epidemiologico sulla popolazione infantile delle patologie invalidanti e delle patologie emergenti;
 - b) rilevamento di fattori di rischio sociale, neuroevolutivo, sensoriale e di sviluppo per effettuare una precoce diagnosi e presa in carico delle patologie croniche;
 - c) effettuazione di adeguati interventi di educazione sanitaria;
 - d) promozione e controllo della profilassi delle malattie infettive tramite informazione sulle vaccinazioni (calendario, vantaggi ed effetti collaterali).
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. sovrappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Presentazione MPR e recupero ritardi vaccinali Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc... Linee guida nutrizionali	Cover test VACCINAZIONI
24 mesi +/- 120gg.	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti. Prevenzione disturbi alimentari sovrappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc. Linee guida nutrizionali	Stereo test di Lang Cover test
3 anni +/- 180gg.	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti. Prevenzione disturbi alimentari sovrappeso ed obesità	Recupero dei ritardi vaccinali	Linee guida nutrizionali	Vaccinazione Stereo test di Lang
5/6 anni	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti. Prevenzione disturbi alimentari sovrappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale Linee guida nutrizionali	Vaccinazione Podoscopia Test di acuità visiva

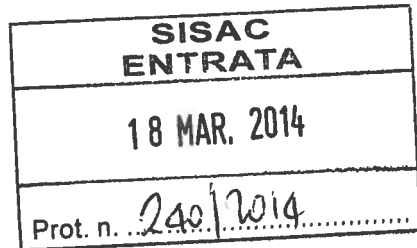


CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

COMITATO DI SETTORE COMPARTO
REGIONI - SANITÀ
(Artt. 54, 56 e 59 D.Lgs. 150/2009)

Prot. n. 18/COMITATOREG-SAN

Roma, 18 marzo 2014



Dott. Franco Rossi
Coordinatore della SISAC

Gentile Dottore,

in qualità di Presidente del Comitato di settore Regioni - Sanità, Le comunico che nella riunione del Comitato di settore Regioni - Sanità del 12 febbraio 2014 è stato deliberato l'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, inviato al Governo nella medesima giornata.

Nel merito, essendo trascorso il termine di cui all'art. 47 comma 2 del D. Lgs 165/2001 entro il quale il Governo può esprimere le sue valutazioni senza una risposta da parte dello stesso, Le trasmetto l'atto di cui sopra al fine di dare avvio alle trattative con le organizzazioni sindacali.

Cordiali saluti.

Il Presidente

Claudio Montaldo

All.to: c.s.

Atto di indirizzo per la medicina convenzionata

Premessa

L'approvazione del Decreto Balduzzi, oltre alla necessità di rivedere gran parte dell'impianto normativo degli ACN vigenti, ha aperto e stimolato tra le Regioni, anche in considerazione delle esperienze nazionali ed internazionali in atto, una profonda riflessione sulla necessità di rivedere e riorganizzare il modello assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale, nella parte che riguarda l'assistenza territoriale.

Le esperienze in atto e gli orientamenti internazionali, evidenziano infatti la necessità di lavorare in modalità multiprofessionale, con il ricorso a strutture territoriali di riferimento (Case della Salute, UCCP, etc.) per l'erogazione dell'assistenza primaria nel senso più ampio del termine, con percorsi di integrazione interdisciplinare e in raccordo con gli operatori del sociale, utilizzando anche strumenti evoluti di scambio informativo sia che tra i professionisti, le Aziende sanitarie e l'amministrazione regionale. La realizzazione delle reti informatiche/informative, dovrà essere funzionale alla facilità di accesso ai servizi da parte del cittadino. Tale sviluppo organizzativo dovrà comunque mantenere anche la capillarità tipica della medicina generale e della pediatria di libera scelta, in particolare in quelle realtà territoriali che per caratteristiche oro-geografiche necessitano una particolare distribuzione dei servizi di base nell'interesse della popolazione di riferimento.

È quindi necessaria una profonda revisione del modello assistenziale territoriale che, facendo affidamento sui medici convenzionati, promuova, diversamente da quanto già succede, l'erogazione dell'assistenza primaria con modalità multiprofessionali ed integrate.

I medici di assistenza primaria ed i pediatri di libera scelta, pur mantenendo il fondamentale rapporto fiduciario con i propri assistiti, dovranno essere inseriti, così come indicato dalla L.189/2011, in un modello organizzativo definito dalle Regioni, che permetta la condivisione delle competenze, una gestione più efficace e più efficiente delle patologie croniche ed un generale miglioramento delle capacità di presa in carico dei pazienti.

Mentre alla convenzione nazionale è affidata l'organizzazione del rapporto di lavoro tra medici e SSN, la revisione ed implementazione del modello organizzativo dovrà essere lasciata esclusivamente all'autonomia regionale in modo da tenere conto delle specificità regionali. Alle convenzioni nazionali è ovviamente affidato l'importante compito di fornire indicazioni di carattere generale rispetto ai modelli organizzativi per garantire una certa omogeneità di servizio a livello nazionale.

Peraltro la situazione economica nazionale, internazionale e regionale impone al servizio sanitario nazionale una radicale revisione dell'intero modello assistenziale che deve far affidamento anche su un migliore utilizzo della medicina del territorio. Il successo della

revisione della rete ospedaliera, così come imposto dalla *spending review*, non può infatti non dipendere anche dalla riorganizzazione e dal rafforzamento della medicina territoriale che dovrà anche dotarsi di strutture di degenza territoriale (ospedali di comunità) organizzati per bassa intensità assistenziale, a gestione infermieristica.

Occorre inoltre riscrivere le convenzioni che mostrano carenze, obsolescenze e difficoltà interpretative spesso derivanti da una stratificazione di norme che si sono succedute nel tempo. Peraltro il rapporto di lavoro di tipo convenzionale non fa affidamento su alcuna normativa nazionale di riferimento, rendendone pertanto complessa l'interpretazione e l'applicazione. In particolare occorre riscrivere la norme che regolano la rappresentanza e l'attività sindacale.

L'art.1 della Legge 189/2012, accanto a nuove disposizioni per le Regioni, detta nuovi indirizzi per gli Accordi Collettivi Nazionali relativi all'area del personale convenzionato, innovando per molti aspetti il testo dell'art.8 del D.Lgs 502/92 e smi.

Inoltre la Legge, come previsto al comma 6, indica dei tempi e delle priorità nell'adeguamento degli accordi collettivi nazionali, che deve avvenire con particolare riguardo ai principi di cui ai punti: b-bis) disciplina delle forme organizzative mono e multi professionali; b-ter) adozione di eventuali forme di finanziamento a budget delle forme organizzative multi professionali; b-quater) principali caratteristiche del coordinatore delle AFT e delle UCCP; b-quinquies) disciplina delle modalità con cui si dotano le forme organizzative (AFT e UCCP) dei fattori produttivi necessari; b-sexies) disciplina delle modalità attraverso cui le Aziende Sanitarie concordano i programmi di attività delle forme organizzative (AFT e UCCP) e definiscono i conseguenti livelli di spesa; h) disciplina dell'accesso al ruolo unico della medicina generale; h-bis e h-ter) disciplina dell'accesso alle funzioni di pediatra di libera scelta e di specialista ambulatoriale.

Si ritiene quindi opportuno procedere alla revisione complessiva degli ACN (medicina generale, pediatria e specialistica ambulatoriale) allo scopo di:

- a) renderli strumento attivo di una radicale trasformazione dell'organizzazione e delle modalità di erogazione dei servizi e delle prestazioni di assistenza primaria;
- b) conferire maggiore chiarezza e maggiore coerenza interna al testo degli stessi;
- c) introdurre le disposizioni del D.Lgs 150/2009 in quanto applicabili al settore del convenzionamento;
- d) snellire la struttura degli ACN cercando di orientarli maggiormente verso gli indirizzi e i principi generali, per lasciare più spazio ai livelli decentrati di contrattazione nel rispetto dell'autonomia e delle competenze regionali conferite dal titolo V della Costituzione.

Indirizzi per i nuovi ACN

Il processo di revisione e aggiornamento degli ACN vigenti deve avvenire senza alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica.

In sintesi, si tratta da un lato, di rivedere e completare le norme vigenti relative alle AFT e alle UCCP, per renderle più rispettose del nuovo testo dell'art. 8, comma 1 del D.Lgs 502/92; dall'altro di introdurre e disciplinare nell'ACN della Medicina Generale il nuovo istituto del ruolo unico della medicina generale. Inoltre, i nuovi ACN devono recepire, in modo esplicito e non ambiguo, il principio della obbligatorietà dell'adesione dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, così come previsto dal punto m-ter del comma 2, art.1 della legge in questione.

Tale processo di aggiornamento e integrazione degli ACN vigenti che dovrà riguardare anche altri aspetti rispetto a quelli citati, quali ad esempio: rappresentatività e diritti sindacali, modalità di compenso dei professionisti convenzionati, integrazione professionalità per l'assistenza nelle carceri, deve avvenire per tutti i livelli negoziali, senza alcun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica.

