

INDICE

Premessa

Obiettivi strategici e compiti specifici

Art.1 Campo di applicazione e durata dell'Accordo

Art.2 Partecipazione a Comitati e Gruppi di lavoro

Art.3 Esercizio del diritto di sciopero

Art.4 Comitato Regionale

Art.5 Comitato Aziendale

Art.6 Rapporto ottimale e zone carenti

Art.7 Massimali di scelte e deroghe consentite

Art.8 Requisiti degli studi medici.

Art.9 Sostituzioni

Art.10 Aggregazioni funzionali territoriali (A.F.T.)

Art.11 Referente di A.F.T.

Art.12 Modelli organizzativi pediatria libera scelta

Art.13 Istituti economici

Art.14 Progetto salute infanzia

Art.15 Governo clinico

Art.16 Fondo per le Attività Distrettuali

Art.17 Area di formazione in Pediatria di Libera Scelta

Norme Finali

Schema Progetto salute Infanzia

Premessa

In data 25 luglio 2024 è stato reso esecutivo il nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta relativi al triennio 2019-2021; tale atto, in linea con il precedente Accordo del 2022, pone in essere uno dei principi fondamentali della Legge 8 novembre 2012, n. 189, che ha convertito il Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, noto anche come Decreto Balduzzi, e cioè assicurare un più alto livello di tutela della salute attraverso il rafforzamento dell'assistenza territoriale.

In particolare, nella nuova normativa di Settore, si dà attuazione alla necessità, (prevista al comma 1, lettera b-bis della richiamata Legge 189/2012, che ha modificato l'art. 8 del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, *“di garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica della medicina di servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali denominate aggregazioni funzionali territoriali -AFT- che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali denominate unità complesse di cure primarie -UCCP- che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria”*.

Le AFT della pediatria di libera scelta, intese appunto come aggregazioni funzionali monoprofessionali aventi compiti e funzioni di governo clinico della pediatria, garantiranno l'assistenza su un ambito territoriale, riferito alla popolazione 0-14 anni, definito dall'Azienda per ogni Distretto in ragione del numero di Pdls e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale del territorio.

Inoltre è necessario sottolineare che il D.M. del 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, con particolare riferimento allo sviluppo dell'assistenza territoriale stabilisce che l'equipe multiprofessionale, nella tipologia UCCP, fondata sull'interazione fra MMG, PdLS, MCA, specialisti ambulatoriali interni e dipendenti, infermieri e altre figure sanitarie e socio-sanitarie, rappresenti uno dei servizi cardine nel modello organizzativo “Casa della Comunità”, sia nella tipologia hub che nella tipologia spoke.

Si richiama infine l'art. 3 (“*Livello di contrattazione*”) del richiamato ACN/2024 PLS che, al comma 7, stabilisce il perimetro operativo degli Accordi Integrativi Regionali (AIR) nella definizione degli 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 all'art. 4 (“*Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale*”), nonché nella modalità di distribuzione della parte variabile del compenso e nelle materie esplicitamente rinviate dallo stesso Accordo del 25 luglio 2024.

Premesso ciò, e in un'ottica di sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale, conciliata con la crescente esigenza di una qualificazione dei servizi sanitari territoriali, si rende necessaria una nuova organizzazione del sistema delle cure primarie che valorizzi i pediatri di libera scelta e che ne promuova l'integrazione con altre figure professionali per lo svolgimento dei compiti e delle attività per la tutela della salute dei minori fino al compimento del quattordicesimo anno di età.

Il nuovo modello organizzativo delle AFT dovrà assicurare alla popolazione 0-14 l'erogazione dei

livelli essenziali di assistenza (LEA) e garantire l'assistenza pediatrica nei giorni feriali nella fascia 8-20. Ai fini dell'istituzione delle forme organizzative della medicina convenzionata relative ai pediatri di libera scelta, aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e unità complesse di cure primarie (UCCP), su tutto il territorio regionale e nei distretti, con realizzazione del relativo collegamento funzionale, le parti concordano quanto segue.

Obiettivi strategici e compiti specifici

1. Le cure primarie in età pediatrica sono caratterizzate dall'esigenza di coniugare gli aspetti sociali ed assistenziali così come la diagnosi e la cura con la prevenzione, mettendo al centro dell'attenzione il minore e la sua famiglia dalla nascita fino all'adolescenza, mediante programmi in grado di conseguire i seguenti obiettivi generali:
 - a) prevenire le condizioni a rischio, causa di lesioni, disabilità e dipendenza;
 - b) prevenire il disagio psichico e sociale, gli abusi ed i maltrattamenti;
 - c) stimolare la responsabilizzazione del minore e dei genitori verso scelte e comportamenti orientati alla salute e al miglioramento della qualità di vita;
 - d) attuare efficaci modelli di continuità dell'assistenza e di coordinamento delle cure fra strutture di diverso livello ancor più alla luce della sempre più ingravescente riduzione del numero di specialisti in pediatria;
 - e) adeguare il livello d'assistenza per i minori affetti da patologia cronica spostandone il follow up delle forme lievi e moderate sul territorio potenziando lo scambio informatico mettendo in rete tutti gli attori dell'assistenza ai bambini a cominciare dai Pediatri di Famiglia per giungere poi ai reparti specialistici, con l'obiettivo di coordinare gli interventi sanitari e sociali a tutti i livelli, sino alle condizioni di terminalità e in stato di disabilità;
 - f) strutturare modalità di lavoro orientate alla cooperazione tra servizi e operatori secondo un approccio multidimensionale ai problemi del minore.
2. Nell'ambito della programmazione regionale si definiscono, inoltre, i seguenti obiettivi strategici:
 - a) promozione di un sistema vaccinale ad alto livello di copertura;
 - b) realizzazione di una rete organizzata di continuità dell'assistenza che consenta al cittadino la possibilità di ricevere risposte coerenti ed appropriate durante l'intero arco della giornata, in modo progressivo e coordinato tra Pediatria di Libera Scelta, Continuità Assistenziale e Strutture Ospedaliere;
 - c) integrazione funzionale tra il Territorio e l'Ospedale mediante l'individuazione di percorsi diagnostici e terapeutici condivisi;
 - d) incentivazione della sperimentazione di forme di assistenza complessa pediatrica e trasformazione delle attuali associazioni in AFT volte al miglioramento della qualità delle cure;
 - e) agevolazione degli inserimenti dei medici pediatri negli ambiti territoriali carenti ed incentivazione per le zone più disagiate, al fine del miglioramento dell'assistenza a favore dei soggetti in età esclusiva;
 - f) ripensare l'indispensabile ruolo della Pediatria di Famiglia nella gestione dell'adolescente;
 - g) sviluppo del sistema informativo finalizzato a supportare le complessità organizzative e a facilitare la comunicazione tra tutti gli operatori del SSR anche in ottemperanza al debito

informatico ed alla realizzazione della ricetta informatica;

3. Ciò premesso, il presente documento definisce compiti e attività del pediatra di libera scelta nell'ambito di quattro aree:

I° area – Prevenzione delle condizioni a rischio

- individuare precocemente le condizioni patologiche durante lo sviluppo del minore con particolare riguardo agli stili di vita;
- favorire la consapevolezza del rischio di incidenti negli abituali ambienti di vita (casa, scuola, ambiti di gioco e mezzi di trasporto) e di esposizione ad inquinanti ambientali (fumo passivo);
- promuovere l'adesione ai programmi vaccinali. Essendo fondamentale la collaborazione tra i Servizi Aziendali di Prevenzione ed i pediatri di libera scelta nella realizzazione e nel monitoraggio delle corrette coperture vaccinali, nonché nella segnalazione dei soggetti cronici per completarne il calendario, rientrano tra i compiti convenzionali:
 - La promozione attiva delle vaccinazioni.
 - La sorveglianza e la segnalazione di eventuali effetti collaterali.
 - La rilevazione anamnestica delle avvenute vaccinazioni nel corso dei Bilanci di Salute.
 - L'informazione sulle vaccinazioni non prioritarie a tutti i pazienti.

II° area - Prevenzione del disagio psichico e sociale

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

III° area - Stimolazione della responsabilizzazione

- favorire l'adozione di corretti comportamenti alimentari per prevenire il dilagante fenomeno dell'obesità infantile;
- contribuire al raggiungimento di una buona capacità genitoriale;
- favorire la consapevolezza della validità dell'allattamento al seno;
- incentivare la partecipazione alle attività ginnico-motorie;
- prevenire l'uso delle sostanze che causano dipendenza ed aiutare l'acquisizione di corretti stili di vita nell'adolescenza;
- fornire mezzi educativi alle famiglie per la corretta gestione dei più frequenti eventi che interferiscono con lo stato di salute del minore.

