

Gazzetta Ufficiale n. 230 del 02-10-2000

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 luglio 2000, n. 272

Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'articolo 48, della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto l'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n.229, recante norme per la disciplina del rapporto fra il Servizio sanitario nazionale e i medici specialisti pediatri di libera scelta da instaurarsi attraverso apposita convenzione di durata triennale, conforme all'accordo collettivo nazionale stipulato con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale;

Visto l'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, come modificato dall'articolo 74, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, che individua la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardante il personale sanitario a rapporto convenzionale;

Visto il provvedimento n. 706 del 18 giugno 1999 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di nomina della delegazione di parte pubblica;

Visto l'articolo 17, comma 1, lettera d), della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Vista la legge 12 giugno 1990, n. 146, così come modificata dalla legge 11 aprile 2000, n. 83, recante norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati;

Preso atto che è stato stipulato, in data 7 aprile 2000, un accordo collettivo nazionale regolante il trattamento normativo ed economico dei medici specialisti pediatri di libera scelta, sottoscritto in pari data dalla delegazione di parte pubblica e dal sindacato F.I.M.P;

Preso atto che, in data 14 giugno 2000, il sindacato F.N.A.M.

C.I.Pe ha aderito all'accordo medesimo sottoscrivendolo in pari data;

Visto il parere n. 106/1991 del 12 settembre 1991 con il quale il Consiglio di Stato, in adunanza generale, ha precisato che gli accordi collettivi nazionali per il personale sanitario a rapporto convenzionale sono resi esecutivi su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato;

Uditi i pareri del Consiglio di Stato, espressi dalla sezione consultiva per gli atti normativi nelle adunanze del 15 maggio e del 29 maggio 2000;

Considerato che i rilievi espressi dal Consiglio di Stato appaiono superabili, anche alla luce dei provvedimenti di attuazione della delega di cui all'articolo 10, comma 1, secondo periodo, della legge 13 maggio 1999, n. 133;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 18 luglio 2000;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro della sanita';

E M A N A:

il seguente regolamento:

Art. 1.

1. E' reso esecutivo l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n.229.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sara' inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana.

E fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addi' 28 luglio 2000

CIAMPI

AMATO, Presidente del Consiglio dei Ministri

VERONESI, Ministro della sanita'

Visto, il Guardasigilli: FASSINO

Registrato alla Corte dei conti il 18 settembre 2000

Atti di Governo, registro n. 121, foglio n. 9

-----  
ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I  
MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, AI SENSI DELL'ART. 8 DEL  
DECRETO LEGISLATIVO N.502/92, COME MODIFICATO DAI DECRETI LEGISLATIVI  
N.517/93 E N. 229/99.

#### DICHIARAZIONE PRELIMINARE

La riorganizzazione del S.S.N., avviata dai decreti legislativi n.502/92 e n.517/93, proseguita con il D. L.vo n.229/99, ha stabilito i ruoli delle Regioni, delle Aziende, dei distretti e delle organizzazioni sindacali, nelle loro diverse articolazioni territoriali anche in relazione all'assistenza rivolta ai minori offerta e garantita dai pediatri di famiglia con lo scopo di migliorare qualitativamente l'assistenza attraverso un ricorso piu' appropriato alle prestazioni sanitarie.

Il pediatra di famiglia e' parte integrante ed essenziale dell'organizzazione sanitaria complessiva e opera funzionalmente a livello distrettuale per l'erogazione delle prestazioni demandategli dal Piano sanitario nazionale, come livelli di assistenza da assicurare in modo uniforme e appropriato a tutti i

cittadini, in età pediatrica, dalla programmazione regionale, dal presente Accordo e dagli accordi regionali da stipulare ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo n.229/99.

La sua valorizzazione e il suo responsabile impegno costituiscono strumenti fondamentali da utilizzare per la realizzazione di obiettivi tesi a coniugare qualità e compatibilità economica secondo il Piano sanitario nazionale 98/2000.

Il presente Accordo regola, oltre che l'assistenza pediatrica in un contesto di continuità e globalità, anche aspetti relativi al coinvolgimento del pediatra nella organizzazione distrettuale ed alla sua partecipazione nelle attività delle Aziende Sanitarie, anche per il perseguimento dei progetti-obiettivo attraverso l'individuazione di idonei livelli di rappresentatività nei momenti programmatici e gestionali riguardanti l'area pediatrica, al fine di pervenire ad una più appropriata definizione dell'intervento sanitario, aperto anche alle sollecitazioni provenienti da settori sempre più ampi di popolazione coinvolti in problematiche emergenti, nei quali la sanità interagisce con altri settori di intervento della pubblica amministrazione.

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

In tale contesto è sottolineato il ruolo delle Regioni, cui vengono affidati, attraverso la possibilità di promuovere e stipulare appositi accordi, ampi ed esclusivi spazi di contrattazione in merito a:

- forme e modalità di organizzazione del lavoro e di erogazione delle prestazioni, processi assistenziali per protocolli correlati alle patologie sociali, interventi specifici per la popolazione pediatrica da rendere nel contesto familiare o nelle comunità, assistenza sanitaria aggiuntiva e diversamente strutturata, anche in rapporto alla attivazione del Progetto-Obiettivo materno-infantile. A queste possibilità si aggiungono quelle per le procedure di verifica della qualità dell'assistenza, per lo svolgimento dell'attività di ricerca epidemiologica, per l'acquisizione di dati sanitari, per l'attivazione di un sistema informativo integrato tra pediatri e presidi delle Aziende Sanitarie anche attraverso il collegamento tra studi professionali e centri unificati di prenotazione;

- definizione di ulteriori possibilità per garantire la continuità assistenziale, anche mediante iniziative di associazionismo medico, come indicato dal decreto legislativo n. 229/99, comunque in un contesto collegato con lo specifico servizio, ove già presente a livello territoriale.

- Gli accordi regionali potranno promuovere sperimentazioni diverse da confrontare e misurare in termini di validità assistenziale, in un coerente rapporto tra costi/benefici ed economicità della spesa. Nell'ambito dei principi ispiratori della più recente e fondamentale produzione giuridica in materia sanitaria, a partire dal riordino del Servizio sanitario nazionale una particolare attenzione è dedicata alla previsione di modalità per concordare livelli di spesa programmati e per responsabilizzare il pediatra al loro rispetto.

In questo momento di profondo cambiamento dell'assetto della area pediatrica e di accentuazione del ruolo delle Regioni in stretta intesa con le organizzazioni sindacali mediche, l'esigenza di realizzare il monitoraggio delle iniziative e la loro valutazione, su tutto il territorio nazionale, è stata soddisfatta con la previsione di un "Osservatorio nazionale" presso il Ministero della sanità nel quale tutti i soggetti coinvolti possano trovare oltre che un riferimento chiarificatore di problematiche applicative, che saranno certamente presenti per la novità di tanti istituti, anche una sede ove possa svilupparsi il confronto tra i vari soggetti interessati e l'osservazione delle attività.