I nuovi principi introdotti nell'art.8 del D.Lgs 502/92 chiedono prima agli Accordi nazionali e successivamente a quelli regionali, di delineare un assetto organizzativo dei servizi territoriali delle cure primarie che, per la componente convenzionata, sia strutturato esclusivamente attorno a due forme organizzative, le AFT e le UCCP inserite in una rete di strutture territoriali di riferimento, entro le quali si deve sviluppare l'attività dei vari professionisti, collegate attraverso la programmazione delle attività e la definizione dei livelli di spesa al Distretto sanitario. Tale assetto organizzativo, dove i professionisti operano non più da soli ma in una logica di squadra, assieme a loro pari (nelle AFT) o assieme ad altri professionisti (nelle UCCP), collegati alla rete informatica, al sistema informativo nazionale e al resto della rete dei servizi regionali, rappresenta il modo per garantire l'assistenza per l'intero arco della giornata e per 7 giorni la settimana, ridurre il bisogno di impegnare i servizi sanitari di secondo e terzo livello, aumentare l'efficienza complessiva del SSN e quindi operare a favore della sua sostenibilità.

Per facilitare il processo di integrazione tra i professionisti convenzionati, in particolare tra i medici di medicina generale, è previsto che si istituisca il ruolo unico della medicina generale, vale a dire uniformi requisiti e modalità di accesso alle funzioni oggi ricomprese in questo settore di attività in particolare l'assistenza primaria e la continuità assistenziale. Tale processo tuttavia deve avvenire fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali (comma 3, art.1. Legge 189/2012).

Tenuto conto dell'obbligatorietà dell'adesione alle forme associative definite dalle regioni (AFT E UCCP) – a cui è affidato costituzionalmente il compito della definizione dell'assetto organizzativo dei servizi – e alla rete informatica e informativa, quale condizione irrinunciabile per l'accesso e il mantenimento della convenzione, compiti specifici delle nuove convenzioni nazionali sono quelli elencati di seguito:

- Le Regioni, entro sei mesi dalla sottoscrizione dell'ACN, provvedono a definire la programmazione regionale finalizzata alla definizione del percorso per il superamento di tutte le forme associative esistenti (associazione, rete, gruppo, ecc.), per sostituirle con le AFT e le UCCP, tenendo conto delle proprie specificità;
- In invarianza delle risorse economiche attualmente investite sui medici convenzionati, va previsto il riutilizzo delle indennità e degli incentivi ora erogati per lo sviluppo strutturale ed organizzativo (associazionismo, indennità informatica, incentivi per il personale o altro) allo scopo di finanziare i fattori produttivi delle AFT e UCCP, secondo modalità definite dalle Regioni.
- Prevedere che nell'ambito della revisione del trattamento economico dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta, la quota per assistito resti definita nell'ambito dell'ACN, la parte restante (quota variabile e quota per servizi) andrà regolamentata all'interno dei nuovi Accordi Regionali, garantendo l'invarianza delle risorse finanziarie rese disponibili dal vigente ACN.
- Definire le caratteristiche generali (funzioni, competenze professionali), nonché i compiti e i criteri di selezione del referente o coordinatore delle AFT e delle UCCP, lasciando poi alla programmazione regionale i criteri specifici da definire in relazione alle modalità organizzative di ogni singola regione;
- Individuare condizioni generali, requisiti di massima, tempi e modalità con cui le Regioni, sulla base delle rispettive specificità ed in coerenza con la programmazione regionale, provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle AFT e delle UCCP sulla base di accordi regionali che non devono comportare a qualsiasi titolo oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica. Tra le condizioni va inserita la necessità di supportare attraverso la disponibilità dei fattori produttivi solo l'attività istituzionale svolta dal medico e non anche quella libero-professionale. Gli accordi regionali dovranno individuare strumenti e procedure finalizzati al rispetto di tale principio;
- Definire le linee di indirizzo per le modalità e le caratteristiche della divisione del lavoro tra i professionisti che compongono sia l'AFT che l'UCCP, anche in relazione all'istituzione del ruolo unico, capace di garantire in raccordo con gli altri servizi della rete assistenziale, una copertura assistenziale giornaliera per 7 giorni la settimana a livello distrettuale. L'istituzione del ruolo unico dovrà anche facilitare la possibilità di una riorganizzazione degli orari di attività della medicina generale, per

un'effettiva continuità assistenziale, sulla base della programmazione regionale che preveda la definizione del raccordo funzionale con le centrali operative del 118. Tra le modalità va incluso il processo di riconversione delle strutture ospedaliere e/o la realizzazione di strutture territoriali e/o organizzative interdisciplinari di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria, coerenti con la programmazione regionale;

- Prevedere i criteri e i principi attraverso cui le aziende sanitarie locali individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle AFT e delle UCCP e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati anche avvalendosi delle forme di finanziamento a budget che le stesse aziende sanitarie possono adottare nei confronti delle UCCP;
- Prevedere criteri e principi per la definizione di standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;
- Istituire il ruolo unico della medicina generale e prevederne l'accesso a mezzo di una graduatoria unica per titoli annualmente stilata a livello regionale, secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali. Vista la complessità dell'istituto, l'ACN dovrà prevedere le modalità di applicazione della norma a partire dalla realizzazione compiuta del nuovo assetto organizzativo (AFT e UCCP);
- Prevedere l'unificazione dei testi delle convenzioni delle figure coinvolte (Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale) al fine di agevolare l'istituzione del ruolo unico;
- Al fine di garantire l'uniformità dell'erogazione dei LEA su tutto il territorio nazionale, prevedere l'indicazione di un rapporto ottimale omogeneo sul territorio nazionale; la programmazione regionale, anche alla luce di necessità di specifiche modalità organizzative e/o caratteristiche oro-geografiche, può introdurre variazioni attraverso accordi regionali;
- Prevedere anche per la pediatria di libera scelta che l'accesso alla graduatoria per titoli predisposta annualmente dalla regione avvenga secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali e modificabile in base al principio di cui al punto precedente, tenendo conto in particolare della necessità di tutela dei soggetti più giovani e fragili;
- Orientare i contenuti assistenziali della Pediatria di Libera Scelta ad attività di sostegno alla genitorialità, prevenzione, diagnosi precoce, percorsi di gestione delle patologie croniche e continuità dell'assistenza diurna in raccordo con il livello ospedaliero;
- Prevedere, nell'ambito dell'assistenza in età pediatrica, modalità di lavoro e percorsi di integrazione con il livello ospedaliero che garantiscano una reale continuità dell'assistenza in particolare per i soggetti più giovani e fragili;

- Prevedere per l'ambito della Specialistica Ambulatoriale Interna, una maggiore integrazione di questi professionisti, attraverso la assegnazione e la partecipazione formalizzata alle nuove forme organizzative, sia AFT che UCCP, definite dalla programmazione regionale;
- Rivedere la normativa in tema di rappresentatività e diritti sindacali, senza costi aggiuntivi a carico della finanza pubblica, al fine di rendere più trasparente e omogeneo tra i settori l'esercizio del diritto di rappresentanza sindacale. Va rivisto il meccanismo di quantificazione e di attribuzione delle ore disponibili per l'attività sindacale e le modalità di attribuzione degli oneri per la sostituzione prevista per lo svolgimento dell'attività sindacali;
- Verificare la coerenza del testo degli ACN alle disposizioni normative del D.Lgs 150/09 e procedere agli eventuali adeguamenti;
- Per il monitoraggio degli esiti dell'Accordo, al fine di seguire l'evoluzione del cambiamento prefigurato dall'accordo medesimo, va istituito un flusso informativo dalle regioni verso SISAC, che contenga le principali voci di spesa e i principali elementi costitutivi dell'assetto organizzativo regionale dell'organizzazione territoriale;
- A definizione della programmazione del nuovo assetto previsto (AFT/UCCP), le regioni avviano la contrattazione per la definizione dell'Accordo Integrativo Regionale che deve essere perfezionato entro 12 mesi, termine oltre il quale la regione provvede unilateralmente, a sospendere la parte economica integrativa degli accordi regionali, sino alla sottoscrizione del nuovo accordo.

Roma, 12 febbraio 2014



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

COMITATO DI SETTORE COMPARTO
REGIONI – SANITÀ (Artt. 54, 56 e 59 D.Lgs.
150/2009)

Prot. n. 45/COMITATOREG-SAN

Roma, 14 aprile 2016

Dott. Vincenzo Pomo
Coordinatore della Sisac

ROMA

Gentile Dottore,

Le trasmetto il **documento integrativo dell'Atto di indirizzo per la medicina convenzionata** approvato dal Comitato di Settore Regioni – Sanità nella riunione del 13 aprile u.s..

Nel merito, La pregherei di voler convocare, quanto prima, un incontro con le organizzazioni sindacali, ai fini del concreto riavvio del confronto contrattuale.

Con i migliori saluti

Il Presidente
Massimo Garavaglia

All.to c.s.

COMITATO DI SETTORE REGIONI-SANITÀ
(Artt. 54, 56 e 59 D.Lgs. 150/2009)

46/COMITATOREG-SAN

Documento integrativo dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata
deliberato in data 12 febbraio 2014

Con il presente documento il Comitato di Settore per il Comparto Regioni-Sanità integra il contenuto dell'atto già deliberato in data 12 febbraio 2014 ed esecutivo ai sensi dell'art. 47, comma 2 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, aderente ai contenuti del Decreto Legislativo 502/1992 e s.m.i. e dell'articolo 1 della Legge 189/2012, anche alla luce del Patto della Salute 2014-2016 di cui all'intesa Stato-Regioni 82/CSR del 10 luglio 2014 per la parte riguardante specificatamente i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

Premessa

L'art.1 della legge 189/2012 e il Patto per la Salute 2014-2016 propongono una configurazione strutturale dell'assistenza primaria e delle funzioni del medico in rapporto di convenzionamento con il SSN finalizzate ad una diversa organizzazione del sistema sanitario territoriale, in un contesto di appropriatezza, qualificazione ed omogeneità dei servizi resi al cittadino, sostenibilità economica ed integrazione delle diverse attività professionali sanitarie.