IV° area – Promozione del coordinamento e della cooperazione

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

ART. 1 Campo di applicazione e durata dell'accordo.

1. Il presente provvedimento regola, ai sensi dell'ACN del 25 luglio 2024, il rapporto di lavoro esistente fra le Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte ed i Pediatri di libera scelta in esse operanti, relativamente alle materie esplicitamente demandate alla negoziazione regionale e alla disciplina del livello di negoziazione regionale di cui all'art. 3 dell'Accordo Nazionale.
2. Detto rapporto professionale costituisce vincolo funzionale tra ASL e singolo pediatra e si concretizza con l'organico inserimento delle attività del pediatra di libera scelta nell'apparato organizzativo del Distretto e delle AFT per lo svolgimento dei compiti rientranti nell'area pediatrica, dalle attività assistenziali primarie alla continuità di cura, fino alla promozione della salute.
3. La presente preintesa entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento di adozione da parte della Regione Piemonte e rimane in vigore fino alla stipula di successivo Accordo, salvo modifiche e/o integrazioni stabilite in ambito regionale e/o nazionale
4. Per ogni fattispecie non prevista nel presente atto, la disciplina di riferimento da applicarsi è quella prevista nell'ACN PLS del 25 luglio 2024 o da eventuali modifiche successive allo stesso.

ART. 2 – Partecipazione a comitati e commissioni

1. Al fine di consentire la piena e produttiva partecipazione dei pediatri di libera scelta ai momenti di programmazione e gestione regionale, aziendale e distrettuale, così come previsto dall'articolo 17, comma 1, ACN/2024 ivi compresa la partecipazione agli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD) e agli Uffici di Monitoraggio e Valutazione, nonché ai Comitati Regionali e Aziendali, è rimborsata, dall'Azienda che amministra la posizione del titolare la spesa per la sostituzione, anche secondo le indicazioni dell'AIR 2013.
2. Ai pediatri sono altresì rimborsate le eventuali spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.
3. Tali rimborsi dovranno essere corrisposti dall'ASL territorialmente competente direttamente al medico pediatra titolare secondo quanto statuito all'articolo 17 comma 1 e 2 del vigente ACN; le attività di cui ai commi precedenti devono essere dal pediatra preventivamente comunicate e comprovate da attestazioni ufficiali.
4. Il rappresentante decaduto viene sostituito tempestivamente tramite elezione del nuovo componente individuato tra i componenti della AFT. Il nominativo del nuovo componente verrà comunicato all'ASL di competenza.

ART. 3 – Esercizio del diretto di sciopero

1. Ai sensi degli art. 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 come modificata dagli art. 1 e 2 della Legge 11 aprile 2000 n. 83 e smi le prestazioni indispensabili di assistenza pediatrica da considerare essenziali nella presenta area negoziale in caso di sciopero dei servizi pubblici essenziali, per assicurare il rispetto dei valori e dei diritti costituzionalmente tutelati, sono le seguenti: 1) visite domiciliari non differibili; 2) assistenza domiciliare programmata ai malati terminali; 3) ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali.

2. Oltre alle prestazioni indispensabili da considerarsi essenziali di cui al punto 1 e 2, le ulteriori prestazioni di cui al punto 3 vengono eventualmente individuate a livello aziendale dopo un confronto in sede di comitato aziendale mediante protocollo d'intesa adottato a livello decentrato. Le prestazioni minime indispensabili vengono erogate da ciascun pediatra convenzionato in riferimento agli assistiti e secondo l'organizzazione della AFT di riferimento.

3. Durante le giornate di sciopero è riconosciuta al pediatra di libera scelta che garantisce le prestazioni indispensabili elencate, una percentuale pari al 10% del compenso della quota capitaria prevista all'art. 44. 4. Per quanto non espressamente ivi previsto, si fa rinvio alle disposizioni della Legge 146/1990 e smi ed ai contenuti di cui all'Allegato 3) del vigente ACN PdLS.

ART. 4 – Comitato regionale

Per composizione, funzionamento, attività e competenze si rimanda a quanto esplicitamente previsto dall'art. 11 del vigente ACN (materia disciplinata dal livello di negoziazione nazionale).

ART. 5 – Comitato aziendale

Per composizione, funzionamento, attività e competenze si rimanda a quanto esplicitamente previsto dall'art. 12 del vigente ACN (materia disciplinata dal livello di negoziazione nazionale).

ART. 6 – Rapporto ottimale e zone carenti

1. Nelle more di istituzione delle nuove A.F.T., articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno di pediatri di libera scelta e quindi per la determinazione degli ambiti carenti, il rapporto ottimale dei pediatri di libera scelta, riferito a ciascun ambito territoriale è determinato in base al numero dei residenti di età compresa tra 0 e 14 anni, decurtato il numero degli assistiti di età superiore ai 6 anni e minori di 14 anni in carico ai medici del ruolo unico di assistenza primaria. In esito a tale calcolo, ed in considerazione delle caratteristiche demografiche, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale, si procede all'inserimento di un pediatra ogni 1.000 residenti o frazione superiore di 450 residenti. Il numero dei residenti per la determinazione del rapporto ottimale è da riferirsi al 31/12 dell'anno precedente alla rilevazione.

2. Nel caso in cui, nel corso dell'anno si dovessero verificare eventi gravi, imprevisti ed eccezionali, tali da determinare carenze assistenziali (a titolo esemplificativo: dimissioni non legate a

trasferimento, decesso del pediatra) le Aziende potranno applicare quanto previsto all'art. 30, comma 8 ACN/vigente "al fine di garantire l'assistenza pediatrica, l'Azienda può procedere all'individuazione di un ambito carente anche in deroga al presente articolo, previo parere del Comitato aziendale. In tale circostanza le Aziende dovranno necessariamente motivare la scelta in deroga ed evidenziare le modalità di calcolo di cui al comma 1 dell'art. 30 del vigente ACN. Al fine di garantire la continuità assistenziale ed in attesa del conferimento di incarico a tempo indeterminato di pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 31, l'Azienda potrà conferire un incarico provvisorio utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'art. 19, comma 7, secondo le previsioni dell'art. 35 ACN vigente in attesa della pubblicazione del bando.

3. Tenuto conto del livello gerarchico superiore della negoziazione nazionale, e di quanto disposto dall'art. 3 nei commi dal 2 al 6 ("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") le diverse fattispecie contenute nell'Accordo Integrativo del 2013 relative al presente articolo (rapporto ottimale e zone carenti) sono da considerarsi definitivamente superate dalle nuove disposizioni entrate in vigore il 25 luglio 2024.

4. Qualora, a seguito di una carenza pubblicata secondo le modalità previste all'art. 30 ACN vigente, non ci sia stata l'assegnazione dell'incarico per rinuncia degli aspiranti presenti nella graduatoria oppure nel caso in cui non siano pervenute domande di partecipazione l'Azienda, dopo confronto in sede di comitato aziendale può, una volta accertata l'impossibilità di conferire un incarico provvisorio ex art. 35 ACN, assegnare i pazienti rimasti privi di assistenza a pediatri disponibili che non abbiano raggiunto il massimale previsto dalla normativa vigente (1.000 scelte) e appartenenti anche ad ambiti diversi (rispetto a quello dove si è creata la carenza) ma afferenti alla stessa AFT. In tal caso le nuove iscrizioni verranno considerate a tempo indeterminato, nel rispetto del massimale previsto dalla normativa vigente (1.000 scelte). Nel caso in cui tutti i pediatri disponibili abbiano superato il limite di 1.000 scelte, potrà essere attivata dall'Azienda una deroga temporanea al massimale, in applicazione dell'art. 36 comma 2 dell'ACN vigente, iniziando ad assegnare i pazienti scoperti ai pediatri con un numero minore di scelte in carico. In caso di successiva assegnazione di incarico nell'ambito carente con conseguente risoluzione della criticità assistenziale i famigliari dei bambini assegnati secondo le modalità previste nel presente comma dovranno essere informati sulla possibilità di scelta del un nuovo pediatra incaricato, al fine di assicurare una maggiore prossimità di assistenza e di garantire il diritto di scelta; l'Azienda provvederà a riportare i massimali alla quota stabilita all'art. 36.