## PREMESSA

- 1) In base alla Convenzione internazionale sui Diritti dell'infanzia, recepita dal Parlamento con la legge 27.05.91 n.176, lo Stato riconosce l'infanzia come un bene sociale da salvaguardare e sul quale investire e riconferma che la tutela sanitaria dell'infanzia e dell'adolescenza e' un diritto fondamentale ed e' uno degli obiettivi specifici proposti dell'O.M.S.
- 2) Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino intesa quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettivita', il S.S.N. demanda al medico convenzionato per la pediatria di famiglia i compiti di prevenzione individuale, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria, intesi come un insieme unitario qualificante l'atto professionale.
- 3) La tutela sanitaria dell'infanzia si attua all'interno dell'Area Pediatrica, definita come complesso di spazi e servizi adattati alle esigenze psico-affettive del bambino e della sua famiglia e come complesso di prestazioni fornite da operatori specificatamente formati e preparati per soddisfare bisogni sanitari specifici.
- 4) In conseguenza dei punti precedenti, al medico iscritto negli elenchi della pediatria di famiglia - che e' parte attiva, qualificante e integrata del S.S.N., nel rispetto del principio della libera scelta e del rapporto di fiducia - sono affidati in una visione promozionale nei confronti della salute, compiti di:
  - a) assistenza primaria nell'ambito familiare, anche mediante l'impostazione di programmi, per un equilibrato sviluppo psicofisico del bambino assicurando interventi diagnostici, terapeutici ed eventualmente riabilitativi;
  - b) assistenza programmata a domicilio, o presso strutture territoriali ivi comprese le collettivita' al fine di affrontare i problemi sanitari di bambini disabili e di pazienti dimessi dagli ambienti di ricovero, coordinandone l'assistenza domiciliare;
  - c) partecipazione al servizio di continuita' assistenziale, onde garantire il completamento della assistenza primaria da gestire con pediatri adibiti espressamente alla funzione ovvero in associazione con altri pediatri convenzionati, nonche' con gli altri servizi territoriali ed ospedalieri o con pediatri convenzionati in associazione o in pediatria in/o di gruppo, nonche' utilizzando pediatri in graduatoria regionale;
  - d) educazione sanitaria e assistenza preventiva individuale, che hanno come obiettivi il controllo della crescita mediante periodici bilanci di salute, la diagnosi precoce e l'identificazione dei fattori di rischio modificabili che permettono l'attuazione della prevenzione secondaria. Al medico pediatra, possono essere affidati anche compiti di profilassi primaria individuale da espletare nel proprio ambulatorio ovvero, secondo orari predeterminati, anche nell'ambito dei servizi e presidi direttamente gestiti dalla Azienda, come previsto all'art.45;
  - e) ricerca, sia in campo clinico che epidemiologico, e didattica, sia nei confronti del personale che dei colleghi in fase di formazione; assistenza programmata territoriale nella collettivita' secondo quanto previsto dagli specifici accordi regionali ed aziendali, f) attivita' assistenziali ricadenti nell'eta' pediatrica.
- 5) Il pediatra di famiglia partecipa alle procedure di verifica della qualita' delle prestazioni, alla individuazione e al perseguimento degli obiettivi del distretto e alla elaborazione di linee guida volte anche all'ottimizzazione dell'uso delle risorse.

6) Le parti individuano, secondo la "Carta dei servizi sanitari", in sede regionale modalita' aziendali di raccordo con i servizi di pubbliche relazioni delle Aziende, allo scopo di migliorare l'accessibilita' ai servizi sanitari e i rapporti con i cittadini utenti e le loro organizzazioni.

## Capo I - Principi generali

### Art. 1 - Campo di applicazione

1. I medici specialisti in pediatria, iscritti negli elenchi di cui all'art. 17, comma 4 del presente Accordo, sono parte attiva e qualificante del S.S.N. nel settore preposto alla tutela dell'infanzia e dell'eta' evolutiva da 0 a 14 anni, nei suoi momenti di prevenzione, cura riabilitazione e raggiungimento di uno stato di maturita' psico-fisica in una visione globale di servizio per il cittadino nel quadro dei piani sanitari nazionali e regionali.

2. La presente convenzione nazionale regola, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30.12.92, n.502, come successivamente modificato ed integrato, il rapporto di lavoro autonomo, continuativo e coordinato, che si instaura fra le Unita' sanitarie locali quali Aziende dotate di personalita' giuridica pubblica e di seguito nominate Aziende, ed i pediatri di seguito nominati pediatri di famiglia, per l'erogazione in forma diretta dell'assistenza specialistica pediatrica ai minori di cui al comma precedente mediante:

- a) assistenza primaria di pediatria;
- b) educazione sanitaria ed assistenza preventiva individuale;
- c) continuita' assistenziale pediatrica sulla base di specifici accordi regionali;
- d) attivita' programmata per i servizi territoriali in un quadro normativo di coinvolgimento complessivo del pediatra di famiglia per la tutela della salute degli assistiti affidatigli mediante la scelta;
- e) ricerca e didattica;
- f) assistenza programmata territoriale nelle collettivita';
- g) attivita' assistenziali ricadenti nell'eta' pediatrica.

3. La presente Convenzione definisce gli ambiti di contrattazione rimessi alla trattativa regionale e aziendale.

### Art. 2 - Graduatorie

I pediatri da incaricare per l'espletamento delle attivita' disciplinate dal presente Accordo sono tratti da graduatorie uniche per titoli, predisposte annualmente a livello regionale. Le Regioni, d'intesa con le Organizzazioni sindacali piu' rappresentative a livello regionale, possono, in via sperimentale, adottare procedure che consentano la predisposizione di graduatorie aziendali redatte ai fini dell'attribuzione degli incarichi di cui al presente Accordo.

2. I pediatri che aspirano all'iscrizione nelle graduatorie regionali devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domande:

a) iscrizione all'albo professionale;

b) diploma di specializzazione o attestato di libera docenza in pediatria o discipline equipollenti.

3. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria annuale i pediatri devono presentare o inviare, con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato alla Sanita' della Regione in cui intendono prestare la loro attivita', salvo diversa determinazione regionale di cui al comma 1), una domanda conforme allo schema di cui all'allegato A), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

4. Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli posseduti alla data del 31 dicembre.