La prevista articolazione, in ambito distrettuale, di unità organizzative caratterizzate da condivisione di obiettivi e modalità operative indispensabili per l'espletamento dei compiti e delle funzioni loro attribuite, e' orientata alla realizzazione di una programmazione dei servizi efficiente e sostenibile, finalizzata a fornire ai cittadini risposte assistenziali, appropriate e con continuità.

L'attuazione di tali moduli comporta la revisione e riorganizzazione dei processi assistenziali e di accesso alle prestazioni mediante il coordinamento dell'attività dei medici convenzionati e degli altri professionisti sanitari, anche con il supporto e lo sviluppo di strumenti informatici e telematici, salvaguardando la diffusione capillare degli studi medici ed il rapporto di fiducia medico-paziente in un contesto nel quale devono essere assicurati gli obiettivi di salute definiti dalla regione in coerenza con gli indicatori epidemiologici delle Aziende territorialmente competenti.

Le Regioni sviluppano la propria riorganizzazione territoriale tenendo conto delle diverse caratteristiche orogeografiche e demografiche e delle peculiarità dei modelli organizzativi previsti.

Al fine di assicurare omogeneità dei servizi a livello nazionale, vanno definiti i requisiti minimi e le condizioni fondamentali che dovranno caratterizzare i nuovi modelli organizzativi.

È altresì opportuno procedere alla revisione complessiva degli AACCNN allo scopo di renderli strumento attivo della trasformazione dell'organizzazione, conferire maggiore chiarezza e coerenza interna al testo e introdurre le disposizioni normative di cui al Decreto Legislativo 150/2009, in quanto applicabili, al settore del convenzionamento.

Le Regioni definiscono gli atti di programmazione per l'istituzione delle nuove forme organizzative (AFT e UCCP) entro sei mesi dall'entrata in vigore degli AACCNN; in seguito avviano la contrattazione per la definizione degli Accordi Integrativi Regionali che devono essere perfezionati entro i successivi 12 mesi, termine oltre il quale le Regioni provvedono unilateralmente a sospendere la parte economica integrativa degli accordi regionali e a disporre l'accantonamento fino alla sottoscrizione dei nuovi Accordi Integrativi Regionali.

Indirizzi per i nuovi AACCNN

Il processo di revisione e aggiornamento degli AACCNN vigenti deve avvenire senza alcun onere a carico della finanza pubblica ed oltre agli aspetti di seguito specificatamente indicati deve riguardare anche l'assistenza sanitaria nelle carceri:

Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)

È il modello organizzativo territoriale mono-professionale in ambito distrettuale attraverso il quale i medici del ruolo unico di cure primarie (attualmente assistenza primaria e continuità assistenziale), i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali che vi partecipano garantiscono l'assistenza e la realizzazione di specifici programmi e progetti di assistenza. L'AFT dei medici di cure primarie è articolata su un bacino di utenza riferito ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti per garantire la continuità dell'assistenza senza determinare ulteriori incrementi di costo, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa. L'ambito territoriale dell'AFT della pediatria di libera scelta, riferito alla popolazione 0-6 anni, è 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.

I medici di cure primarie ed i pediatri di libera scelta aderiscono ai modelli organizzativi regionali e assicurano la diffusione capillare dei propri studi.

Per promuovere ed agevolare questo percorso è indispensabile che i medici aggregati in AFT, collegati tra di loro e con la rete informatica aziendale e regionale e funzionalmente con la UCCP di riferimento, condividano finalità e modalità operative necessarie per la realizzazione del modello assistenziale delineato dalla legge 189/2012, coerentemente con la programmazione regionale, con uno stile di lavoro caratterizzato da un impegno a:

- operare in integrazione con altri medici e perseguire con i colleghi obiettivi di assistenza sanitaria per tutti i giorni della settimana ed estesa all'intero arco della giornata, coordinandosi con il sistema di emergenza-urgenza;

- adeguare la propria organizzazione assistenziale finalizzandola agli obiettivi della AFT;
- rivedere e modulare il proprio impegno professionale, anche in termini di orario, in funzione degli obiettivi assegnati.

Le AFT dei medici di cure primarie e quelle dei pediatri di libera scelta assicurano l'accessibilità di tutti gli assistiti articolando l'apertura degli studi dalle 8,00 alle 20,00, dei giorni feriali dal lunedì al venerdì.

I medici di cure primarie a rapporto orario, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale assicurano prioritariamente la loro attività tutti i giorni dalle ore 20,00 alle ore 24,00 e nei giorni di sabato e festivi dalle ore 8,00 alle ore 20,00, al fine di realizzare pienamente la continuità dell'assistenza in favore di tutta la popolazione e per garantire ai cittadini un riferimento preciso cui rivolgersi quando lo studio del proprio medico è chiuso. Nella successiva fascia oraria l'assistenza è assicurata dal servizio di emergenza urgenza - 118.

Le AFT di ogni Distretto articolano la continuità assistenziale di propria competenza assicurando la massima diffusione territoriale delle sedi di erogazione al fine di garantire l'equità dell'accesso, anche in collegamento con la rete del Numero Unico Europeo 116117 dedicato alla gestione delle chiamate per le cure mediche non urgenti.

Nella AFT si realizza il raccordo dell'attività dei medici convenzionati per garantire l'estensione oraria dell'attività di cura, costituire riferimento funzionale per specifici percorsi per pazienti con patologia cronica o inseriti in programmi di assistenza domiciliare, nonché per promuovere e sviluppare la medicina d'iniziativa.

Le AFT della pediatria di libera scelta devono essere impegnate in particolare nelle attività di sostegno alla genitorialità, prevenzione, diagnosi precoce e percorsi di gestione delle patologie croniche, anche coordinandosi con le AFT della medicina generale.

La responsabilità organizzativa dell'AFT è affidata dall'Azienda ad un referente scelto tra i medici convenzionati in essa operanti tra quelli disponibili a svolgere tale funzione e che abbiano maturato esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale, dell'organizzazione e della gestione dei processi di cura.

Il referente assicura il coordinamento organizzativo e la integrazione professionale dei medici della AFT, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali, raccordandosi con il Distretto territorialmente competente.

Con la istituzione delle AFT si superano e sostituiscono le diverse tipologie di forme associative e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni.

Le risorse precedentemente destinate dagli AACCCN alla remunerazione dei fattori produttivi (associazionismo, collaboratore di studio, infermiere, funzione informativo-informatica) costituiscono un “fondo di AFT”. Tale fondo viene erogato assicurando prioritariamente ai medici che attualmente percepiscono le predette indennità il mantenimento del trattamento economico in funzione dello standard assistenziale già garantito.

Il “fondo di AFT” conterrà anche la dotazione di risorse che si libereranno in forza della cessazione degli incarichi ovvero della variazione dello standard erogativo ed organizzativo. Tali risorse saranno finalizzate, in misura prioritaria, alla perequazione del trattamento economico dei medici di scelta operanti nella medesima AFT; la restante parte sarà utilizzata dall’Azienda per realizzare condizioni di omogeneità del trattamento economico dei medici iscritti negli elenchi di scelta operanti nelle altre AFT del territorio.

Nell’ambito della revisione del trattamento economico dei medici di cure primarie e dei pediatri di libera scelta, la quota capitaria per assistito e la quota oraria restano definite dall’ACN. La quota variabile va regolamentata all’interno dei nuovi AAIIRR per la remunerazione degli obiettivi individuati a livello regionale, garantendo l’invarianza delle risorse finanziarie già disponibili.

Unita Complessa di Cure primarie (UCCP)

È la struttura organizzativa di riferimento delle AFT distrettuali ad integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, caratterizzata da una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. L’UCCP garantisce l’erogazione, in coerenza con la programmazione regionale, delle prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l’integrazione dei medici, dell’assistenza infermieristica, ostetrica, tecnica, riabilitativa ed assicura l’accesso per l’assistenza sociale ed i servizi della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

I modelli di UCCP, pur differenziati e di diversa complessità in ragione delle caratteristiche territoriali e demografiche, dovranno configurarsi quali strutture polivalenti e polifunzionali.

Nell’ambito dell’attività dell’UCCP i medici devono impegnarsi, in particolare, nello svolgimento dei seguenti compiti:

- a) assicurare l’accesso degli assistiti ai servizi della UCCP in integrazione con il *team* multi-professionale, anche al fine di ridurre l’uso improprio del Pronto Soccorso;
- b) garantire una effettiva presa in carico dell’assistito, in particolare dei pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti va perseguita l’integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello;
- c) contribuire all’integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall’assistenza domiciliare e residenziale in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

La responsabilità organizzativa e gestionale dell'UCCP è affidata dall'Azienda ad un coordinatore.

Governo clinico

I medici ed i professionisti in rapporto di convenzionamento con il SSN partecipano alla promozione e diffusione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa nonché al corretto uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di *audit* e di *peer review*. Adottano modelli di comportamento coerenti con gli indirizzi definiti a livello regionale con l'obiettivo di migliorare e sviluppare programmi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi.