5. Qualora, invece, non sia stato possibile assegnare un incarico provvisorio ex art. 35 dell'ACN, l'Azienda, al fine di consentire la piena attuazione del diritto all'assistenza pediatrica, dopo un confronto in sede di comitato aziendale ed accertata l'impossibilità di conferire un incarico provvisorio a tempo determinato utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità, può valutare, in via transitoria, l'impegno da parte dei pediatri appartenenti alla AFT a coprire il fabbisogno assistenziale attraverso i modelli organizzativi che li vedono partecipi, con modalità concordate al tavolo aziendale. L'offerta assistenziale terrà conto dei principi di prossimità e capillarità oltre che delle caratteristiche oro-geografiche della zona e potrà essere garantita, con iscrizioni temporanee di assistiti attraverso attività svolta presso i propri studi e/o presso un ambulatorio (fornito dalla ASL)

nella zona ove sussiste la criticità assistenziale. I pazienti in questo caso verranno iscritti provvisoriamente ai pediatri che si saranno resi disponibili. Qualora il numero delle iscrizioni superi il numero massimo di 1.000 unità, la deroga al massimale individuale dovrà essere attivata dall'Azienda per un tempo determinato, in applicazione dell'art 36, comma ACN. Una volta risolta la criticità assistenziale, con la pubblicazione del bando di carenza e l'assegnazione dell'incarico, l'Azienda provvederà a riportare i massimali a quanto stabilito dalla normativa vigente.

Al fine di garantire la continuità assistenziale l'Azienda, nelle ipotesi di ambito territoriale in cui il numero di assistibili non sia sufficiente a determinare una zona carente o in casi di carenza i pediatri disponibili ad operare in detta zona, esperire inutilmente anche le procedure di cui all'art. 36, comma 2, secondo capoverso ACN/2024, trovano applicazione le previsioni di cui all'art. 37, comma 6 del vigente ACN. Per quanto non esplicitamente richiamato nel presente articolo, si fa riferimento all'art. 30 commi 6, 7 e 8 ACN/2024.

ART. 7 – Massimali di scelte

1. I pediatri di libera scelta possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.000 unità. Eventuali deroghe al massimale di 1.000 unità sono attivate dall'Azienda, dopo un confronto con il comitato aziendale, per necessità assistenziali in relazione a particolari situazioni locali o a particolari assetti organizzativi, ai sensi dell'art. 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 ai 13 anni.

2. Con riferimento all'art. 36, comma 2 ACN/2024 ed alla possibilità di eventuali deroghe al massimale di 1.000 assistiti, attivabili dalle Aziende con scelta motivata e trasmessa alla direzione sanità, a garanzia delle prestazioni sanitarie erogate per necessità assistenziali in relazione a particolari situazioni locali o a particolari assetti organizzativi e, comunque, per un tempo determinato, si riportano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, ipotesi dimostrative:

- caratteristiche geografiche del territorio, densità abitativa, offerta assistenziale territoriale;
- specifiche difficoltà assistenziali locali;
- saturazione dei posti disponibili tra i pediatri dell'ambito territoriale

3. I pediatri iscritti negli elenchi acquisiscono le scelte di assistiti dalla nascita fino al compimento del sesto anno di età (fascia esclusiva) e possono acquisire e conservare le scelte fino al compimento del quattordicesimo anno di età.

4. Nel massimale sono conteggiate sia le scelte a tempo indeterminato che quelle a tempo determinato, di cui all'art. 37, commi 3, 4 e 5 del vigente ACN. Solo 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 sempre acquisibili oltre il massimale assegnato; tale criterio vale

anche per il ricongiungimento di minori non residenti, ma solo fino alla scadenza della durata dell'iscrizione.

5. Per ogni altro tipo di fattispecie non prevista nel presente documento (rientro nei limiti del massimale, autolimitazione...) si fa riferimento alle disposizioni contenute nell'ACN vigente. Tenuto conto del livello gerarchico superiore della negoziazione nazionale, e di quanto disposto dall'art. 3 nei commi dal 2 al 6 ("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") le diverse fattispecie contenute nell'Accordo Integrativo del 2013 relative al presente articolo (massimale scelte e deroghe consentite) sono da considerarsi definitivamente superate dalle nuove disposizioni entrate in vigore il 25 luglio 2024.

ART. 8 – Requisiti degli studi medici

1. Fermo restando il debito orario minimo indicato dall'art. 33, comma 5 dell'ACN, il pediatra è tenuto a garantire le ore definite e concordate con il referente di AFT, al fine di garantire il coordinamento dell'orario di apertura degli studi necessario a garantire l'assistenza pediatrica, dal lunedì al venerdì, nella fascia oraria 8-20, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana, e comunque con apertura il lunedì, compresa la consulenza a distanza telefonica o telematica dei pediatri, limitatamente ad alcune ore della giornata, secondo quanto previsto dall'art. 28, comma 6, lettera b) dell'ACN.

2. In accordo con quanto previsto dall'art. 33, comma 7, dell'ACN vigente le visite nello studio medico vengono erogate, di norma, attraverso un sistema di prenotazione, fatta salva la possibilità di accesso per casi non differibili ad esclusiva valutazione del pediatra e sotto la sua responsabilità. Tale modalità organizzativa si propone di ridurre i disagi dell'Utenza connessa ai tempi di attesa.

3. Le modalità di contattabilità telefonica sono organizzate in forma coordinata in ogni AFT e secondo quanto previsto nei modelli organizzativi, tenendo conto del rapporto con l'utenza, delle caratteristiche organizzative locali, dell'offerta di servizi e della presenza di eventuali UCCP avendo cura di garantire tempi adeguati di erogazione delle attività previste dall'ACN.

4. Per quanto non diversamente disposto dal presente atto, si fa riferimento alla disciplina dell'Accordo nazionale. In particolare, con riferimento all'art. 33, comma 10 (comunicazione all'Azienda e agli assistiti delle modalità di organizzazione, articolazione oraria di apertura degli studi con relativi recapiti telefonici) si dispone altresì di inserire, dopo il nominativo del medico, l'indicazione della specializzazione in Pediatria

ART. 9 – Sostituzioni

1. Il pediatra 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 di sostituzione, dandone comunicazione anche

al referente di AFT o al coordinatore di UCCP.

2. Le Aziende Sanitarie per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al pediatra sostituito il quale provvederà a regolare i rapporti economici con il sostituto, nel rispetto della normativa fiscale, e secondo quanto disciplinato dall'art. 34 del vigente ACN.

3. In caso di indisponibilità di sostituti, la sostituzione potrà essere garantita da pediatri operanti nella stessa AFT, che potranno effettuarla presso lo studio del pediatra titolare o presso il loro studio secondo modalità e procedure concordate con il referente di AFT al fine di garantire la miglior qualità possibile dell'assistenza. Per i pediatri aderenti al modello complesso di AFT i sostituti andranno prioritariamente individuati tra i componenti del modello stesso di cui fanno parte; in caso di indisponibilità tra i componenti, i sostituti possono essere individuati anche tra i pediatri della AFT a cui il modello afferisce.

4. Ulteriori fattispecie si intendono disciplinate da quanto previsto dal vigente ACN.

Art. 10 Aggregazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.)

1. Ai sensi della normativa vigente i pediatri di libera scelta operano all'interno del nuovo assetto organizzativo "Aggregazioni Funzionali Territoriali" e aderiscono al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) della Regione Piemonte e del sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e per il mantenimento della convenzione. Tale modello organizzativo garantisce l'assistenza pediatrica alla popolazione 0-14 anni nei giorni feriali per l'intero arco della giornata nella fascia oraria 8-20.

2. Le AFT vengono istituite in tutto il territorio regionale e garantiscono, altresì, le funzioni essenziali elencate all'art. 28, comma 6 del vigente ACN. L'aggregazione funzionale territoriale è una organizzazione collocata all'interno del Distretto; di norma, ma non necessariamente, la configurazione è di una AFT per Distretto, in ragione del numero dei pediatri di libera scelta e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio- Le Aziende infatti, al fine di assicurare l'erogazione delle prestazioni a tutti gli assistiti, possono individuare, le AFT anche secondo una diversa configurazione territoriale, tenendo conto dei criteri stabiliti dalla normativa nazionale e regionale (Comuni di appartenenza, indicazione bacino di utenza, numero dei medici...) e dei principi indicati nel vigente ACN/PdLS. Le AFT saranno individuate dalle Aziende dopo un confronto in sede di comitato aziendale.