5. Il pediatra che sia gia' stato iscritto nella graduatoria regionale dell'anno precedente deve presentare, oltre alla domanda, soltanto il certificato di iscrizione all'albo, professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno, nonche' di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria, o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

6. L'amministrazione regionale, salvo diversa determinazione regionale, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui al successivo art. 3, predispone una graduatoria regionale da valere per un anno, specificando, a fianco di ciascun nominativo il punteggio conseguito e la residenza.

7. La graduatoria e' resa pubblica, di norma, entro il 30 aprile sul Bollettino Ufficiale della Regione ed entro 30 giorni dalla pubblicazione i pediatri interessati possono presentare all'amministrazione regionale istanza in carta libera di riesame della loro posizione in graduatoria.

8. La graduatoria regionale, e' approvata in via definitiva entro il 30 giugno dall'amministrazione regionale e pubblicata sul BUR.

9. La graduatoria ha valore dal 1o giorno del mese di luglio dell'anno in corso al 30 giugno dell'anno successivo.

#### ART. 3 - Titoli per la formazione delle graduatorie

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati qui di seguito con l'indicazione del valore attribuito a ciascuno di essi:

##### I - TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

a) specializzazioni o libere docenze in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella B, e successive integrazioni:

Per ciascuna specializzazione o libera docenza ..... p. 4,00

b) specializzazioni o libere docenze in discipline affini alla pediatria ai sensi del decreto ministeriale 10 marzo 1983, tabella B, e successive integrazioni:

Per ciascuna specializzazione o libera docenza .....p. 2,00

c) specializzazioni o libere docenze in discipline diverse da quelle previste alle lettere a) e b):

Per ciascuna specializzazione o libera docenza .. ....p. 0,20

d) tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 aprile 1975..... .. p. 0,10

e) titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione .....p. 0,10

## II TITOLI DI SERVIZIO

a) attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/1978, e dell'art.8 comma 1 D. L.vo 502/92 e successive. modificazioni compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (anche per attività sindacale) è valutata:

Per ciascun mese complessivo ..... . p. 0,20 (per l'attività sindacale il mese è ragguagliato a 96 ore)

b) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale e nell'emergenza sanitaria territoriale, in forma attiva:

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 9 febbraio 79, n.38, 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 pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono:

Per ciascun mese complessivo ..... p. 0,10

g) astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato nell'area della pediatria di base..... p. 0,20 2.

Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio le frazioni di mese superiori a 15 giorni sono valutate come mese intero.

3. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attivita' svolte nello stesso periodo. In tal caso e' valutato il titolo che comporta il punteggio piu' alto. Le attivita' di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi non sono valutabili.

4. A parita' di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, l'anzianita' di specializzazione, il voto di specializzazione, e, infine, la minore eta'.

5. Non sono valutabili attivita' che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.

#### ART. 4 - Incompatibilita'

1. Lo svolgimento delle attivita' previste dal presente Accordo, ai sensi dell'art. 4, comma 7, della legge 30.12.1991, n. 412, e' incompatibile qualora il pediatra:

a) sia titolare di qualsiasi rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, anche precario, ad eccezione dei medici di cui all'art.

6, comma 1, del D.L. 14.6.1993, n. 187, convertito con modifiche nella legge 12.8.1993, n. 296;

b) eserciti attivita' che possano configurare conflitti di interesse con il rapporto di lavoro con il S.S.N. o sia titolare o compartecipe di quote di imprese che esercitano attivita' che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale;

c) svolga attivita' di medico specialista ambulatoriale per branche diverse dalla pediatria;

d) sia iscritto negli elenchi dei medici di assistenza primaria, convenzionati ai sensi dell'art. 8, comma 1, D.leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni e) svolga funzioni fiscali per conto delle Aziende o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale nel quale puo' acquisire scelte;

f) fruisca del trattamento ordinario o per invalidita' permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

g) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o che abbiano rapporti contrattuali con Aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies D. L.vo 502/92 e successive modificazioni;

h) goda del trattamento di quiescenza a qualsiasi titolo. Tale incompatibilita' non opera nei confronti dei pediatri che sono in tale condizione alla data di pubblicazione del presente Accordo, e dei pediatri previsti al comma 6 dell'art. 23.

2. Il pediatra che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D. L.vo n. 626/94, non puo' acquisire nuove scelte di familiari in eta' pediatrica dei dipendenti delle aziende per le quali opera.

3. La presenza accertata e contestata di una delle situazioni di incompatibilita' previste dal presente articolo comporta la cessazione del rapporto convenzionale, sulla base delle procedure previste all'art. 13 del presente Accordo.



4. L'Azienda dispone, mediante i propri servizi ispettivi, i controlli idonei ad accertare la sussistenza delle situazioni di incompatibilita' anche in corrispondenza della comunicazione del medico di cui all'art. 7, commi 1 e 2, del presente Accordo.

5. L'accertata situazione di incompatibilita' deve essere, contestata al medico titolare di incarico non oltre trenta giorni dal suo rilievo, ai sensi di quanto disposto dal successivo articolo 13.

6. L'eventuale situazione di incompatibilita' a carico del pediatra incluso nella graduatoria regionale di cui all'art. 2, deve cessare all'atto dell'assegnazione del relativo ambito territoriale carente o incarico vacante.

#### Art. 5 - Sospensione del rapporto e dell'attivita' convenzionale

1. Il medico deve essere sospeso dagli incarichi della pediatria di famiglia:

a) in esecuzione dei provvedimenti sospensivi di cui all'articolo 13;

b) per sospensione dall'albo professionale. In materia si applicano le disposizioni di cui all'art. 9, comma 3, della legge 23 aprile 1981, n. 154;

c) per tutta la durata del servizio militare o servizio civile sostitutivo, nonche' nei casi di servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38;

d) per motivi di studio relativi a partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'art. 8 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal 502/92 e successive modificazioni, che abbiano durata complessiva superiore a 30 giorni consecutivi per un periodo massimo di 180 gg.;

e) in caso di emissione, da parte della Autorita' Giudiziaria, di provvedimenti restrittivi della liberta' personale, quali arresti domiciliari, custodia cautelare in carcere o luogo di cura, divieto di dimora nel territorio dell'ambito territoriale di attivita' convenzionale o nel territorio dell'Azienda, che impediscano il corretto svolgimento dell'attivita' convenzionata di studio e domiciliare;

f) per partecipazione ad iniziative aventi carattere umanitario e di solidarieta' sociale.

2. Il medico e' sospeso dalle attivita' di pediatria di libera scelta:

a) nel caso di attribuzione e accettazione da parte del pediatra di incarico di Direttore di Distretto, o di altri incarichi organizzativi nel distretto a tempo pieno, ai sensi del disposto dell'articolo 8, comma 1, lettera m) del D. L.vo 502/92 e successive modificazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso;

b) in caso di malattia o infortunio per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque;

c) in corso di gravidanza e puerperio per tutto il periodo di astensione obbligatoria previsto dalla legge.