Uno degli obiettivi del governo clinico è la promozione della integrazione di tutte le componenti professionali per il miglioramento continuo della qualità.

L'ACN disciplina le modalità e gli istituti della partecipazione (informazione e concertazione) ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

Ruolo unico del medico di cure primarie

Ai sensi della legge 189/12, i medici di cure primarie, inseriti nelle forme organizzative AFT ed UCCP, svolgono nell'ambito del ruolo unico attività distinta in due tipologie: a rapporto fiduciario con scelta del cittadino ed a carattere orario, con sistema retributivo differenziato rispettivamente in quota capitaria e quota oraria.

L'introduzione del ruolo unico dei medici di cure primarie prevede, nel nuovo assetto organizzativo, il superamento dell'attuale distinzione tra medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale per cui, nella nuova articolazione territoriale, il medico di cure primarie potrà svolgere sia attività professionale di tipo fiduciario che su base oraria.

A regime, con l'introduzione del ruolo unico del medico di cure primarie, l'accesso al rapporto convenzionale avverrà con progressiva modulazione delle attività a ciclo fiduciario e su base oraria.

Rapporto ottimale

Il nuovo assetto organizzativo e l'introduzione del ruolo unico di cure primarie implicano l'individuazione di nuovi parametri ed un diverso criterio di determinazione del rapporto ottimale medico/popolazione, non più basato su una proporzione numerica uniforme e predeterminata a livello nazionale ma specificata nell'ambito degli accordi regionali, coerentemente con i modelli organizzativi adottati.

Al fine di garantire uniformità di erogazione dei LEA su tutto il territorio nazionale ed evitare sperequazioni nella determinazione delle articolazioni organizzative e nella valutazione regionale del fabbisogno di medici di cure primarie e pediatri di

libera scelta, la contrattazione nazionale indicherà il rapporto ottimale medico/assistiti, fatta salva la possibilità per le Regioni di stabilire un differente valore sulla base delle seguenti indicazioni:

- l'AFT rappresenta l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno assistenziale;
- la AFT della medicina generale, all'atto dell'istituzione del ruolo unico, include il numero dei medici con attività a rapporto orario determinato dall'applicazione del rapporto ottimale previgente; in seguito i valori del rapporto ottimale sono determinati con Accordi Integrativi Regionali osservando una proporzione tra medici a ciclo di scelta e medici a rapporto orario in misura di 5 a 1.

Relazioni e prerogative sindacali

Gli Accordi Collettivi Nazionali rivedranno integralmente i criteri di individuazione della rappresentatività e la determinazione ed assegnazione delle prerogative sindacali, nel rispetto del principio di trasparenza. La rappresentanza e le prerogative sindacali vengono adeguate alle vigenti disposizioni di legge, senza costi aggiuntivi a carico della finanza pubblica.

Monitoraggio degli accordi decentrati

Alla SISAC è demandato il monitoraggio degli accordi decentrati al fine di valutarne l'aderenza con i principi degli AACCN. A tale scopo va istituito un flusso informativo dalle Regioni verso SISAC, che contenga le principali voci di spesa e i principali elementi costitutivi dell'organizzazione territoriale regionale, anche al fine di omogeneizzare l'invio dei dati evitando duplicazioni.

Specialistica ambulatoriale interna

L'Accordo della Specialistica Ambulatoriale Interna assicura una maggiore integrazione di questi professionisti, attraverso la assegnazione e la partecipazione formalizzata alle nuove forme organizzative, sia AFT che UCCP, definite dalla programmazione regionale*.

Roma, 13 aprile 2016

*Il presente atto di indirizzo non ha provveduto alla riscrittura delle indicazioni inerenti l'accordo della specialistica ambulatoriale interna poiché le procedure negoziali si sono già concluse con l'Accordo Collettivo Nazionale del 17 dicembre 2015.



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

Prot. n. 60/COMITATOREG-SAN

Roma, 8 settembre 2017

Dott. Vincenzo Pomo
Coordinatore della SISAC

ROMA

Gentile Dottore,

Le trasmetto la nota di aggiornamento all'Atto di Indirizzo per la medicina convenzionata approvata da questo Comitato di Settore nella seduta del 27 luglio 2017, assentito dal Governo.

Nel merito, La pregherei di voler convocare, quanto prima, un incontro con le organizzazioni sindacali, ai fini del concreto riavvio del confronto contrattuale.

Con i migliori saluti.

Massimo Garavaglia

All.to: c.s.

**NOTA DI AGGIORNAMENTO
ALL'ATTO DI INDIRIZZO PER LA MEDICINA CONVENZIONATA
2014-2016**

Premessa

L'atto di indirizzo deliberato dal Comitato di Settore nel 2014, ed integrato nel 2016, aveva indicato la necessità di orientare il confronto con le OOSS della medicina convenzionata verso modelli organizzativi ed assistenziali innovativi. Si ritiene necessario, anche alla luce sia dei contenuti delle leggi di stabilità che delle indicazioni contenute in diversi atti normativi e documenti di programmazione (Patto Salute 2014-2016, DM 70/2015, Piano Nazionale Cronicità, PNPV, Accordo Stato-Regioni 24 novembre 2016 su numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117, nuovi Lea – DPCM 12 gennaio 2017, Legge 24/2017) che stanno modificando significativamente il contesto di riferimento, fornire a SISAC ulteriori indicazioni per le trattative con le OOSS dei medici convenzionati. Occorre fornire ulteriori indicazioni per la promozione di modelli di assistenza effettivamente evolutivi rispetto a quelli proposti sino ad ora, promuovendo una visione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, ben integrati nei modelli organizzativi regionali con la finalità di supportare le innovazioni organizzativo-assistenziali già in corso in diverse regioni.

È inoltre necessario che la definizione dei nuovi AACCN tenga in considerazione, oltre che le indicazioni normative, anche l'evoluzione degli scenari della demografia professionale, dell'epidemiologia, del mutato contesto professionale.

I nuovi ACN dei medici convenzionati (MMG e PLS) dovranno quindi essere di supporto all'innovazione organizzativa in corso nel paese, nel rispetto della programmazione delle singole regioni.

Gli aspetti prioritari da sviluppare all'interno dell'ACN dovranno riguardare:

- **Attuazione del Piano Nazionale della Cronicità (PNC)**

Il Piano Nazionale della Cronicità identifica le cure primarie quale ambito privilegiato per valutare i bisogni della popolazione e presidiare i percorsi dei pazienti cronici, orienta verso un'offerta proattiva e personalizzata di servizi sanitari e sociali, valorizza la relazione con le risorse della comunità (a cominciare dal volontariato), indica la gestione integrata quale strumento fondamentale per perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti in termini di efficacia degli interventi, di efficienza delle cure, di salute e di qualità di vita dei pazienti con patologie di lunga durata. È necessario che il ruolo di coordinamento dell'attività clinica – salvo specifiche condizioni, che per complessità clinica ed assistenziale, richiedono altri ambiti assistenziali e il coordinamento dello specialista – nella presa in carico delle persone affette da patologie croniche, con **specifiche responsabilità sulla stesura dei PAI e dei Piani di Cura Personalizzati**, sia inserito tra i compiti propri del Medico di Medicina Generale.

- **Attuazione Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019**

La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il P.N.P.V. 2017-2019 propone il nuovo calendario nazionale delle vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età e dedicate agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio.

È necessario promuovere ulteriormente il ruolo della medicina generale e della pediatria di libera scelta nella prevenzione e promozione della salute (corretti stili di vita, campagne vaccinali e campagne di screening delle principali patologie neoplastiche). Relativamente alle campagne vaccinali, si ritiene **opportuno far rientrare l'attività vaccinale** (intesa come effettuazione della prestazione) **all'interno dei compiti del medico**, in raccordo con i servizi vaccinali delle strutture aziendali, prevedendo una remunerazione legata al risultato (copertura vaccinale) uscendo dal modello della remunerazione a prestazione.

- **Il Governo delle liste di attesa e appropriatezza**

Deve essere prevista specificamente la partecipazione dei medici di medicina generale e dei PLS ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di follow-up, nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti (DPCM 12 gennaio 2017 - Nuovi LEA, Piano Nazionale Liste di Attesa - PNGLA).

- **Il contrasto agli accessi impropri ai servizi di Pronto Soccorso**

Occorre prevedere che a livello regionale si realizzino modelli che facilitano l'integrazione dei medici di cure primarie, operanti nelle nuove forme organizzative e in presidi che le regioni stanno sempre più strutturando per l'erogazione e il coordinamento dell'Assistenza Primaria, realizzi un modello assistenziale di facile accessibilità che garantisca la continuità dell'assistenza, assicurando a livello territoriale le competenze necessarie, per evitare l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e per quelle riferibili alla non corretta gestione della cronicità, promuovendo il coordinamento dei MMG e PLS e sfruttando le potenzialità delle future centrali operative **116117**.

- **Il tema del turn-over dei medici convenzionati**

Il ricambio generazionale dei MMG rappresenterà nei prossimi anni un tema particolarmente critico. Si stima, infatti, che **entro il 2026 il 60% degli attuali medici di medicina generale sarà in pensione per raggiunto limite di età (massimo 70 anni)**.