3. La AFT garantisce l'assistenza pediatrica e rappresenta un modello organizzativo monoprofessionale che non eroga direttamente assistenza sanitaria, ma realizza le condizioni per il raccordo e l'integrazione delle attività dei pediatri di libera scelta che ne fanno parte, al fine di garantire il coordinamento orario dell'attività di cura negli studi pediatrici, realizzando nel territorio del Distretto l'assistenza pediatrica nei giorni feriali (lun-ven) nella fascia oraria 8-20 (ivi compresa la consulenza telefonica, limitatamente ad alcune ore della giornata). La AFT realizza le funzioni elencate al comma 6 dell'art. 28 ACN vigente, secondo i modelli organizzativi regionali individuati dal presente atto (modello organizzativo semplice, complesso, funzionale e misto), in raccordo con la UCCP di riferimento alla quale la AFT ed i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di

attività. Ogni AFT, rappresenta funzionalmente l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che ha esercitato la scelta nei confronti del singolo pediatra.

4. I pediatri dovranno essere funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento fra le schede sanitarie dei singoli pazienti 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 PLS 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.

5. I pediatri che fanno parte della AFT condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi in ottemperanza a quanto riportato nell'art. 28 comma 1 del vigente ACN. La AFT rappresenta in tal senso il contesto del governo clinico e del coordinamento dell'assistenza pediatrica sul territorio, con attribuzione di precisi obiettivi quantificabili e misurabili a cui commisurare i relativi compensi incentivanti legati alla partecipazione dei pediatri per il loro raggiungimento, così come previsto all'art. 13, punto 1 del presente provvedimento

6. Le AFT pediatriche fanno riferimento e sono in raccordo con le UCCP/ Case della Comunità, che promuovono un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare e intersettoriale, ma è prerogativa fondamentale alla loro efficacia ed efficienza che siano realizzate al suo interno le attività ambulatoriali specialistiche e sociosanitarie tenendo conto della specificità pediatrica.

7. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da apposito regolamento definito a livello di comitato aziendale in linea con le disposizioni contenute nell'ACN vigente e sulla base della programmazione regionale, come previsto dall'art. 28, comma 11.

8. Il Comitato Aziendale monitora il funzionamento della AFT, come previsto all'Articolo 12 comma 10 lettera C del vigente ACN.

Art. 11 Referente di A.F.T.

1. Entro 30 giorni dall'istituzione della AFT, in ciascuna di esse deve essere individuato un referente ed un suo sostituto individuati dai pediatri che la costituiscono, secondo le modalità definite nel regolamento di funzionamento interno di cui all'art. 28, comma 11 del vigente ACN che dovrà dare attuazione a quanto previsto all'art. 29 del vigente ACN, secondo le condizioni riportate:

2. la durata del mandato, al fine di dare continuità al nuovo modello assistenziale e garantire il raggiungimento degli obiettivi previsti a livello distrettuale, è pari a 24 mesi con possibilità di rinnovo.

3. il mandato mantiene invariato l'incarico convenzionale in essere;

4. tra i referenti di AFT pediatrica è individuato dall'Azienda il rappresentante che sarà componente di diritto dell'Ufficio Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD)

5. al referente è consentita l'estrazione di dati di attività della AFT, in forma aggregata ed anonima,

per concorrere la valutazione complessiva e la programmazione di percorsi assistenziali da garantire agli assistiti dell'aggregazione;

6. al referente di AFT, secondo quanto previsto dall'articolo 29 del nuovo ACN comma 7 è riconosciuto un compenso (finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di cui all'articolo 44 comma 1, lettera B punto II) di € 850 mensili a fronte delle funzioni espletate, un riconoscimento ulteriore di € 3.500 annuali (a fronte dei risultati ottenuti), per un totale di € 13.700 annui.

8. I compiti attribuiti al referente di AFT sono svolti al di fuori dell'orario giornaliero di apertura dello studio; tale figura promuove il coordinamento delle attività dei pediatri, al fine di garantire, nell'ambito delle attività distrettuali, la continuità assistenziale 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. Il referente di AFT, inoltre:

- 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;
- predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi di cui all'art. 28, comma 10 ACN che conterrà un resoconto delle attività svolte collegialmente dai membri della AFT per il raggiungimento degli obiettivi definiti a livello distrettuale, aziendale e regionale, articolati a livello di ASL e di Distretto, e assegnati con specifici indicatori e standard attesi.
- collabora con il Direttore di Distretto, nella redazione delle risposte pervenute all'URP;
- è designato e valutato annualmente dal Direttore Generale in relazione ai compiti di cui al presente articolo secondo la prassi indicata all'art. 28, comma 8 ACN/PLS.

Art. 12 Modelli organizzativi pediatria di libera scelta

1. Con l'individuazione delle forme organizzative della medicina convenzionata relative ai pediatri di libera scelta aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e unità complesse di cure primarie (UCCP) su tutto il territorio regionale e nei distretti, e la realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP, si rende necessario per l'attuazione di tale modello, del quale dovranno far parte obbligatoriamente tutti i pediatri di libera scelta operanti in Regione, promuovere i modelli organizzativi regionali di seguito riportati che dovranno garantire nel territorio del Distretto l'assistenza pediatrica dal lunedì al venerdì nella fascia oraria 8-20 (ivi compresa la consulenza telefonica limitatamente ad alcune ore della giornata) attraverso il coordinamento di apertura degli orari di ambulatorio a copertura della continuità territoriale, così come previsto dall'art. 28, comma 6, lettera b) dell'ACN 2024.
2. Il fine dei modelli organizzativi è quello di rispondere appieno alla domanda di salute della popolazione pediatrica da realizzarsi con una maggiore integrazione dell'utilizzo dei fattori produttivi (forme associative, collaboratore di studio, personale infermieristico, indennità informativo-informatica).

3. Il pediatria aderisce al modello e svolge la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri pediatri che fanno parte della forma associativa per le prestazioni non differibili, P.P.I.P. comprese. Queste ultime, nell'ambito delle AFT, saranno remunerate al pediatra che le ha eseguite, indipendentemente dalla titolarità nei confronti dell'assistito.
4. Il pediatra è tenuto a garantire il servizio di contattabilità telefonica per un numero totale di 4 ore al giorno (dal lunedì al venerdì), di cui 2 fisse dalle ore 8 alle ore 10,00 e 2 ore in fascia oraria individuata dal singolo professionista, al di fuori dell'orario di apertura dello studio. Detta organizzazione viene resa nota dal PLS con apposita segnalazione nella propria Carta dei Servizi al fine di portare a conoscenza delle famiglie gli orari di disponibilità. Tale contattabilità è finalizzata a fornire alla famiglia dell'assistito un'adeguata risposta in riferimento alla problematica assistenziale motivo del contatto. La contattabilità telefonica non comporta l'obbligo per il Sanitario contattato dell'espletamento di una eventuale visita entro la giornata ma, qualora dal sanitario stesso ritenuta necessaria e indifferibile, dovrà essere effettuata secondo i percorsi condivisi a livello di AFT. In caso di reale inadempienza, saranno attivate dall'ASL competente le sanzioni disciplinari secondo le procedure previste all'art. 24 dell'ACN vigente. Per l'espletamento di tale servizio la Regione riconosce un'indennità pari a € 6,00 per singolo assistito di età inferiore a 6 anni e pari a € 4,00 per singolo assistito con età superiore a 6 anni.
5. Ogni modello organizzativo deve avere un minimo di 2 pediatri componenti facenti parte dello stesso ambito, salvo deroghe da valutarsi in ambito aziendale.
6. All'interno della forma associativa sarà nominato un delegato, che non ricopre il ruolo di coordinatore, ma svolge funzioni di raccordo e di rappresentanza organizzativa nei confronti dell'ASL; egli dovrà comunicare tramite PEC l'atto costitutivo del modello all'Azienda, che dovrà verificare i requisiti di funzionamento e di validità.
7. Al fine di tutelare e valorizzare le caratteristiche peculiari dell'assistenza pediatrica occorre, tramite i modelli organizzativi, da un lato mantenere l'irrinunciabile e qualificante rapporto di fiducia tra medico, bambino e famiglia e dall'altro implementare un network operativo basato su:
 - a) copertura e offerta assistenziale da parte dei PLS, con il coordinamento dell'apertura degli studi medici come disposto dagli articoli 28, comma 6, lettera b, e 33, comma 5 ACN PLS;
 - b) tutela della capillarità dell'assistenza;
 - c) utilizzo della rete.

Modello Complesso di AFT

Nella tipologia di seguito dettagliata viene ricompresa anche la forma associativa "mista", composta tra medici di medicina generale e medici pediatri di libera scelta previste all'art. 10, comma 3, AIR 2013.