3. Il pediatra ha diritto ad usufruire di sospensione parziale dell'attivita' convenzionale, con sua sostituzione part-time e per periodi anche superiori a sei mesi, comunque non superiori a tre anni nell'arco di cinque, per:

- a) allattamento;
- b) adozione di minore;
- c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
- d) assistenza a familiari conviventi, anche temporaneamente, con inabilita' pari al 100% e titolari di indennita' di accompagnamento;
- e) per gravi e documentate situazioni familiari valutate dall'Azienda.

4. Nei casi di cui ai precedenti comma 2 e 3 la sospensione dell'attivit  di pediatria di libera scelta non comporta la sospensione del rapporto convenzionale ne' soluzione di continuita' del rapporto stesso ai fini della anzianita' di servizio.

5. I periodi di sospensione del rapporto convenzionale di cui ai commi 1 e 2 lettera a) non possono essere considerati, a nessun titolo, come attivita' di servizio e non possono comportare alcun onere, anche previdenziale, a carico del S.S.N.

6. I rapporti economici tra medico sostituito e sostituto, nei casi di cui al comma 3, sono regolati secondo l'Allegato F del presente Accordo proporzionalmente alla parte temporale di attivita' del medico sostituito.

7. Nei casi previsti dal comma 1 il pediatra deve essere sostituito da un pediatra nominato dalla Azienda ai sensi dell'art. 21.

8. Nei casi previsti dai precedenti commi 2 e 3 il pediatra deve farsi sostituire seguendo le modalita' previste dall'art. 21.

9. Il pediatra sospeso dall'incarico ai sensi del precedente comma 1 lettera e) conserva, fino a sentenza di primo grado, il diritto a percepire compensi per un importo pari a 1/2 dell'ultima mensilita' maturata prima del provvedimento di sospensione.

10. Il medico sospeso dall'incarico ai sensi del precedente comma 9, dalla data di condanna di primo grado a quella di secondo grado, conserva il diritto a percepire compensi per un importo pari a 1/3 dell'ultima mensilita' relativa alla quota fissa del compenso percepita prima del provvedimento di sospensione relativo al provvedimento in atto.

11. I compensi di cui ai precedenti commi 9 e 10 sono erogati fatta salva l'azione di rivalsa in caso di condanna passata in giudicato e di conferma della sospensione dall'incarico.

12. Il provvedimento di sospensione del rapporto convenzionale e' disposto dal Direttore Generale della Azienda con apposita deliberazione, visti gli atti probatori.

13. Il provvedimento di sospensione ha contemporaneita' di efficacia in tutte le sedi di attivita' del medico, anche di Aziende diverse.

14. Fatte salve le sospensioni d'ufficio del rapporto o dell'attivit  convenzionale e quelle dovute a malattia, infortunio o a cause non prevedibili, la comunicazione da parte del medico della sospensione deve essere effettuata con un preavviso minimo di 15 giorni.

## Art. 6 - Cessazione del rapporto convenzionale.

### 1. Il rapporto tra le Aziende e i pediatri di libera scelta cessa:

- a) per compimento del 65o anno di eta', fermo restando, ai sensi del combinato disposto dei commi 1 e 3 dell'articolo 15-nonies del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, che e' facolta' del pediatra convenzionato di mantenere l'incarico per il periodo massimo di un biennio oltre il 65o anno di eta', in applicazione dell'art. 16 del decreto legislativo 30/12/92, n.503;
- b) per provvedimento disciplinare adottato ai sensi e con le procedure di cui all'art. 13;
- c) per recesso del medico da comunicare alla Azienda con almeno un mese di preavviso;
- d) per sopravvenuta, accertata e contestata insorgenza di motivi di incompatibilita' ai sensi dell'art. 4;
- e) per sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'art. 20;
- f) per incapacita' psico-fisica a svolgere l'attivita' convenzionale, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dall'interessato, da uno designato dalla Azienda che la presiede e da un terzo medico designato dal Presidente dell'Ordine dei Medici competente per territorio.

2. L'accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, da parte dell'assistito di prestazioni previste dal presente Accordo e dagli accordi regionali e aziendali retribuite nella quota fissa ed in quella variabile del compenso, e l'esercizio della libera professione al di fuori delle modalita' stabilite dal presente Accordo, contestati secondo le procedure previste dall'articolo 13, comporta il venir meno del rapporto col Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. c, del decreto legislativo n. 502/92, e successive modificazioni.

3. Il medico che, dopo tre anni di iscrizione nello stesso elenco dei pediatri di libera scelta non risulti titolare di un numero minimo di scelte pari a no 100 unita', decade dal rapporto convenzionale, salvo che la mancata acquisizione del minimo anzidetto sia dipendente da situazioni di carattere oggettivo. Il provvedimento e' adottato dalla competente azienda, sentito l'interessato e il comitato aziendale di cui all'art. 11.

4. Nel caso di cessazione per provvedimento di cui al comma 2 nonche', nel caso di cui al punto e) del comma 1, il medico puo' presentare nuova domanda di inclusione nelle graduatorie dopo quattro anni dalla cessazione.

5. Il rapporto cessa di diritto e con effetto immediato per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale.

6. Il provvedimento di cessazione e' adottato dal Direttore Generale dell'Azienda con apposita deliberazione.

## Art. 7 - Comunicazioni del medico alla Azienda

1. Il pediatra e' tenuto a comunicare sollecitamente alla Azienda competente ogni eventuale variazione che intervenga nelle notizie fornite con la domanda di partecipazione alle graduatorie di cui all'art. 2, o con la dichiarazione di cui al comma successivo, nonche' l'insorgere di situazioni di incompatibilita' previste dall'art. 4 al fine di regolarizzare la propria posizione individuale.

2. In ogni caso la Azienda competente o la Regione puo' richiedere annualmente al medico una dichiarazione da rilasciare entro un termine non inferiore a quindici giorni, attestante la sua situazione soggettiva professionale con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilita', le limitazioni del massimale e gli aspetti economici (v. allegato "1"). Il medico nella cui posizione soggettiva non siano intervenute modificazioni, non e' tenuto a inviare la richiesta dichiarazione, salvo quella richiesta per la prima volta dopo la pubblicazione dell'Accordo nazionale.

3. Salve modalita' diverse concordate a livello regionale, in caso di astensione dall'attivita' assistenziale in dipendenza di agitazioni sindacali, proclamate dalle OOSS mediche rappresentative della pediatria convenzionata, il pediatra convenzionato e' tenuto a comunicare alla Azienda l'eventuale non adesione all'agitazione prima delle 24 ore precedenti l'inizio dell'agitazione a mezzo telegramma.