Occorre potenziare il ruolo della programmazione regionale nella definizione dei fabbisogni, in termini sia di rapporto ottimale che di massimale di scelte, e prevedere un incremento del numero

massimo di assistiti in carico ad ogni MMG in presenza di modelli organizzativi multi professionali e ben strutturati, dove i MMG hanno a disposizione personale e strumenti.

Occorre inoltre considerare strumenti convenzionali per agevolare l'inserimento nelle graduatorie regionali e l'accesso dei giovani medici anche in quegli ambiti territoriali carenti che per caratteristiche oro-geografiche risultano da anni privi di copertura: per esempio, incentivazioni economiche e agevolazioni logistiche (gratuità dello studio, apertura dello studio presso una UCCP).

- **Legge 8 marzo 2017, n. 24**

I nuovi AACCN dovranno tenere conto della legge 24/2017, "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*", in tema di copertura assicurativa e gestione del rischio.

- **Ruolo Unico**

L'analisi delle dotazioni di MMG e MCA nelle singole regioni, mostra un'importante variabilità nel numero dei professionisti. Questa variabilità, sommata al tema della demografia professionale e ai modelli organizzativi che si stanno sviluppando nei sistemi sanitari regionali, suggeriscono che l'implementazione del ruolo unico debba potersi attuare nell'ambito dei differenti modelli organizzativi regionali.

- **Fondo per la remunerazione dei fattori produttivi**

Il fondo di remunerazione dei fattori produttivi, dovrà essere di livello aziendale e non di AFT. Anche per una più agevole gestione amministrativa.

- **Ristrutturazione del compenso e meccanismi di premialità sui risultati**

Occorre prevedere che una parte significativa del compenso (almeno il 30%), così come suggerito anche da esperienze internazionali e dai documenti della Commissione Europea, sia assegnata sulla base di meccanismi premiali legati al monitoraggio e valutazione dei livelli di servizio offerti ai cittadini e qualità dell'assistenza (per esempio, modalità di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, appropriatezza prescrittiva, accesso al Pronto Soccorso, copertura vaccinale...), superando il più possibile il pagamento a prestazione.

- **Risorse Economiche a Disposizione**

Le recenti disposizioni in materia di bilancio dello Stato (Legge di bilancio 2016 e DPCM 27 febbraio 2017) hanno individuato le risorse per i rinnovi contrattuali per il triennio 2016-2018 del personale dipendente e stabilito che le disposizioni si applicano anche al personale convenzionato con il SSN (allegata nota interpretativa). Questo permette di disporre di una quota di risorse da destinare al

finanziamento del rinnovo contrattuale. I nuovi ACN dovranno prevedere l'utilizzo di tali risorse all'interno di meccanismi di premialità a risultato, sugli obiettivi prioritari definiti dalle indicazioni nazionali (PNC, PNPV, nuovi LEA).

Roma, 27 luglio 2017

Risorse per il rinnovo della medicina convenzionata

La legge 208/2015 (Legge di stabilità per il 2016) stabilisce, al comma 469, che per il personale dipendente da amministrazioni, istituzioni ed enti pubblici diversi dall'amministrazione statale, gli oneri per i rinnovi contrattuali per il triennio 2016-2018 nonché quelli derivanti dalla corresponsione dei miglioramenti economici al personale sono posti a carico dei rispettivi bilanci.

Stabilisce inoltre che con DPCM su proposta del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono fissati i criteri di determinazione dei predetti oneri.

Il comma 470 recita testualmente “Le disposizioni recate dal comma 469 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale”.

Il DPCM 18 aprile 2016 “Criteri di determinazione degli oneri per i rinnovi contrattuali, ai sensi dell’art. 1, comma 469, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016)” ha definito nello 0,4% del “monte salari” l’onere per la contrattazione collettiva nazionale 2016-2017-2018 da porre a carico dei bilanci delle amministrazioni diverse dall’amministrazione statale.

In sede di verifica degli equilibri di bilancio delle regioni – parte sanità – al IV trimestre 2016 il MEF ha fornito alle Regioni l’algoritmo di calcolo per la quantificazione degli accantonamenti da operare, per il personale dipendente e per il personale convenzionato.

Il comma 367 della **Legge 232/2016 (Legge di bilancio 2017)** demanda ad un successivo DPCM, previsto dal comma 365, l’aggiornamento dei criteri di determinazione degli oneri contrattuali di cui al DPCM 18 aprile 2016.

Il DPCM 27 febbraio 2017 ha rideterminato i valori di riferimento per la contrattazione collettiva nazionale del personale dipendente nello 0,36%, nell’1,09% e nell’1,45% del “monte salari”, al netto della spesa per indennità di vacanza contrattuale nei valori vigenti al decorrere dall’anno 2010, maggiorato degli oneri previdenziali e dell’IRAP.

Il comma 412 della legge 232/2016 recita testualmente “Ai fini della copertura degli oneri per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato del Servizio sanitario nazionale, come determinati a seguito dell’aggiornamento dei criteri di cui al comma 367, è vincolata, a decorrere dalla data di adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 365, una quota del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato ai sensi del comma 392”.

Si ritiene pertanto che le nuove percentuali di cui al DPCM 27 febbraio 2017 siano la base di riferimento, oltre che dei rinnovi contrattuali del personale dipendente, anche dei rinnovi delle convenzioni. Il MEF ha infatti richiesto alle regioni accantonamenti per “rinnovo convenzioni” nella misura prevista dal DPCM 27 febbraio 2017.

Sempre il MEF, in sede di verifica degli adempimenti annuali, controlla che le regioni abbiano costituito l'accantonamento per rinnovo convenzioni, ai sensi dell'articolo 9 del DL 30 settembre 2005, n.203.

Allo stato attuale i fondi accantonati a livello regionale (o delle aziende sanitarie regionali) dovrebbero comprendere una somma pari allo 0,75% del costo da modello CE 2010, per 5 annualità (2011-2012-2013-2014-2015); per il 2016 allo 0.75% del costo CE 2010 si è aggiunto un accantonamento a base di riferimento costo CE 2015 aggiornato con +0,75%, cui è stato applicato lo 0.36%.

Per il 2010 viene conservato un accantonamento, basato su percentuali da controllare (0,5077).



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

Prot. n. 73/COMITATOREG-SAN

Roma, 26 marzo 2018

Dott. Vincenzo Pomo
Coordinatore
SISAC

ROMA

Gentile Coordinatore,

Le invio l'atto di indirizzo per il rinnovo dell'Acn della medicina convenzionata, modificato alla luce delle osservazioni del Ministero dell'Economia che Le allego.

Pertanto La prego di procedere quanto prima al confronto con le Organizzazioni sindacali e alla firma delle Intese.

Con i migliori saluti.

Il Presidente
Massimo Garavaglia

All.to.c.s

Documento integrativo di aggiornamento dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata

Con il presente documento il Comitato di Settore per il Comparto Regioni-Sanità integra il contenuto degli atti già deliberati in data 12 febbraio 2014, 13 aprile 2016, 8 marzo 2017 e 27 luglio 2017 e trasmessi alla SISAC al fine di procedere alle trattative di rinnovo degli AACCNN di settore.

In considerazione dell'attuale contesto normativo, ed in attesa di concludere la contrattazione del triennio 2016-2018 (economico e normativo), si prende atto della necessità di definire negli accordi di settore alcune priorità emerse nel corso della trattativa e già oggetto delle linee di indirizzo richiamate, che richiedono una soluzione negoziale particolarmente tempestiva.

Fermo restando i principali obiettivi già indicati negli atti di indirizzo approvati dal Comitato e richiamati nel presente documento, le priorità attengono in particolare alla realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, Accesso improprio al Pronto Soccorso, Governo delle liste di attesa e appropriatezza), alla necessità di affrontare il ricambio generazionale connesso alla carenza dei medici che si prospetta nel prossimo quinquennio, l'istituzione di uno specifico settore inerente l'assistenza negli istituti penitenziari, la cui competenza è stata trasferita in carico al SSN con Legge 24 dicembre 2007, n. 244 e D.P.C.M. 1 aprile 2008 e la regolamentazione del diritto di sciopero in ottemperanza alla normativa di riferimento per i servizi pubblici essenziali; per il settore della specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità occorre procedere alla revisione ed aggiornamento degli elenchi delle specializzazioni valide per l'accesso agli incarichi.

Con tale prima intesa inerente le questioni elencate il Comitato di Settore ritiene possibile definire le modalità di erogazione delle risorse relative agli anni 2010-2017, pari alla indennità di vacanza contrattuale già corrisposta ai dipendenti del SSN nonché gli arretrati derivanti dagli incrementi previsti per gli anni 2016-2017 legati alla partecipazione per la realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale sopra richiamati.

Per quanto attiene invece la sottoscrizione dell'intero triennio normativo ed economico secondo gli atti di indirizzo già deliberati e trasmessi alla SISAC, si provvede a fornire l'aggiornamento del quadro finanziario di riferimento come di seguito specificato.

L'articolo 1, comma 679, della legge di bilancio per l'anno 2018 (L. n. 205/2017) ha integrato le risorse disponibili per la contrattazione collettiva del personale appartenente alle amministrazioni statali relativa al triennio 2016-2018 e per i miglioramenti economici del restante personale statale in regime di diritto pubblico.

Quanto sopra in applicazione dell'articolo 48, comma 1, del d.lgs. n. 165/2001 secondo il quale con il predetto provvedimento legislativo vengono definiti gli oneri in parola per le sole amministrazioni statali.