Il modello organizzativo complesso è caratterizzato da:

- a) obbligo di sede unica (fornito dall'ASL o individuata dai PLS afferenti al gruppo);

- b) apertura da lunedì al venerdì sia nella fascia mattutina (8-14) che in quella pomeridiana (14-20) per un totale di almeno 6 ore al giorno in caso di 2-3 pediatri, almeno 7 ore al giorno in caso di 4-5 pediatri, almeno 8 ore in caso di 6-7 pediatri e così via con un'ora in più ogni 1-2 pediatri; nell'ambito delle aggregazioni funzionali territoriali di appartenenza i componenti del modello concorrono inoltre alla realizzazione, promossa dal referente di AFT, dell'assistenza pediatrica nei giorni feriali nella fascia oraria 8-20 tramite il coordinamento dell'apertura degli studi della AFT, ivi compresa la consulenza telefonica limitatamente ad alcune ore della giornata;
- c) Il numero minimo di ore per ciascuna fascia oraria (mattutina o pomeridiana) non può essere inferiore a 2.
- d) obbligo di attivazione della rete;
- e) eventuale possibilità di svolgere attività programmate presso la Casa di Comunità (a titolo esemplificativo, non esaustivo e non obbligatorio: vaccinazioni o aperture a turno dei prefestivi) o prestazioni di particolare impegno concordate tra il Referente AFT e il Direttore di Distretto;
- f) presenza di personale di studio per tutto l'orario di apertura (collaboratore studio o personale sanitario per l'assistenza pediatrica)
- g) rispetto degli orari minimi individuali stabiliti dal vigente ACN (art. 33, comma 5) per ogni singolo pediatra;
- h) chiusura della sede unica alle ore 19;
- i) contattabilità telefonica secondo quanto previsto all'art. 14, comma 4;
- j) visite ambulatoriali e domiciliari organizzate secondo l'art. 45, comma 2 dell'ACN 2005;
- k) compenso omnicomprensivo da riconoscere di € 28 assistito/anno.

Modello Semplice di AFT

E' caratterizzato da:

- a) mantenimento dei singoli ambulatori;
- b) sede unica facoltativa (fornita dalla ASL anche presso la casa della Comunità) per lo svolgimento di eventuali attività programmate (a titolo esemplificativo, non esaustivo e non obbligatorio: vaccinazioni o aperture a turno dei prefestivi) o prestazioni di particolare impegno concordate tra Referente di AFT e Direttore di Distretto;
- c) obbligo di attivazione della rete;
- d) nell'ambito delle aggregazioni funzionali territoriali di appartenenza i componenti del modello concorrono inoltre alla realizzazione, promossa dal referente di AFT, dell'assistenza pediatrica nei giorni feriali nella fascia oraria 8-20 tramite il coordinamento dell'apertura degli studi della AFT, ivi compresa la consulenza telefonica limitatamente ad alcune ore della giornata;
- e) rispetto degli orari minimi individuali stabiliti dal vigente ACN (art. 33, comma 5) per ogni

singolo pediatra;

- f) contattabilità telefonica secondo quanto previsto all'art. 14, comma 4;
- g) possibile presenza di personale di studio (collaboratore studio o personale sanitario per l'assistenza pediatrica);
- l) compenso omnicomprensivo da riconoscere, pari a € 18 assistito anno in assenza di personale di studio, ed € 20,50 in presenza di personale di studio.

Art.13 Istituti economici (art. 44 ACN vigente)

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 per attività per la promozione del governo clinico , allo sviluppo della medicina di iniziativa e 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.

1) Quota variabile: obiettivi di governo clinico (art. 44, comma 1, lettera B, punto I, ACN/2024)

1. Gli obiettivi delle AFT sono parte integrante del Piano strategico e di attività del Distretto e la valutazione dei risultati dovrà costituire un elemento portante per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico ai singoli componenti dell'A.F.T.

2. Fatte queste premesse le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT diventano parte integrante del programma delle attività territoriali per assicurare nel territorio di propria competenza l'erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali di uniformità di assistenza (LEA) diffondendo appropriatezza clinica ed organizzativa nell'uso dei servizi sanitari.

3. Gli obiettivi, da individuare dai singoli Distretti sulla base della programmazione aziendale, relativi alla quota variabile di cui all'art. 44, lettera B) saranno finalizzati a:

- a) il perseguimento degli obiettivi di salute degli assistiti, che sarà garantito attraverso il miglior impiego possibile delle risorse disponibili, al fine di ottimizzare i risultati;
- b) obiettivi di salute e di attività indicati dall'ASL di competenza (dopo confronto in sede di comitato aziendale) nell'ambito della programmazione regionale, coerenti con gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionali previsti nell'ACN vigente correlati a:
 - piano nazionale della prevenzione;
 - piano nazionale di cronicità;
 - piano nazionale di prevenzione vaccinale;

- riduzione accessi impropri in P.S.;
- governo delle liste d'attesa;
- appropriatezza clinica e prescrittiva

La campagna di vaccinazione antinfluenzale e di immunizzazione da RSV costituiscono, a livello regionale, obiettivi prioritari di governo clinico; per la specifica trattazione si rimanda al numero 3, lettera B) del presente articolo.

4. Inoltre, a livello delle singole realtà aziendali le attività, gli obiettivi e i livelli di performance della AFT potranno riguardare:

- a) rilevamento epidemiologico sulla popolazione infantile delle patologie croniche invalidanti e delle patologie emergenti;
- b) rilevamento dei fattori di rischio sociale, neuro evolutivo, sensoriale e di sviluppo per effettuare una precoce presa in carico delle patologie croniche;
- c) effettuazione di mirati interventi di promozione della salute e di educazione sanitaria;
- d) promozione e controllo delle malattie infettive tramite counselling sulle vaccinazioni (calendario e vantaggi) sulla base delle linee di indirizzo regionali;
- e) percorsi assistenziali.

5. Gli indicatori da utilizzare per la valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT potranno avere diversi fini, tra cui:

- i. esprimere valutazioni e, mediante confronto con standard di riferimento, favorire l'individuazione di priorità;
- ii. valutazione di attività e servizi;
- iii. misurazione di efficienza;
- iv. orientamento dei pazienti nelle scelte, valutazione, performance, efficacia ed outcome di AFT e PLS.

6. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, da parte del Distretto/Azienda che ha assegnato gli obiettivi, costituisce un elemento fondamentale per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei PLS che ne fanno parte, poiché gli obiettivi della AFT sono parte integrante del piano strategico e di attività di ogni Distretto.

7. Le risorse della quota variabile di cui al punto 1 lettera B dell'art. 44 dell'ACN vigente sono ripartite tra i pediatri delle AFT in ragione degli obiettivi assegnati dai singoli Distretti, utilizzando specifici indicatori ed in coerenza con la numerosità (e le caratteristiche epidemiologiche) della popolazione assistita, la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico e l'attuazione del Piano nazionale di Prevenzione Vaccinale P.N.P.V.

8. Le modalità di coinvolgimento operativo dei pediatri, al fine della corresponsione della quota variabile sopracitata dovranno tenere conto dei seguenti aspetti:

- a) il pediatra convenzionato obbligatoriamente fa parte di una AFT e partecipa a tutte le attività connesse al raggiungimento degli obiettivi della AFT. La mancata collaborazione, per gravi e

documentate motivazioni, di un pediatra membro della AFT, alle attività connesse al raggiungimento degli obiettivi di AFT, comporta per il pediatra in questione la mancata corresponsione della parte di trattamento economico previsto e la redistribuzione della sua quota personale ai restanti componenti della AFT, che si occuperanno pertanto di garantire il raggiungimento degli obiettivi di AFT.

b) Per contro in caso di inadempimento, e quindi di mancato svolgimento di tali attività senza giustificato motivo, il PLS soggiace, a norma dell'art. 24 ACN vigente, al procedimento di contestazione per inosservanza degli obblighi previsti dalla normativa convenzionale.

c) Qualora a seguito della mancata collaborazione o inadempimento di colleghi, il numero dei partecipanti non renda raggiungibili gli obiettivi prefissati, questi saranno rimodulati in relazione al numero di pediatri.

d) Le quote non erogate ai PLS non partecipanti qualora non redistribuite tra gli altri componenti della AFT e/o non erogate per mancato raggiungimento degli obiettivi di AFT resteranno disponibili per ulteriori progettualità per l'assistenza pediatrica territoriale aziendale concordate nei Tavoli aziendali.

2) Quota del fondo aziendale fattori produttivi (art. 44, comma 1, lettera D, ACN/2024)

1. Alla istituzione della AFT si viene a costituire il fondo aziendale dei fattori produttivi, formato dall'insieme dei compensi per attività in forma associativa (comprensivo del fondo equipes/pediatria in associazione-gruppo-rete) le indennità per la funzione informativo informatica, l'impiego del collaboratore di studio e di personale infermieristico, come determinati all'art. 45 dell'ACN 15 dicembre 2005 e smi, 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 della azienda.