4. Tale comunicazione non e' dovuta, da parte dei pediatri iscritti a Sindacati firmatari del presente Accordo:

a) in caso di astensione dal lavoro promossa da sigle sindacali non firmatarie del presente ACN;

b) nel caso in cui il Sindacato di appartenenza abbia comunicato all'Azienda la sospensione o la revoca dello sciopero o la non adesione della sua organizzazione a manifestazioni indette da altri sindacati.

5. La dovuta e mancata comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale comporta la trattenuta del compenso relativo all'intero periodo di astensione dall'attivita' convenzionale o, se del caso, dal suo inizio e fino al giorno, compreso, della eventuale comunicazione di non adesione alla agitazione sindacale stessa.

6. La trattenuta dei compensi di cui al comma 5 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine della agitazione sindacale medesima.

7. Il pediatra iscritto ad un sindacato, che partecipi allo sciopero indetto da altre organizzazioni, deve comunicare alla Azienda la propria adesione alla agitazione sindacale nei tempi e nei modi previsti dal comma 3.

#### Art. 8 Formazione continua

1. La formazione continua del pediatra di libera scelta comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente come definite dall'art. 16-bis, commi 1 e 2 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni.

2. L'aggiornamento professionale, come definito dall'articolo su citato, e' l'attivita' successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione in pediatria, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale, le conoscenze professionali.

3. La formazione permanente comprende le attivita' finalizzate a migliorare le competenze ed abilita' cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

4. Il pediatra di libera scelta partecipa alle iniziative formative coordinate, programmate e organizzate dalle Regioni, sulla base degli obiettivi formativi di interesse nazionale individuati dalla "Commissione Nazionale per la Formazione Continua", degli obiettivi formativi di specifico interesse regionale definiti dalle Regioni stesse, secondo quanto stabilito dall'art. 16-ter del su richiamato decreto legislativo.

5. Al pediatra di libera scelta sono assegnati crediti formativi secondo i criteri definiti dalla "Commissione Nazionale per la Formazione Continua" e dalle norme vigenti.

6. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 1, del suddetto decreto legislativo, la partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di pediatria di libera scelta ai sensi del presente Accordo.

7. Ai sensi dell'art. 16-quater, comma 2, del decreto legislativo già citato, qualora nella Regione di residenza siano attivate le attività formative previste, al pediatra di libera scelta che nel triennio non abbia conseguito il minimo dei crediti formativi stabilito dalla commissione nazionale non possono essere assegnate nuove scelte fino al conseguimento di detto minimo formativo.

8. Il medico è tenuto a frequentare obbligatoriamente le attività formative destinate a temi corrispondenti ai bisogni organizzativi del servizio. Il venir meno a tale obbligo per due anni consecutivi comporta la attivazione delle procedure di cui all'art. 13 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

9. Ai sensi dell'art. 16-ter, comma 3, del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni le Regioni:

- a) prevedono appropriate forme di partecipazione degli ordini professionali;
- b) sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua;
- c) concorrono alla individuazione degli obiettivi di interesse nazionale indicati dal comma 2 dell'articolo già citato;
- d) elaborano gli obiettivi di specifico interesse regionale e accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale.

10. Le Aziende provvedono alla attuazione ed organizzazione delle attività formative prevedendo:

- a) idonee modalità per la rilevazione dei bisogni dei pediatri;
- c) lo svolgimento preferenziale secondo la metodologia didattica dell'apprendimento attivo;
- d) la partecipazione a medi e piccoli gruppi anche integrati da altre figure professionali;
- e) appropriate modalità per la valutazione della qualità dei corsi;
- f) idonee modalità per la valutazione formativa dei partecipanti.

11. I temi della formazione obbligatoria saranno scelti, nel rispetto delle indicazioni della "Commissione Nazionale per la Formazione", in modo da rispondere:

a) ai bisogni organizzativi del servizio (programmi obiettivo), azioni programmate, qualità e quantità delle prestazioni, patologie emergenti, ecc.;

b) ai bisogni professionali dei pediatri (evoluzione delle conoscenze scientifiche);

c) ai bisogni emergenti dalla attuazione degli accordi regionali di cui al capo II.

12. Le attività formative, fatta salva una diversa determinazione concordata a livello regionale, tenendo conto delle indicazioni della Commissione Nazionale per la Formazione continua, si svolgono di norma il sabato mattina per almeno 10 sabati per almeno 40 ore annue;

al medico partecipante vengono corrisposti i normali compensi.

L'Azienda adotta i provvedimenti necessari a garantire la continuità assistenziale durante le ore di aggiornamento. In caso di svolgimento in giorno diverso i partecipanti convenzionati per l'assistenza primaria di pediatria hanno diritto al pagamento della sostituzione con onere a carico dell'Azienda.

13. Le Aziende al termine di ciascun corso rilasciano un attestato relativo alle materie del corso frequentato, in cui si quantifica il credito didattico.

In base ad eventuali accordi tra Ordine dei Medici, OO.SS.

maggiormente rappresentative e Università degli studi, potranno essere attuate esperienze di didattica tutoriale per specializzandi che coinvolgono pediatri di libera scelta disponibili e in possesso dei requisiti.

14. Con accordi a livello regionale tra la Regione e Sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi a livello regionale, sentiti gli Ordini dei Medici le Regioni assumono iniziative per:

a) l'attuazione di corsi di formazione per animatori di formazione permanente, sulla base di un curriculum formativo specifico, da individuarsi tra i medici inseriti negli elenchi della pediatria di libera scelta;

b) determinare il fabbisogno regionale di animatori di formazione e di tutor di pediatria;

c) definire la creazione di un elenco regionale di Animatori di Formazione, da individuarsi tra i medici inseriti negli elenchi della pediatria di libera scelta, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo specifico;

d) definire i criteri per la individuazione del tutor di pediatria di libera scelta da inserire in apposito elenco;

e) le modalità ed i criteri per la specifica formazione didattica e professionale permanente e per il coordinamento delle attività del tutor, anche attraverso la formazione di Scuole regionali con proprio statuto, ai fini dell'accreditamento di cui all'art. 16 del D. L.vo 502/92 e successive modificazioni. Gli animatori per la loro attività ricevono un compenso concordato a livello regionale.

16. A cura della Regione gli animatori di formazione sono iscritti in apposito elenco tenuto dall'Assessorato regionale alla sanità'.

17. Le attività formative di cui ai commi precedenti sono a carico del SSN. Le Regioni stabiliscono annualmente le risorse finanziarie destinate alla formazione continua.