In particolare la citata legge di bilancio ha rideterminato le risorse disponibili per la contrattazione del personale delle amministrazioni statali al lordo degli oneri per contributi e per IRAP, nei seguenti importi:

- 300 milioni per l'anno 2016;
- 900 milioni per l'anno 2017;
- 2.850 milioni dall'anno 2018.

Tali risorse, assumendo come termine di raffronto il monte salari utile a fini contrattuali corrispondono, come riportato nella relazione tecnica alla legge di bilancio, ad incrementi retributivi percentuali rispettivamente pari a:

- 0,36 per cento per l'anno 2016;
- 1,09 per cento per l'anno 2017;
- 3,48 per cento a decorrere dall'anno 2018.

Tali incrementi, che si aggiungono, a decorrere dall'anno 2016, a quelli già determinati per i dipendenti pubblici contrattualizzati per il pagamento della indennità di vacanza contrattuale, sono da applicarsi al settore in rapporto di convenzionamento in forza dell'art. 1, comma 683 della predetta legge di bilancio.

Tutto ciò considerato, al fine di rendere comunque omogenee le percentuali a regime destinate ai rinnovi contrattuali nei diversi comparti della pubblica amministrazione e per il settore in rapporto di convenzionamento con il SSN, si rende necessario l'aggiornamento del quadro finanziario di riferimento per i rinnovi contrattuali del comparto sanità in attuazione di quanto previsto dalla Legge 205 del 27 dicembre 2017 con le decorrenze e le percentuali indicate nella seguente tabella:

Incrementi e disponibilità 2010-2018 (valori percentuali)

ANNO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (dal 1 gennaio al 31 agosto)	2018 (dal 1 settembre)
ACCANTONAMENTI (pari ad IVC)	0,5077	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
INCREMENTO (da Legge 27 dicembre 2017, n. 205)							0,36	1,09	1,09	3,48
TOTALE	0,5077	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	1,11	1,84	1,84	4,23

Si dà mandato alla SISAC di riprendere la contrattazione secondo le presenti linee di indirizzo.

Roma, 22 marzo 2018



Ministero dell'Economia e delle Finanze
Ufficio legislativo-economia

3844/VARIE/4341

Roma, 22 MAR 2018

Al Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione
- Gabinetto
- Ufficio legislativo

COMITATO DI SETTORE REGIONI - SANITÀ
26. MAR 2018
PROT. N° 73 COMITATO REGIONI - SANITÀ

e, p.c.,

Al Ministero della salute
- Ufficio di Gabinetto

Al Gabinetto del Sig. Ministro

All'Ufficio del coordinamento legislativo

Al Dipartimento della ragioneria generale dello Stato

LORO SEDI

OGGETTO: Documento integrativo dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata.

Con riferimento al documento indicato in oggetto, si trasmette la nota n. 41357 del 20 marzo 2018 del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, pervenuta in data odierna.

IL CAPO DELL'UFFICIO



Ministero
dell'Economia e delle Finanze
DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO
ISPETTORATO GENERALE PER LA SPESA SOCIALE
UFFICIO VIII

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
UFFICIO DEL COORDINAMENTO LEGISLATIVO
Ufficio Legislativo Economia

22 MAR. 2018

Prot. n. 4271
Roma,

Al Gabinetto del Ministro
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it;

Allegati: vari
Risposta a nota del:

All' Ufficio Legislativo - Economia
legislativo.economia@pec.mef.gov.it

OGGETTO: Documento integrativo di aggiornamento dell'Atto di indirizzo per la medicina convenzionata.

Si fa riferimento alla nota 33/COMITATOREG-SAN del 22 febbraio 2018 (acquisita agli atti di questo Dipartimento con prot. 30762 del 1° marzo 2018) con la quale il Comitato di settore del Comparto Regioni-Sanità ha trasmesso il documento integrativo dell'Atto di indirizzo per la medicina convenzionata approvato nella riunione del 19 febbraio 2018.

Nell'Atto in oggetto il Comitato, nel premettere che gli incrementi retributivi previsti dalla legislazione vigente sono pari a +0,36% per il 2016, a +1,09% per il 2017 e a +3,48% per il 2018 e nel sottolineare il "mancato incremento di risorse finanziarie per il Fondo sanitario nazionale", propone, al fine di rendere omogenee le percentuali a regime destinate ai rinnovi contrattuali nei diversi comparti della pubblica amministrazione e al settore in rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale, i seguenti incrementi:

- +0,36% per il 2016;
- +1,09% per il 2017 e fino al 31 agosto 2018;
- + 3,48% dal 1° settembre 2018.

Al riguardo si osserva quanto segue.

La legge n. 205 del 2017 ha previsto un incremento a regime, dal 1° gennaio 2018, del +3,48% senza prevedere uno specifico incremento del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale in correlazione a tale rinnovo contrattuale.

L'Atto di indirizzo dovrebbe essere corretto al fine di eliminare riferimenti al mancato specifico incremento del finanziamento, attesa la volontà in tal senso del legislatore.

Inoltre si segnala come il rinvio all'ultima parte del 2018 del rinnovo a regime delle convenzioni (e non dal 1° gennaio 2018, come per le amministrazioni centrali), potrà determinare l'insorgenza di contenziosi legati alla disparità di trattamento in contrasto con la legge. Sul punto si fa rinvio anche alle valutazioni di codesti Uffici e del Dipartimento della funzione pubblica.

Il Ragioniere Generale dello Stato





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

Prot. n. 10/COMITATOREG-SAN

Roma, 13 marzo 2017

Dott. Vincenzo Pomo
Coordinatore della Sisac

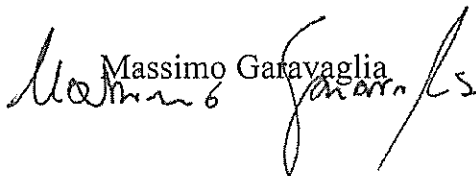
Gentile Dottore,

le comunico che il Comitato di Settore Regioni – Sanità nella riunione dell'8 marzo u.s. ha approvato **l'Atto di indirizzo per la revisione/integrazione degli elenchi delle branche specialistiche e delle specializzazioni professionali allegati all'ACN di settore.**

Tale revisione/ integrazione, come è noto, era infatti prevista nell'ACN 17 dicembre 2015, in quanto gli elenchi allegati, ormai risalenti ai precedenti ACN, risultavano essere incompleti e/o obsoleti.

Le trasmetto pertanto l'atto di cui sopra al fine di dare avvio alle trattative con le organizzazioni sindacali per addivenire ad una modifica degli allegati annessi al vigente ACN di settore.

Con i migliori saluti.


Massimo Garavaglia

All.to c.s.



ATTO DI INDIRIZZO PER LA REVISIONE/INTEGRAZIONE DEGLI ELENCHI DELLE BRANCHE SPECIALISTICHE E DELLE SPECIALIZZAZIONI PROFESSIONALI ALLEGATI ALL'ACN DI SETTORE

PREMESSA

l'ACN 17 dicembre 2015 del settore in oggetto (dichiarazione a verbale n. 2) prevede l'avvio di un percorso di studio e/o revisione degli elenchi delle branche specialistiche e delle specializzazioni professionali allegati all'ACN, che costituiscono titolo per l'accesso agli incarichi conferibili dalle Aziende Sanitarie. Tali elenchi, ormai risalenti ai precedenti ACN assunti in forma di DPR, risultano oggi incompleti e/o obsoleti e richiedono pertanto una manutenzione in linea anche con le nuove disposizioni ministeriali in materia.

Le attività di studio e di fattibilità della integrazione del testo negoziale sono già intercorse e sono state oggetto di interlocuzioni dirette tra la SISAC, il Ministero della Salute e le OO.SS. rappresentative di settore.

LINEE DI INDIRIZZO

La SISAC è autorizzata ad avviare una trattativa con le OO.SS. per addivenire ad una modifica degli allegati annessi al vigente ACN di settore contenenti gli elenchi di specializzazione utili all'acquisizione di un incarico di specialista ambulatoriale, veterinario o altra professionalità sanitaria (psicologo, biologo, chimico).

Tale modifica consisterà nel disporre, per quanto possibile ed utile ai fini degli incarichi di cui trattasi, l'integrazione delle branche specialistiche/specializzazioni professionali oggi riconosciute e la cancellazione di quelle non più attuali (fatta salva la possibilità per coloro che già dispongono di quel titolo di continuare ad acquisire incarichi/integrazioni orarie per la branca cui partecipano).

L'intervento negoziale richiederà un avvicinamento, per quanto possibile, alle tabelle utili per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario del SSN, allegati agli specifici decreti di settore del Ministero della salute, fatta esclusione per quelle specializzazioni non riconducibili agli incarichi di specialistica territoriale ambulatoriale in quanto non riferibili ad attività prettamente ambulatoriali di assistenza primaria cui tali operatori concorrono unitamente agli altri sanitari. Allo scopo va tenuto conto che, rispondendo alle specifiche disposizioni di legge ed alla disciplina negoziale vigente, tale contesto ambulatoriale può includere esclusivamente le specializzazioni finalizzate all'esecuzione attività di diagnosi e cura, prevenzione e riabilitazione, di supporto e consulenziali ed a tutti gli atti di natura specialistica tecnicamente eseguibili, salvo controindicazioni cliniche, nei vari ambiti in cui tali operatori sono chiamati ad operare. Vanno escluse quelle specializzazioni che non evidenziano tali caratteristiche e che richiedono invece attività sanitarie eseguibili esclusivamente in ambito ospedaliero.