2. Le risorse del fondo aziendale dei fattori produttivi sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei pediatri che percepiscono gli incentivi e le indennità di cui all'art. 44, comma 1, lettera D), 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 riconoscimento delle indennità di cui sopra decorre dalla data di effettiva attivazione.

3. 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 smi e confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi.

4. La modifica dello standard organizzativo riferito alle preesistenti forme associative, la cessazione del rapporto di lavoro con il personale di studio comportano la sospensione delle relative indennità corrisposte al singolo PLS che restano a disposizione del fondo aziendale dei fattori produttivi.

5. In caso di cessazione del rapporto convenzionale da parte dei PLS 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 della Regione Piemonte.

6. Nell'ambito delle indennità per la funzione informativo informatica vengono confermate le quote fino ad ora erogate, che vanno a garantire la funzione individuata sia a livello di accordo nazionale, sia dall'AIR 2013. Nello specifico tale indennità, quantificata in € 250/mensili è da considerarsi omnicomprensiva per tutte le funzioni di digitalizzazione dell'attività pediatrica richiamate dai citati accordi, ivi compresi gli eventuali provvedimenti regionali in materia (a titolo esemplificativo e non esaustivo: FSE, patience summary etc..).

5) Quota per servizi (Art. 44, comma 1, lettera C ACN/2024)

a) Prestazioni aggiuntive (All. 7 ACN/2024)

1. Per quanto non diversamente disposto, si applica la disciplina prevista all'Allegato 7 del vigente ACN, comma 1 (elenco prestazioni aggiuntive), comma 2 e 3 (luogo di esecuzione delle prestazioni, adeguatezza del luogo, controlli sull'idoneità degli studi professionali del pediatra).

2. 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, codice fiscale dell'assistito, fatte salve le diverse modalità adottate a livello aziendale. I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta.

3. Al fine di fornire al primo livello assistenziale maggiori strumenti per realizzare un corretto governo clinico ed in ottemperanza a quanto previsto dall'Allegato 7 dell'A.C.N. vigente si confermano, per quanto concerne la lettera A) dell'Allegato 7, le prestazioni professionali aggiuntive previste dall'A.C.N. vigente con il relativo Nomenclatore Tariffario, eseguibili senza autorizzazione per le voci comprese dall'1 al 18 e, previa autorizzazione sanitaria, all'interno di Progetti Obiettivo Aziendali, per le voci 19 e 20 (Boel Test e Screening dell'Ambliopia) che dovrebbero essere maggiormente promosse dalle ASL vista l'importante ricaduta preventiva di tali azioni. Si ribadisce la disponibilità delle parti a legare l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive a percorsi diagnostici-clinici concordati a livello aziendale.

b) Vaccinazioni (All. 7, lettera B, ACN/2024)

La Regione Piemonte prevede l'attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegati nel perseguire gli obiettivi di salute degli assistiti come disposto dall'art. 41 "compiti e funzioni del pediatra di libera scelta" e dall'art. 4, comma 1, lettera b) "Piano nazionale di prevenzione vaccinale" del vigente ACN.

1. In riferimento alla lettera B dell'Allegato 7 in ambito di vaccinazioni o immunizzazioni (nell'ambito di programmi vaccinali, secondo il modello organizzativo regionale di cui all'art. 4, comma 1 lettera B ACN vigente) si concorda che la pratica di quelle offerte attivamente, sebbene

affidata di norma all'organizzazione sanitaria pubblica, debba, quando possibile, essere affidata anche ai pediatri di libera scelta (art. 41, comma 1, lettera C), secondo la programmazione regionale, nell'ambito di Accordi Aziendali (dopo un confronto in sede di comitato aziendale), tramite le seguenti modalità organizzative:

a) gestione diretta dell'attività vaccinale e/o immunizzazione passiva all'interno della AFT, presso gli studi medici dei pediatri di libera scelta, con una remunerazione base pari a € 13 per seduta vaccinale. Gli studi dei pediatri dovranno essere adeguatamente attrezzati e dotati di frigorifero per la conservazione dei vaccini nonché dei presidi sanitari e farmacologici indispensabili per fronteggiare le possibili reazioni da ipersensibilità eventualmente causate dalla somministrazione.

b) partecipazione dei pediatri della AFT all'attività gestita dall'organizzazione sanitaria pubblica per le vaccinazioni, presso la stessa o presso le Case della Comunità, con incrementi della remunerazione base pari a € 13 per seduta vaccinale con criteri premiali legati al raggiungimento di target di copertura vaccinale, con risorse acquisibili anche dal fondo della quota variabile ex art. 44, comma 1, lettera B.

In caso di indicazioni Ministeriali e Regionali in materia di prevenzione, si dovrà comunque dare attuazione alle attività previste nei relativi atti.

c) Prestazioni di tipo diagnostico eseguibili nell'ambito di accordi regionali (All. 7, lettera C, ACN/2024).

Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del pediatra di prestazioni aggiuntive retribuite sia singole, per il chiarimento del quesito diagnostico o 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, ma non già retribuite nell'ambito di progetti a livello di governo clinico e nel Progetto salute infanzia (bilanci di salute). In tale contesto le Aziende Sanitarie, sulla base della propria programmazione e degli indirizzi regionali, possono chiedere al pediatra di libera scelta, l'esecuzione delle seguenti prestazioni.

Prestazioni di tipo diagnostico	Importo
1) Esecuzione e valutazione di Spirometria semplice in bambini con asma persistente o ricorrente o altre patologie respiratorie.	€ 25,82
2) Esecuzione e valutazione di Impedenziometria ORL	€ 20,66
3) Esecuzione e valutazione di Podoscopia	€ 15,00
4) Esecuzione e valutazione di Scoliommetria	€ 10,33
5) Riflesso rosso	€ 10,33
6) Screening per autismo (M-CHAT)	€ 10,33
7) Esecuzione e valutazione nei bambini con sospetta patologia allergica di Prick Test per la determinazione degli allergeni alimentari e/o Inalanti	€ 36,15
8) Esecuzione e valutazione di Elettrocardiogramma (nomenclatore)	€ 25,82
9) SBEA test	€*

10) PCR	€*
11) Glicemia	€*
12) Dermoscopia	€*
13) Pulsiossimetria	€*
14) Acuità visiva (vicinanza, lontananza, daltonismo)	€*
15) Test rapido Adeno Virus	€*
16) Test rapido RSV	€*
17) Terapia aerosolica urgente	€*

* L'erogazione delle prestazioni riportate sarà remunerata al PdLS secondo la quota stabilita dal nomenclatore nazionale e/o regionale. Qualora la prestazione preveda eventuale l'utilizzo di apparecchiature e/o materiale d'uso, i relativi costi saranno oggetto di contrattazione aziendale.

6) Quote per ulteriori attività e prestazioni (Art. 44, comma 1, lettera E ACN/2024).

a) Assistenza in zone disagiate

Le parti convengono di individuare un'unica tipologia di seguito riportata come “zona disagiata” che accorpa anche le precedenti tipologie “zona disagiata” e “zona disagiatissima” previste nell'AIR PLS 2013.

1. Premesso che la finalità di questo istituto è di incentivare la presenza operativa del pediatra di libera scelta, anche negli ambiti e/o comuni più periferici e di garantire, pertanto, una adeguata assistenza pediatrica in ambiti territoriali più sfavorevoli, le Parti concordano di definire “zona disagiata” le zone alle quali siano applicabili i seguenti criteri:

a) particolari difficoltà oro-geografiche delle aree geografiche interessate (ad esempio zone montane e/o distanti dai centri urbani, collegamenti stradali precari o mancanza di mezzi pubblici);

b) area all'interno dell'ambito territoriale di scelta con popolazione sparsa e rarefatta ovvero, ambito territoriale di scelta con almeno cinque Comuni con densità abitativa media, in età di esclusiva pediatrica, pari o inferiore a due abitanti per Km² e con un numero di bambini in età 0-6 inferiore a 150.

2. E' inoltre possibile determinare una zona disagiata nell'ambito territoriale dove la copertura pediatrica risulta carente per un periodo prolungato (oltre un anno dalla data di pubblicazione della carenza stessa)

3. Le zone disagiate dovranno essere individuate dalla programmazione aziendale e distrettuale su proposta del Comitato Aziendale dell'ASL territorialmente interessata, sulla base dei criteri sopra definiti, e trasmesse con relativo provvedimento motivato, al Comitato Regionale ex art. 11 ACN.