18. Il pediatra di libera scelta, previa comunicazione alla Azienda e salvi rimanendo gli obblighi relativi alla partecipazione alle iniziative di formazione continua previste dalle disposizioni degli articoli 16, 16-bis, 16-ter, 16-quater del Decreto Legislativo 502/92, come successivamente modificato, e integrato, ha la facoltà di partecipare a proprie spese a corsi non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati dalla commissione di cui all'art. 16-ter del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni, limitatamente alla quota parte corrispondente ai bisogni professionali dei pediatri e cioè fino alla concorrenza della meta' del tempo o dei crediti previsti per l'aggiornamento.

#### ART. 9 - Diritti sindacali

1. Ai membri di parte medica convenzionati per la pediatria di libera scelta, presenti nei Comitati e Commissioni previste dal presente Accordo e da normative nazionali o regionali, e' rimborsata la spesa per le sostituzioni relative alla partecipazione alle riunioni dei suddetti organismi nella misura prevista dagli accordi regionali e le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.

2. Tale onere e' a carico delle Aziende di iscrizione del medico.

3. I rappresentanti dei sindacati medici di categoria a carattere nazionale, regionale e provinciale, i pediatri nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i rispettivi mandati, nonché i pediatri eletti al Parlamento o ai Consigli regionali, provinciali e comunali possono avvalersi, con oneri a loro carico, della collaborazione professionale di medici con compenso orario.

4. A titolo di concorso negli oneri per sostituzioni collegate allo svolgimento di compiti Sindacali, a ciascun sindacato firmatario viene riconosciuta la disponibilità di 6 ore annue per iscritto.

5. Il numero dei pediatri di libera scelta iscritti e' rilevato a livello regionale sulla base del numero dei medici a carico dei quali - per ciascun sindacato - viene effettuata, a cura delle Aziende, la trattenuta della quota sindacale al 1o gennaio di ogni anno.

6. La Segreteria nazionale del sindacato comunica ogni anno alle Regioni interessate i nominativi dei propri rappresentanti ai quali deve essere attribuita la disponibilità di orario accertata come sopra, con indicazione dell'orario assegnato a ciascuno. La Segreteria nazionale di ogni sindacato interessato può disporre, nel modo ritenuto più opportuno, del monte ore complessivo a livello nazionale, dandone apposita comunicazione alle Regioni interessate.

7. Mensilmente ciascuno dei rappresentanti designati ai sensi del presente articolato comunica alla propria Azienda l'avvenuta sostituzione e il relativo numero di ore. Entro il mese successivo si provvede al pagamento di quanto dovuto al medico interessato, sulla base del compenso orario riconosciuto ai medici di continuità assistenziale con anzianità di otto anni e aumentata del 50% se il sostituto e' specialista in pediatria o disciplina equipollente. Tale attività non si configura come rapporto di lavoro continuativo. Il compenso e' liquidato, a seconda del sistema di pagamento localmente adottato, direttamente, dalla Regione oppure dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale designato.

## Art 10 - Rappresentativita' sindacale

1. Al fine di definire regole di indirizzo volte ad assicurare l'accertamento del requisito della "maggiore rappresentativita'", ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e, sottolineata la necessita' di garantire il piu' alto grado di trasparenza nelle relazioni sindacali, si indica, come criterio di riferimento per la determinazione di tale requisito sul piano nazionale, delle Confederazioni e delle Federazioni ed Organizzazioni sindacali, il criterio della consistenza associativa.
2. La consistenza associativa e' rilevata in base alle deleghe conferite alle singole Aziende dai pediatri convenzionati per la ritenuta del contributo sindacale, accertate alla data del 1<sup>o</sup> gennaio di ogni anno ed e' trasmessa, entro il mese di febbraio, mediante comunicazione delle stesse Aziende, per tramite dell'Assessorato Regionale alla Sanita' di appartenenza, al Ministero della Sanita' - Servizio Rapporti Convenzionali con il Servizio Sanitario Nazionale ed alle Segreterie Nazionali delle OO.SS..
3. Per le trattative disciplinate dall'art. 8 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, la consistenza associativa e' determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative per il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale.
4. In tutti gli altri casi in cui occorra il riferimento alla consistenza associativa, essa e' riferita ai dati rilevati nell'anno precedente.
5. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai fini della contrattazione, sul piano nazionale le organizzazioni sindacali che, relativamente al disposto di cui ai commi 2 e 3, abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.
6. Contestualmente alla ritenuta sindacale, le Aziende inviano ai rispettivi sindacati provinciali l'elenco dei medici ai quali sia stata effettuata la ritenuta sindacale, con l'indicazione delle relative quote e di tutti gli elementi atti a verificare l'esattezza della ritenuta medesima.
7. La riscossione delle quote sindacali per i sindacati avviene su delega del medico attraverso le Aziende con versamento in conto corrente intestato ai tesoriери dei sindacati per mezzo della banca incaricata delle operazioni di liquidazione dei compensi.
8. Le deleghe precedentemente rilasciate restano valide, nel rispetto della normativa vigente.
9. Le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo, in possesso dei requisiti di rappresentativita' di cui al comma 5 a livello nazionale, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi regionali.
10. Gli accordi aziendali possono essere stipulati dalle organizzazioni sindacali in possesso dei requisiti di rappresentativita' di cui al comma 5 a livello regionale. Da tale requisito si prescinde per le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo purché in possesso del requisito di rappresentativita' di cui al comma 5 a livello aziendale.



11. Nel caso in cui il requisito di cui al comma 5 sia stato conseguito mediante l'aggregazione di piu' organizzazioni sindacali, il soggetto contrattuale e' unico e partecipa alle trattative e alla stipula degli accordi come unica organizzazione sindacale.

#### ART.11 - Comitato di azienda

In ciascuna azienda, o ambito diverso definito dalla Regione previo parere favorevole delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, e' costituito un Comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, a norma dell'art. 10. Il Direttore Generale o suo delegato provvede alla convocazione del Comitato ordinariamente ogni tre mesi, anche su richiesta di una delle parti.

2. Il Comitato aziendale esprime pareri obbligatori su:

- a) richiesta di deroga temporanea al massimale di scelte di cui all'art. 23;
- b) motivi di incompatibilita' agli effetti delle ricusazioni di cui all'art. 25, comma 2;
- c) cessazione del rapporto convenzionale ai sensi dell'art. 6, lettera e);
- d) deroghe di cui all'art. 19, comma 3, all'obbligo di residenza;
- e) variazione degli ambiti di scelta;
- f) individuazione delle zone disagiate;
- g) ogni altro parere previsto dal presente Accordo e dagli accordi regionali ed aziendali;
- h) valutazione delle richieste di scelta in deroga di cui all'art.24, comma 9.