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

Prot. n. 34/COMITATOREG-SAN

Roma, 27 febbraio 2020

Dott. Antonio Maritati
Coordinatore
SISAC

ROMA

Gentile Coordinatore,

Le invio i documenti integrativi dell'atto di indirizzo per il rinnovo dell'Acn della medicina convenzionata, approvati da questo Comitato di Settore nelle sedute del 9 luglio e del 29 agosto 2019.

Nel merito faccio presente che con nota del 21 febbraio u.s., che si allega, il Segretario generale della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha trasmesso la richiesta di chiarimenti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, che ho già provveduto a fornire in data odierna con la nota che si allega alla presente.

Pertanto La prego di procedere quanto prima al confronto con le Organizzazioni sindacali e alla firma delle Intese.

Con i migliori saluti.

Il Presidente
Sergio Venturi

All.to.c.s

Documento integrativo di aggiornamento dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata

Con il presente documento il Comitato di Settore per il Comparto Regioni-Sanità integra il contenuto degli atti già deliberati in data 12 febbraio 2014, 13 aprile 2016, 8 marzo 2017, 27 luglio 2017 e 22 marzo 2018 e trasmessi alla SISAC al fine di procedere alle trattative di rinnovo degli AACCNN di settore.

L'emanazione di un nuovo atto si rende necessaria allo scopo di dare attuazione ad alcune disposizioni di legge, in particolare l'art. 9, D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, convertito con modificazioni dalla L. 11 febbraio 2019, n. 12 (Decreto Semplificazioni) e l'art. 12, D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 (Decreto Calabria), che incidono sui contenuti delle disposizioni negoziali dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. Le presenti linee di indirizzo sono inoltre disposte per provvedere all'aggiornamento del quadro finanziario di riferimento degli AACCNN del settore in rapporto di convenzionamento con il SSN in riferimento all'anno 2018.

Assegnazione degli incarichi di medicina generale.

- 1) Il Comitato ritiene che, dovendo trovare applicazione il dettato dell'art. 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, convertito con modificazioni dalla L. 11 febbraio 2019, n. 12 (Decreto Semplificazioni), il quale prevede che l'assegnazione degli incarichi ai medici in formazione sia *"in ogni caso subordinata rispetto a quella dei medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale, in forza di altra disposizione"*, devono evidentemente essere garantite le priorità già individuate dal vigente ACN 23 marzo 2005 e smi. Per tale ragione il riferimento alle *"graduatorie regionali"* non può che riguardare un separato elenco di livello regionale in cui vengono graduati i medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale (secondo le priorità fissate dall'ACN) e da cui attingere in subordine alle categorie preordinate contrattualmente ed ai sensi di legge.

Il Comitato ritiene che l'incarico debba essere assegnato esclusivamente nella stessa Regione presso la quale il medico sta frequentando il corso di formazione.

Espletate tutte le procedure di assegnazione previste dal vigente ACN, ivi comprese quelle di cui all'articolo 34, comma 17 e all'articolo 63, comma 15, si possono interpellare i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella

medesima Regione (e titolari di attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale per gli incarichi di emergenza sanitaria territoriale), con il seguente ordine:

- medici frequentanti la terza annualità di frequenza del corso;
- medici frequentanti la seconda annualità di frequenza del corso;
- medici frequentanti la prima annualità di frequenza del corso.

I medici sono graduati utilizzando i criteri già adottati dal vigente ACN (minore età al conseguimento del diploma di laurea; voto di laurea; anzianità di laurea) con priorità di interpello per i medici residenti (in Azienda e in Regione).

- 2) L'ACN della medicina generale dovrà inoltre prevedere che, in subordine ai medici già iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale (di cui al precedente, punto 1 del presente documento) siano conferiti incarichi nel settore anche ai medici di cui all'art. 12, comma 3 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 (Decreto Calabria), con le stesse modalità di cui al punto 1;
- 3) Nei casi di cui ai precedenti punti 1 e 2, il mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza fatti salvi i periodi di sospensione previsti dall'articolo 24, commi 5 e 6 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, comporta la decadenza dall'incarico assegnato;

Instaurazione del rapporto convenzionale e remunerazione degli incarichi

Il Comitato ritiene che non possano che richiamarsi i trattamenti economici dei rispettivi incarichi affidati in forza della procedura attivata per il conferimento, riconoscendo dunque, nel periodo di sovrapposizione tra formazione ed incarico, i trattamenti economici sanciti rispettivamente dall'articolo 38, dall'articolo 72 e dall'articolo 98 del vigente ACN. La contrattazione dovrà prevedere che ai medici frequentanti il corso siano attribuiti incarichi temporanei.

Dalla data di conseguimento del titolo, l'incarico temporaneamente assegnato viene convertito in incarico a tempo indeterminato.

Limitazioni del massimale di assistiti ed orario

Con riferimento alla scelta affidata alle Regioni ed alle Province Autonome e sancita al comma 2 dell'art. 9, D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, convertito con modificazioni dalla L. 11 febbraio 2019, n. 12, come modificato dall'art. 12, comma 4, lett. b) D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, al fine di uniformare le modalità applicative per il

mantenimento della frequenza a tempo pieno, il Comitato ritiene opportuno che l'ACN stabilisca le corrispondenti "limitazioni" per le varie aree convenzionali come segue:

- i medici frequentanti il corso, con il convenzionamento in assistenza primaria, mantengono la frequenza a tempo pieno fino al raggiungimento delle 500 scelte, limitatamente al restante periodo di frequenza del corso. In sede di ACN si dovrà prevedere per le Regioni, sulla base della propria programmazione, la possibilità di incrementare tale limite fino ad un massimo del 30%;
- i medici frequentanti il corso, con il convenzionamento di continuità assistenziale a 24 ore settimanali, mantengono la frequenza del corso a tempo pieno;
- i medici frequentanti il corso, con il convenzionamento di emergenza sanitaria territoriale (per 38 ore) ottengono una sospensione parziale dell'attività convenzionale pari a 14 ore settimanali. Tale sospensione permane fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale.

Attuazione art. 12, comma 6, D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

Le disposizioni di modifica dell'art. 8 comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 introducono a livello normativo considerazioni già elaborate nelle linee di indirizzo trasmesse alla SISAC e deliberate il 27 luglio 2017. In quelle indicazioni per la contrattazione si esplicitava: *"occorre potenziare il ruolo della programmazione regionale nella definizione dei fabbisogni, in termini sia di rapporto ottimale che di massimale di scelte, e prevedere un incremento del numero massimo di assistiti in carico ad ogni MMG in presenza di modelli organizzativi multi professionali e ben strutturati, dove i MMG hanno a disposizione personale e strumenti"*.

Occorre oggi ribadire, in attuazione della novella legislativa, tale indirizzo in ordine alla necessità che l'ACN disponga un innalzamento del massimale fino al limite massimo di 1800 scelte, per i medici che operano nell'ambito dei modelli organizzativi multi professionali coadiuvati da personale di segreteria e infermieri. La presenza dello psicologo nelle forme organizzative multiprofessionali sarà definita, in linea con quanto già previsto nei precedenti atti di indirizzo, dalle Regioni nel contesto di modelli organizzativi ben strutturati dove i MMG hanno a disposizione personale e strumenti.

L'ACN dovrà inoltre prevedere modalità e forme di incentivazione per i medici inseriti in graduatoria allo scopo di favorire l'accettazione di incarichi nelle zone

carenti, disponendo anche specifiche misure alternative volte a compensare l'eventuale rinuncia agli incarichi assegnati. In tale contesto l'ACN disporrà la cancellazione dalla graduatoria valevole per l'anno in corso per i medici che rifiutano la proposta di incarico, inclusi coloro che non si presentano all'interpello, ovvero per coloro che avendo accettato l'incarico, successivamente rinunciano.

Alle indicazioni alla contrattazione del presente paragrafo si deve provvedere senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Aggiornamento quadro finanziario anno 2018

Si ripercorrono di seguito i passaggi principali intervenuti negli ultimi anni sulla contrattazione dei comparti delle Amministrazioni Pubbliche:

- il DPCM 18 aprile 2016 (registrato dalla Corte dei Conti il 25 maggio 2016) ha determinato nello 0,4% del "monte salari" utile ai fini contrattuali gli oneri per la contrattazione collettiva nazionale per il triennio 2016-2018 del personale dipendente dalle amministrazioni diverse da quelle statali. Tali oneri sono da porre a carico dei rispettivi bilanci;
- il 30 novembre 2016 il Ministro per la semplificazione e la PA e i sindacati confederali hanno siglato un accordo sul rinnovo dei CCNL nei comparti pubblici per il triennio 2016-2018;
- la legge di bilancio per il 2017 (L. n. 232/2016) ha stanziato ulteriori risorse per il rinnovo contrattuale nel comparto pubblico per gli anni 2016-2018;
- il DPCM 27 febbraio 2017 (registrato alla Corte dei conti il 22 marzo 2017) ha conseguentemente quantificato gli oneri per i rinnovi contrattuali nella misura dello 0,36% del "monte salari" utile ai fini contrattuali determinato sulla base dei dati del conto annuale 2015 (costituito dalle voci retributive a titolo di trattamento economico principale e accessorio, al netto della spesa per l'indennità di vacanza contrattuale) per il 2016, dell'1,09% per il 2017 e dell'1,45% a decorrere dal 2018;
- nel DPCM è specificato che gli importi sopra quantificati si aggiungono in ciascuno dei medesimi anni a quelli già determinati per il pagamento dell'indennità di vacanza contrattuale corrisposta a partire dal 2010;

L'articolo 1, comma 679, della legge di bilancio per l'anno 2018 (L. n. 205/2017) ha integrato le risorse disponibili per la contrattazione collettiva del personale appartenente alle amministrazioni statali relativa al triennio 2016-2018 e per i miglioramenti economici del restante personale statale in regime di diritto pubblico che corrispondono, come riportato nella relazione tecnica alla legge di bilancio, ad incrementi retributivi percentuali rispettivamente pari a:

- 0,36 per cento per l'anno 2016;
- 1,09 per cento per l'anno 2017;
- 3,48 per cento a decorrere dall'anno 2018.