4. In ogni caso, da parte dei pediatri inseriti nelle zone disagiate dovrà essere garantita la disponibilità ad acquisire scelte nonché l'effettuazione delle visite ambulatoriali e domiciliari previste, quali doveri convenzionali, nell'A.C.N. anche attivando una congrua distribuzione degli ambulatori, così come definita dall'ASL di competenza d'intesa con il pediatra interessato, fermo

restando il limite massimo di sette aperture ambulatoriali settimanali.

5. Al fine di favorire l'effettuazione di un congruo numero di ore di studio anche nei Comuni più piccoli e nelle frazioni minori, le spese di locazione e manutenzione degli ambulatori forniti dal Comune o dall'ASL sono da considerarsi a carico delle Aziende Sanitarie medesime, fermo restando l'obbligo del pediatra di sostenere le spese di almeno uno studio.

6. Il compenso per l'assistenza pediatrica in zone disagiate spetta sia ai Pediatri iscritti negli ambiti territoriali già riconosciuti disagiati alla data del presente atto e che ai Pediatri di nuovo inserimento, previa verifica dei requisiti

7. Il compenso economico extra mensile per i pediatri che operano in zone disagiate è aumentato a € 774,00 (rispetto a € 516,46 del precedente AIR) riconosciuta come quota per ulteriori attività e prestazioni (art. 44, comma 1, lettera E).

Art. 14 – Progetto salute infanzia (Allegato 10 ACN/2024)

1. Il Progetto Salute Infanzia prevede un piano regionale che propone l'esecuzione di 11 bilanci di salute (di cui sei piani base stabiliti dall'Accordo Nazionale), e di uno associato al calendario vaccinale specificatamente destinato ai prematuri/immaturo con ET 040, come individuati nell'Allegato X) del presente atto, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di salute stabiliti a livello nazionale e di seguito riportati:

- 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. Gli obiettivi di salute sono articolati nelle seguenti tematiche all'interno dei bilanci di salute:

- individuazione precoce delle condizioni patologiche durante lo sviluppo del minore;
- prevenzione delle SIDS;
- prevenzione degli incidenti domestici e stradali;
- promozione e sostegno dell'alimentazione al seno;
- promozione dei programmi vaccinali;
- promozione dello sviluppo relazionale;
- promozione delle attività ginnico-motorie;
- promozione di corretti comportamenti alimentari;
- promozione del corretto utilizzo dei servizi.

3. Di norma ad ogni bilancio di salute corrisponde un obiettivo educativo principale ed una corrispondente azione, ispirati da un motivato programma di intervento.

4. L'adesione al Progetto Salute Infanzia, obbligatorio per tutti i Pediatri convenzionati prevede la raccolta e la registrazione dei dati clinici e amministrativi previsti nel libretto di salute nonché il trasferimento obbligatorio degli stessi alle Aziende Sanitarie competenti, per via esclusivamente

informatica. L'elaborazione dei dati è a carico di ogni ASL ed è funzionale alla progettualità delle AFT.

5. Per l'effettiva realizzazione di ciascun dei bilanci previsti, eseguiti in presenza e nelle tempistiche previste per le diverse fasce d'età, verrà riconosciuto al pediatra un compenso lordo di € 12,91, detratta la quota ENPAM a carico dell'Azienda. La liquidazione dei compensi deve avvenire entro il secondo mese successivo alla presentazione del riepilogo. Non verranno riconosciuti i compensi per i bilanci non eseguiti nelle fasce di età previste.

6. Il pediatra di libera scelta è tenuto alla consegna o all'invio delle schede entro il mese successivo a quello dell'esecuzione del bilancio. Le schede dei bilanci inserite nell'agenda di salute devono essere tempestivamente aggiornate nella forma e nei contenuti e devono essere uniformi su tutto il territorio regionale, tenendo conto della necessità di raccolta dati epidemiologici fondamentali alla mappatura dello stato di salute della popolazione pediatrica piemontese.

7. Le Aziende Sanitarie, in ragione alle proprie situazioni epidemiologiche o socio-assistenziali, potranno collocare nel Progetto, ulteriori integrazioni conformi agli obiettivi generali quali ad esempio:

- a) educazione alla salute rivolta ad altri obiettivi oltre a quelli previsti nell'Accordo Regionale;
- b) coinvolgimento più diretto nell'ambito delle vaccinazioni;
- c) intervento in fase adolescenziale.

8. Le Aziende Sanitarie condivideranno con i singoli pediatri gli esiti relativi ai bilanci di salute, al fine di consentire l'effettiva conoscenza degli stessi.

9. 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 ad puntuale rispetto delle scadenze previste.

ART. 15 – GOVERNO CLINICO (Art. 44, comma 1, lett. B punto I)

1. Le politiche del Governo Clinico di cui all'art. 4 costituiscono obiettivo strategico finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi con l'intento di essere supporto attivo per la Regione Piemonte e per le AA.SS.LL nella definizione delle priorità indispensabili alla miglior allocazione delle risorse. In coerenza con quanto previsto dal richiamato art. 4, e per la ripartizione delle risorse della quota variabile sarà necessario individuare degli obiettivi di salute da declinarsi nei singoli Distretti-AFT nell'ambito del:

- a) - Piano nazionale della cronicità (P.N.C.) partecipazione dei PLS ai programmi di prevenzione e promozione alla salute del bambino e dalla presa in carico degli assistiti affetti da malattie rare o croniche e ad alta complessità per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari interni di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.
- b) - Piano nazionale di prevenzione vaccinale (P.N.P.V.) partecipazione dei PLS nelle vaccinazione e nelle relative attività collegate, al fine di garantire l'erogazione e la piena

fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale.

- c) - Accesso improprio al pronto soccorso: integrazione delle reti territoriali dei PLS 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 PLS nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.
- d) - Governo delle liste d'attesa e appropriatezza: partecipazione dei PLS ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni che distinguono i primi accessi dai percorsi di follow-up nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti per il governo delle liste d'attesa.

2. La quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico è pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali nel rispetto dei livelli programmati di spesa viene anticipata mensilmente in dodicesimi ai PLS che dichiarano formalmente la partecipazione agli obiettivi stabiliti con A.A.A., mentre la restante quota pari a 3,17 introdotta dal 1° ottobre 2022, viene versata a saldo ad obiettivi raggiunti e tenendo conto del periodo di attività svolta. L'incremento ulteriore di Euro 3,54 per assistito, con decorrenza 1 gennaio 2021, come previsto dall'articolo 5, comma 1, tabella A2 del vigente ACN, è finalizzato ad obiettivi di prevenzione e riduzione del rischio di cronicità, in attuazione del Piano di Nazionale di Cronicità (P.N.C.). Tali obiettivi, da attivarsi a livello di Distrettuale/AFT, prevedono l'attiva partecipazione dei PLS ai programmi di prevenzione e promozione della salute del bambino ed 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, assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

3. I pediatri partecipano e contribuiscono alla pratica del Governo Clinico anche attraverso l'adesione alle AFT territoriali che diventano il contesto operativo dove attuare le politiche di governo clinico.

ART. 16 Fondo per le attività distrettuali

1. In ogni Distretto, per consentire il finanziamento dei Progetti di cui all'art. 13 (definizione, da parte dell'Azienda, degli interventi per la promozione e lo sviluppo della pediatria di libera scelta), ed in linea con quanto previsto all'art. 44 comma 1 lettera E punti 1, 2, 3, e 4. dell'ACN vigente, si conferma come da previsioni dell'AIR 2013, il "Fondo per le Attività Distrettuali"

2. Ogni ASL potrà eventualmente implementare tale Fondo con risorse proprie, compatibilmente con quelle assegnate.

3. Nel caso in cui le razionalizzazioni producano un risparmio certificato, il 50 % dello stesso dovrà essere reinvestito nel Fondo di cui al comma 1 del presente articolo, per finanziare ulteriori processi di miglioramento dell'assistenza distrettuale.

4. Il compenso dovrà essere strutturato e ripartito sulla base di pre-definiti indicatori di processo e di risultato. Nessun incentivo potrà essere riconosciuto al singolo pediatra a titolo di premio per gli eventuali risparmi ottenuti dalle razionalizzazioni realizzate.

ART. 17 – Area di formazione di pediatria di libera scelta.

1. Secondo quanto disposto dall'art. 25 A.C.N. vigente, la formazione professionale continua è obbligatoria per il pediatra di libera scelta; le Regioni e/o le Aziende Sanitarie promuovono la programmazione dei corsi di formazione obbligatori sulla base dei Piani Sanitari e formativi e regionali e nazionali. Le Aziende Sanitarie adottano il Piano di Formazione Aziendale (PFA) attraverso le strutture e gli organi proposti alla formazione continua e del comitato aziendale, in collaborazione con gli animatori di formazione.