3. Inoltre il Comitato aziendale e' preposto alla definizione degli accordi aziendali e ad ogni altro incarico attribuitogli dal presente Accordo o da accordi regionali o aziendali.

4. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario ad assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato aziendale.

#### ART.12 - Comitato regionale

1. In ciascuna regione e' istituito un Comitato permanente regionale composto da rappresentanti della regione e da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale a norma dell'art. 10. L'Assessore regionale o suo delegato provvede alla convocazione del Comitato ordinariamente ogni tre mesi, anche su richiesta di una delle parti.

2. Il Comitato permanente e' preposto:

- a) alla definizione degli accordi regionali;
- b) a formulare proposte ed esprimere pareri sulla corretta applicazione delle norme del presente Accordo e degli accordi regionali;

e) a fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale;

d) a collaborare per la costituzione di gruppi di lavoro, composti da esperti delle aziende e da pediatri di libera scelta, per la verifica degli standard erogativi e di individuazione degli indicatori di qualità'.

3. L'attività' del Comitato permanente e' comunque prioritariamente finalizzata a fornire indirizzi uniformi alle aziende per l'applicazione dell'Accordo nazionale e degli accordi regionali ed e' sede di osservazione degli accordi aziendali.

4. La regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per assicurare lo svolgimento dei compiti assegnati al Comitato regionale.

#### ART. 13 - Responsabilità" convenzionali e violazioni collegio arbitrale

1. I pediatri di libera scelta sono tenuti all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente Accordo e dagli accordi regionali e aziendali.

Non possono essere oggetto di contestazione a carico del medico le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi o inadempienze di altri operatori dell'Azienda.

2. Le violazioni danno luogo, secondo la gravità' dell'infrazione, all'applicazione delle seguenti sanzioni:

a) richiamo verbale, per lievi infrazioni comprese quelle occasionati relative alle norme sulla prescrizione e sulla proposta;

b) richiamo con diffida per la ripetizione di lievi infrazioni e per infrazioni di una certa gravità';

c) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di sei mesi per infrazioni di media gravità' o per reiterate (oltre la seconda) applicazioni della sanzione di cui alla precedente lettera b);

d) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 6 giorni e non superiore a sei mesi, in particolare per:

- gravi infrazioni anche finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali;

- omessa o infedele comunicazione di circostanze comportanti incompatibilità', limitazioni di massimale o benefici economici;

- recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;

e) revoca per infrazioni particolarmente gravi compresa quella di cui all'art. 6, comma 2, o per recidiva di infrazioni che hanno già' portato alla sospensione del rapporto.

3. L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al medico, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza, e lo sente a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore. La convocazione per la difesa non può' avvenire prima che siano trascorsi 15 giorni dall'invio della contestazione scritta dell'addebito.

4. Il Direttore generale, valutate le controdeduzioni addotte dal medico in sede di difesa, procede, entro 30 giorni, all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione. Il provvedimento e' notificato all'interessato entro 15 giorni dalla sua assunzione.

Qualora siano trascorsi inutilmente i 15 giorni dalla convocazione per la difesa o entro tale termine non sia stata ricevuta alcuna controdeduzione, il Direttore generale da' corso alla irrogazione della sanzione e alla sua notifica all'interessato entro 10 giorni.

5. Il medico, ricevuta la notifica della sanzione, puo' impugnarla nei confronti del Direttore generale della Azienda entro 30 giorni dal ricevimento, anche a mezzo di procuratore, chiedendo che la controversia sia sottoposta al giudizio del collegio arbitrale.

6. Il collegio e' composto da tre arbitri:

- uno, con funzioni di Presidente, individuato nel Presidente dell'Ordine dei Medici della provincia capoluogo di Regione o suo delegato. Nel caso in cui il medico, sottoposto a procedimento, sia iscritto all'Ordine con sede nel capoluogo di Regione il Presidente designato delega, con atto formale, un Presidente dell'Ordine dei Medici di altra Provincia della Regione;

- uno, nominato dal medico;

- uno, nominato dal Direttore generale della azienda.

- Le funzioni di segretario sono svolte da un funzionario dell'azienda sanitaria locale di riferimento.

7. Ricevuta l'impugnazione con la richiesta di devolvere al collegio arbitrale la decisione sulla controversia, il Direttore generale della azienda entro 10 giorni:

- sospende l'applicazione della sanzione;

- individua il membro di nomina aziendale ed acquisisce l'atto di accettazione dell'incarico;

- richiede al Presidente dell'Ordine del capoluogo di Regione il nominativo del Presidente del collegio.

Il Presidente dell'ordine deve rispondere entro 10 giorni.

Ricevuta la comunicazione del nominativo del presidente, il Direttore generale dell'azienda costituisce, entro 10 giorni, il collegio arbitrale, dispone la notifica della deliberazione ai membri del collegio e al medico interessato e la trasmissione di tutti gli atti riguardanti il caso al presidente. Questi convoca entro 8 giorni dal ricevimento della notifica, con allegati gli atti, il collegio arbitrale.

Le parti hanno diritto di:

- essere ascoltate dal Collegio arbitrale;

- presentare al collegio ulteriori documenti e memorie inerenti il caso.

8. Il Collegio, udite le parti se ne hanno fatta richiesta, e acquisita l'eventuale documentazione dalle stesse prodotta, emette il lodo entro 7 giorni dalla seduta e ne dà comunicazione a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento alle parti interessate.

9. L'Azienda, ricevuto il lodo del Collegio, si conforma allo stesso con provvedimento del Direttore Generale.

10. I termini previsti dal presente articolo sono perentori.

11. L'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione compreso l'eventuale lodo, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del medico, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato.

12. In caso di sospensione del rapporto ai sensi del comma 2, lett.

d), l'Azienda nomina il sostituto. I compensi vengono corrisposti, fin dal primo giorno, al sostituto, fatta salva la corresponsione al medico sostituito secondo quanto, disposto dall'allegato F).

13. Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari trascorsi due anni dalla loro irrogazione. Le violazioni e le infrazioni si prescrivono dopo 5 anni dalla loro commissione.