Al fine di rendere comunque omogenee le percentuali a regime destinate ai rinnovi contrattuali nei diversi comparti della pubblica amministrazione e per il settore in rapporto di convenzionamento con il SSN (medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale, veterinaria ed altre professionalità sanitarie), si provvede con il presente atto all'aggiornamento del quadro finanziario:

Rinnovo contrattuale	2016	2017	2018
INCREMENTO RETRIBUTIVO	0,36%	1,09%	3,48%

si aggiungono in ciascuno dei medesimi anni l'indennità di vacanza contrattuale corrisposta a partire dal 2010.

MEDICINA CONVENZIONATA	ONERE AGGIUNTIVO
TOTALE MEDICINA GENERALE	€ 47,88
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	€ 9,82
SPECIALISTICA AMBULATORIALE, VETERINARIA ED ALTRE PROFESSIONALITA'	€ 9,94
TOTALE CONVENZIONE (comprensivo contributi previdenziali, Malattia, IRAP)	€ 67,64

Si dà mandato alla SISAC di riprendere la contrattazione secondo le presenti linee di indirizzo.

Prossime determinazioni del Comitato di Settore sulle risorse INAIL per certificazione telematica

Il Comitato, visti i commi 526 e 528 della Legge 145/2018, prende atto che la decorrenza del trasferimento delle risorse ivi previste è il 1° gennaio 2019 e dispone che a seguito della prevista intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e a completamento del percorso negoziale riferibile al triennio 2016-2018, si provvederà ad emanare uno specifico atto di indirizzo che consenta di anticipare la trattativa riferibile al triennio 2019-2021.

Roma, 9 luglio 2019

Documento integrativo di aggiornamento dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata

A seguito della stipula del verbale di intesa tra la Sisac e le organizzazioni sindacali sull'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai fini della sottoscrizione dell'ipotesi di ACN nel mese di settembre prossimo, il Comitato di Settore Regioni – Sanità autorizza la SISAC a procedere al riconoscimento delle risorse già definite, a regime dal 1° gennaio 2018 (arretrati/incrementi), pari all'aliquota già indicata nell'anno 2017 (1,84% = 0,75% + 1,09).

Con riferimento al documento integrativo dell'Atto di indirizzo approvato dal Comitato il 9 luglio u.s. e trasmesso al Governo con nota dell'11 luglio la sezione relativa alla **“Instaurazione del rapporto convenzionale e remunerazione degli incarichi”** è così sostituita:

“Il Comitato ritiene che non possano che richiamarsi i trattamenti economici dei rispettivi incarichi affidati in forza della procedura attivata per il conferimento, stabilendo dunque, nel periodo di sovrapposizione tra formazione ed incarico, che i trattamenti economici siano remunerati secondo il sistema normativo vigente sino alla definizione del nuovo ACN, disciplinando nel nuovo accordo una remunerazione uguale a quella prevista per i titolari di rapporto convenzionale, senza ulteriori oneri.

La contrattazione dovrà prevedere che ai medici frequentanti il corso, gli incarichi siano assegnati in via provvisoria in attesa del conseguimento del titolo.

Dalla data di conseguimento del titolo, l'incarico assegnato in via provvisoria viene convertito in incarico a tempo indeterminato.”

Roma, 29 agosto 2019



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

Prot. n. 33/COMITATOREG-SAN

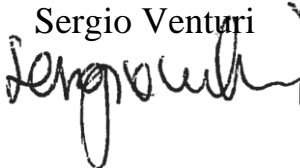
Roma, 27 febbraio 2020

Pres. Roberto Chieppa
Segretario generale Presidenza del
Consiglio dei Ministri

Gentile Segretario,

con riferimento alla Sua nota del 21 febbraio u.s. e a riscontro delle richieste di chiarimento formulate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze sui documenti integrativi dell'Atto di indirizzo della medicina convenzionata, si precisa che l'incremento contrattuale a regime del 3,48% decorre dal 1° aprile 2018, in relazione a quanto già previsto per i contratti della dipendenza del Servizio Sanitario Nazionale.

Con i migliori saluti.

Il Presidente
Sergio Venturi




Presidenza del Consiglio dei Ministri

UFFICIO DEL SEGRETARIO GENERALE

Presidenza del Consiglio dei Ministri
USG 0001659 P-4.2.6.2
del 21/02/2020



Al Comitato di settore comparto
Regioni-sanità
Conferenza delle regioni e delle province
autonome
conferenza@pec.regioni.it

e, p. c.

Al Ministero della salute
- Gabinetto
gab@postacert.sanita.it

Al Ministero dell'economia e delle finanze
- Capo di Gabinetto
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

- Ufficio legislativo economia
legislativo.economia@pec.mef.gov.it

- Ufficio del coordinamento legislativo
ufficiocoordinamentolegislativo@pec.mef.gov.it

- Dipartimento della ragioneria generale dello
Stato
rags.ragionieregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it

COMITATO DI SETTORE
REGIONI - SANITA'
21 Feb 2020
Prot. n. 0029/COMITATOREG-SAN

OGGETTO: Documento integrativo dell'Atto di indirizzo per il rinnovo dell'ACN della medicina convenzionata.

Con riferimento al documento integrativo di aggiornamento dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, inviato da codesto Comitato di settore con nota dell'11 luglio 2019, e alla relativa integrazione comunicata con lettera del 29 luglio 2019, si trasmette la nota del Ministero dell'economia e delle finanze n. 3844/VARIE/1921 del 18 febbraio 2020, con richiesta di riscontro in ordine ai chiarimenti ivi indicati.

20 FEB 2020

IL SEGRETARIO GENERALE
Pres. Roberto Chieppa



Ministero dell'Economia e delle Finanze
Ufficio legislativo Economia

Roma, 18 FEB 2020

3866/VARIE/1921

Al Segretariato generale della
Presidenza del Consiglio dei Ministri

E p.c. Al Ministero della salute
Gabinetto

Alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

Al Gabinetto del Ministro

All'Ufficio del coordinamento legislativo

Al Dipartimento della ragioneria generale dello Stato

OGGETTO: documento integrativo dell'Atto di indirizzo per il rinnovo dell'ACN della medicina convenzionata.

In riferimento ai documenti integrativi di aggiornamento dell'atto di indirizzo per la medicina convenzionata, del 9 luglio 2019 e del 29 agosto 2019, pervenuti dal Comitato di settore comparto Regioni-Sanità della Conferenza delle Regioni e Province autonome, acquisite le valutazioni del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, si rappresenta quanto segue.

Con riferimento al documento del 9 luglio 2019, che dà conto delle integrazioni dei trattamenti economici nelle misure dello 0,36% per l'anno 2016, dell'1,09% per l'anno 2017 e del 3,48% a decorrere dall'anno 2018, valori a cui si aggiunge l'incremento corrispondente dell'indennità di vacanza contrattuale pari allo 0,75%, non si hanno osservazioni da formulare, osservandosi, tuttavia, che il documento non dà conto degli elementi sottostanti alla quantificazione degli oneri di cui alla tabella inserita nel documento stesso; in particolare, nulla si dice in merito alla decorrenza dell'incremento del 3,48% che il precedente atto di indirizzo, di cui alla nota n. 33 del 22 febbraio 2018 del Comitato di settore, fissava al 1° settembre 2018.

Per quanto attiene al documento del 29 agosto 2019, si rappresenta che non si hanno osservazione da formulare nel presupposto che quanto ivi previsto in merito agli aspetti finanziari sia diretto esclusivamente a chiarire che il valore dell'incremento che si raggiunge nell'anno 2017 pari all'1,84% (quale somma dell'incremento contrattuale previsto per il 2017 pari all'1,09% e dell'incremento per l'indennità di

vacanza contrattuale pari allo 0,75%) sia confermato (trascinamento) anche nell'anno 2018 fino all'applicazione dell'ulteriore incremento previsto per il conseguimento di un beneficio complessivo a regime del 4,23% (quale somma dell'incremento contrattuale a regime del 3,48% che, come già detto, nel precedente atto di indirizzo veniva previsto dal 1° settembre 2018 e del predetto incremento-per l'indennità di vacanza contrattuale dello 0,75%).

Ciò premesso, è necessario che sia chiarita la decorrenza dell'incremento contrattuale a regime del 3,48% tenuto conto che non potranno riconoscersi miglioramenti economici superiori a quelli stabiliti per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale.

IL CAPO DELL'UFFICIO
Don Cinnola