2. I corsi ECM regionali ed aziendali la cui partecipazione è obbligatoria per il pediatra, garantiscono almeno il 70% del debito formativo annuale. Tali corsi obbligatori si svolgono, di norma, il sabato mattina per almeno 40 ore annue e la partecipazione rientra nei compiti retribuiti e prevede l'eventuale sostituzione del pediatra a carico dell'azienda. 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'art. 24 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

3. In considerazione del fatto che (art. 25, comma 2 ACN/2025) le Regioni, soggetti istituzionali principalmente interessati alla corretta ed adeguata formazione dei medici pediatri assumono un ruolo di primo piano in questo importante processo e considerato inoltre che è di primario interesse per il SSR promuovere la formazione dei propri operatori nonché garantirne la qualità, la coerenza e l'efficacia formativa rispetto agli obiettivi di salute del SSN e del SSR, con il presente documento si attribuiscono le competenze di cui al presente articolo al Tavolo Trattante costituito con la D.G.R. n. 29-239 del 4 ottobre 2024 e smi

4. I compiti del Tavolo di Formazione Regionale per la Pediatria di Libera Scelta sono:

a) definire annualmente indirizzi e obiettivi generali delle attività di formazione, con funzione di programmazione e coordinamento generale, nonché di monitoraggio di un efficace sistema istituzionale di formazione professionale medica permanente, mirato alla formazione nel campo della pediatria territoriale e compiti ad essa collegati;

b) stabilire il numero dei docenti e degli animatori di formazione necessario per il regolare svolgimento delle attività formative, i criteri di selezione dei Pediatri di Libera Scelta ed operare la selezione sulla base di criteri stabiliti; la Regione predisporrà l'elenco regionale sia degli animatori (ex art. 26, comma 2, lettera b) ACN vigente) che dei docenti (ex art. 26, comma 3, ACN vigente).

c) definire le necessità formative dei pediatri di libera scelta che svolgono attività didattica (animatori di formazione e docenti);

d) promuovere attività di ricerca e sperimentazione in Pediatria di Libera Scelta;

e) proporre attività di formazione ECM;

f) collaborare a definire i criteri e i requisiti dei soggetti delegati alla formazione nel campo della Pediatria di Libera Scelta (Provider, Società Scientifiche, Enti organizzatori di eventi, etc.).

g) il monitorare la gestione economica del Fondo a garanzia del debito formativo obbligatorio annuale.

h) promuovere le attività di tutoraggio pre-laurea o del corso di specializzazione in pediatria o del corso di formazione specifica in medicina generale. Ai PLS che svolgono queste funzioni presso il loro studio è riconosciuta un'indennità di € 300 per ciascun percorso di tirocinio completato.

5. La Regione Piemonte conferma, come già previsto nel precedente AIR, un budget annuale pari ad € 287.202, trasferito dalla stessa al Dipartimento Regionale DAIRI di Alessandria per la gestione delle finalità previste al presente articolo, con relativo monitoraggio.

Norma finale 1

Le parti concordano sull'opportunità che il già previsto Tavolo Trattante svolga una funzione di confronto monitoraggio e valutazione sull'attuazione, sull'uniforme applicazione del presente documento e sulle eventuali criticità emerse con incontri semestrali

Norma finale 2

Assistenza domiciliare ai bambini con patologia cronica (Allegato 8 ACN /2024) In riferimento all'art. 3 dell'allegato 8) si concorda di integrare l'elenco con le seguenti delle patologie: eccesso ponderale/obesità.

Norma finale 3

Assistenza ambulatoriale ai bambini con patologia cronica (Allegato 9 ACN /2024) In riferimento all'art. 2 dell'allegato 9) si concorda di integrare l'elenco con le seguenti delle patologie: eccesso ponderale/obesità. Tale attività trova copertura economica nei fondi individuati all'allegato B) della Delibera di recepimento del presente atto; il compenso economico omnicomprensivo è di € 18,90 per accesso secondo le indicazioni e le modalità di attivazione previste all'allegato 9 dell'ACN. La liquidazione dei compensi avviene secondo quanto previsto all'art. 3, comma 6 e 7 dell'allegato 9 ACN vigente.

SCHEMA DEL PROGETTO SALUTE INFANZIA

Piano Regionale			Primo livello di implemento			Secondo livello di implemento
N.	BILANCI DI SALUTE		OBIETTIVI			Azione integrativa
	ETA'	INTERVENTO	EDUCAZIONE SANITARIA	PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE	AZIONE ESECUTIVA	
1	AIR 15/30 gg	Esame fisico, misurazione peso lunghezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale	Favorire l'allattamento al seno, prevenire le SIDS	Primo counselling vaccinale	Sostegno alle madri e linee guida posizione corretta nel sonno	
2	ACN 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 papillari questionario di rilevazione delle capacità uditive
3	ACN 180 gg +/- 30 gg	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, Linee guida alimentari, consenso informato sulle vaccinazioni	Questionario di rilevazione delle capacità uditive Riflesso pupillare alla luce Riflesso rosso
4	AIR 6° mese (Prematuri, immaturi ET 040)	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Svezzamento	Ciclo vaccinale scheda prematuri	Informazioni reazioni avverse ai vaccini	
5	AIR	Esame fisico, misurazione peso,	Prevenzione incidenti	Promuovere livelli di	Linee guida pericoli da	

	7/8 mesi	altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	domestici Sostegno alla genitorialità	copertura vaccinazioni previste nel PNPV- counselling recupero vaccinale	caduta, soffocamento, Linee guida alla lettura ad alta voce	
6	ACN 360 gg -30/+60	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti, Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità, Sostegno alla genitorialità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Presentazione MPR e recupero ritardi vaccinali Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, Linee guida nutrizionali, Linee guida alla lettura ad alta voce	Cover test
7	AIR 15/18 mesi	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica, Valutazione psicomotoria e sensoriale, Screening per autismo	Prevenzione incidenti, Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità, Sostegno alla genitorialità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Presentazione MPR e recupero ritardi vaccinali. Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei. Linee guida nutrizionali. Linee guida alla lettura ad alta voce	<i>M-CHAT,</i>
8	ACN 24 mesi +/-120 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica, Valutazione psicomotoria e sensoriale, Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti, Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità, Prevenzione carie	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. Recupero ritardi vaccinali. Linee guida igiene orale.	Stereo test di Lang, Cover test
9	ACN 3 anni +/- 180 GG	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica, Valutazione psicomotoria e	Prevenzione incidenti, Prevenzione disturbi alimentari, soprappeso ed obesità,	Recupero dei ritardi vaccinali	Linee guida nutrizionali, Linee guida igiene orale	Stereo test di Lang

		sensoriale, Valutazione linguaggio, Ispezione arti inferiori e valutazione caratteristiche della marcia	Prevenzione carie, Promozione attività sportiva			
10	ACN 5 - 6 anni	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica, Valutazione psicomotoria e sensoriale, Valutazione linguaggio, Ispezione arti inferiori e valutazione caratteristiche della marcia	Prevenzione incidenti, Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità, Prevenzione carie, Promozione attività sportiva	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale, Linee guida nutrizionali, Linee guida igiene orale	Podoscopia, Test acuità visiva
11	AIR 8 – 9 anni	Esame fisico, misurazione peso e altezza, Valutazione psicomotoria e sensoriale, Valutazione linguaggio e scolarità. Ricerca primi segni di sviluppo puberale. Valutazione apparato dentale per carie e prob. ortodontici.	Prevenzione soprappeso ed obesità con la promozione di corretti stili di vita. Promozione dello sport.	Indagine sul completament o del calendario vaccinale e recupero eventuali ritardi	Linee guida sicurezza stradale. Linee guida alimentazione e igiene orale . Valutazione del rachide. Decisione di eventuale intervento calcagno stop	Scoliometria Podoscopia
12	AIR 12 – 14 anni	Peso, altezza, scheletro, malocclusioni P.A., Sviluppo puberale, Valutazione problemi relazionali scolastici e/o comportamentali	Prevenzione degli incidenti, Corretti stili di vita, Promozione attività sportiva	Recupero Vaccini antiepatite- MPR e varicella anamnestica mente negativi	Linee guida: sicurezza in bicicletta, Obesità e disturbi alimentari, Linee guida stili di vita Presentazione varicella Valutazione del rachide	Scoliometria

Il Direttore Regionale Antonino
SOTTILE
firmato in originale

Il Dirigente Sett. Sistemi
organizzativi e risorse umane SSR
Mario RAVIOLA
firmato in originale

OS FIMP
firmato in originale

FEDERAZIONE CIPE-
SISPe-SINSPe
firmato in originale