14. Per quanto non previsto dal presente articolo si rimanda alle norme del Codice Civile.

#### Art. 14 - Osservatorio consultivo permanente

1. Con Decreto del Ministro della Sanità e' istituito, entro tre mesi dalla data di pubblicazione del presente Accordo sulla Gazzetta Ufficiale, nell'ambito del Servizio rapporti convenzionali con il S.S.N., un Osservatorio consultivo permanente che ha il compito di:

- rilevare ed esaminare le eventuali questioni interpretative ed applicative derivanti dall'applicazione dell'Accordo nazionale e degli Accordi Regionali, anche attraverso il monitoraggio delle deliberazioni dei Comitati Consultivi Regionali;

- analizzare il rapporto di conformità degli accordi regionali con quello nazionale;

- monitorare raccordandosi, ove necessario, con le strutture organizzative del Ministero della Sanità e con l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, i risultati raggiunti dagli Accordi regionali per favorirne l'attuazione su tutto il territorio nazionale ai fini di migliorare l'assetto funzionale della pediatria di libera scelta, nonché le problematiche relative alla formazione;

- curare la fornitura dei dati nazionali richiesti dalle commissioni professionali regionali e di Azienda;

- promuovere e supportare con il coinvolgimento dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, l'avvio delle trattative e la relativa conclusione, degli Accordi decentrati regionali previsti dal presente Accordo.

2. L'Osservatorio esamina altresì i problemi scaturenti da provvedimenti legislativi e da pronunce della magistratura che incidano direttamente nella disciplina dei rapporti convenzionali quale risulta dall'Accordo.

3. L'Osservatorio ha sede presso il Ministero della Sanita' Servizio per i rapporti convenzionali con il SSN - ed e' composto:

- dal Dirigente Generale del Servizio rapporti convenzionali con il SSN con funzioni di Presidente, o da un suo delegato;

- da 4 membri designati dagli Assessori regionali alla Sanita' componenti la delegazione di parte pubblica, dei quali uno e' il capo della delegazione regionale trattante la stipula della convenzione o suo delegato;

- da 5 rappresentanti dei pediatri di libera scelta, indicati dai sindacati maggiormente rappresentativi individuati sulla base della rappresentativita' di cui al comma 2 dell'art. 10, con criterio di proporzionalita' tra essi.

4. Le funzioni di segretario dell'Osservatorio sono svolte da un funzionario amministrativo ministeriale.

5. L'Osservatorio si riunisce di norma all'inizio di ogni trimestre su convocazione del Presidente o a seguito di richiesta motivata inoltrata da una delle parti firmatarie dell'Accordo.

6. Di ogni riunione sara' redatto apposito verbale che verra' trasmesso ad ogni buon fine a tutte le parti firmatarie ed a tutte le Regioni e Province Autonome per gli eventuali incumbenti di rispettiva competenza.

7. La partecipazione alle riunioni dei Componenti l'Osservatorio non comporta oneri economici ad alcun titolo a carico del Ministero della Sanita'.

8. Ai lavori possono essere invitati esperti o altri rappresentanti delle parti firmatarie in relazione agli argomenti trattati.

9. Le Regioni inviano all'Osservatorio copia degli accordi regionali stipulati nelle materie di cui al presente Accordo.

10. Ai pediatri di libera scelta che partecipano alle riunioni dell'Osservatorio Consultivo Permanente e' riconosciuto il rimborso di cui al comma 1 dell'articolo 9 del presente Accordo e con le modalita' dallo stesso previste.

Art. 14 bis - Programmazione e monitoraggio delle attivita'

1. Ai sensi dell'art. 3-quater, comma 2, del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni, nell'ambito delle risorse assegnate al distretto per il perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento, e in virtu' della autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria, con contabilita' separata all'interno del bilancio della Azienda, il "Programma delle attivita' territoriali" nel rispetto delle normative regionali, prevede:

a) le attivita' di Pediatria di famiglia previste dal decreto legislativo sopra richiamato all'art. 3 quinquies e dal piano sanitario nazionale, approvato con il D.P.R. del 23/7/98 ed il relativo finanziamento sulla base della quota capitaria di finanziamento erogata alla Azienda dalla Regione;

b) altre attività territoriali pertinenti la pediatria di famiglia e attività intersettoriali, cui partecipa la pediatria di famiglia, definite dagli Accordi Regionali ed Aziendali, con la indicazione dello specifico finanziamento.

2. Le attività territoriali riguardanti la pediatria di famiglia di cui alla lettera b) del comma 1, sono in particolare :

- a) attività di formazione, informazione e revisione fra pari dei pediatri di famiglia;
- b) prestazioni aggiuntive dei pediatri di famiglia, comprese quelle informatiche di ricerca epidemiologica, statistica, di calcolo di spesa;
- c) servizi di supporto alla attività dei pediatri di famiglia, di tipo strutturale, strumentale e di personale;
- d) potenziamento delle attività distrettuali di assistenza domiciliare di cui al presente Accordo;
- e) progetti obiettivo nazionali, regionali ed aziendali;
- f) progetti a livello di spesa programmata;
- g) sviluppo delle forme associative nelle condizioni di oggettiva difficoltà socio-geografica;
- h) sviluppo e potenziamento degli standard informatici dei pediatri di famiglia;
- i) produzione di linee guida e protocolli per percorsi diagnostici ed assistenziali;
- j) conferenze di consenso nell'ambito del Distretto;
- k) sviluppo di attività integrate ospedale-territorio;
- l) sviluppo di servizi assistenziali carenti nel distretto.

3. Il finanziamento delle attività indicate al comma 2 e' assicurato dalla Azienda, sulla base di linee di indirizzo definite a livello regionale, utilizzando:

- a) appositi stanziamenti, anche relativi a finanziamenti per la pediatria di famiglia non utilizzati negli esercizi precedenti, finalizzati all'attuazione di specifici progetti o programmi individuati dagli accordi regionali ed aziendali;
- b) stanziamenti conseguenti alla razionalizzazione della spesa diretta o indotta dai pediatri di famiglia;
- c) finanziamenti ricevuti da soggetti non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e finalizzati a specifici progetti concernenti la pediatria di famiglia;
- d) attribuzione della quota capitaria relativa ai cittadini residenti che non hanno effettuato la scelta del pediatra nella Azienda stessa o in altra Azienda.

4. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, pur nel rispetto dei principi di unitarietà e di del "Programma delle attività territoriali", il Direttore del Distretto, unitamente ai propri

collaboratori e' coadiuvato, per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma stesso concernenti la pediatria di famiglia, da un pediatra di famiglia membro di diritto dell'Ufficio di Coordinamento delle attivita' distrettuali sulla base delle disposizioni regionali in materia e da un rappresentante dei pediatri di famiglia, eletti tra quelli operanti nel distretto.

5. In particolare sono oggetto del monitoraggio:

- a) l'andamento, per la parte concernente la pediatria di famiglia e indicata ai commi 2 e 3, dell'attuazione del "Programma delle attivita' territoriali relativamente agli interventi assistenziali rivolti all'infanzia, all'adolescenza e alle famiglie dei minori e della gestione delle relative risorse;
- b) l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra pediatria di famiglia e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note della Commissione Ufficiale del Farmaco (CUF), anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti anomali.

6. I soggetti di cui al comma 4 assumono iniziative per la promozione di momenti di verifica e revisione di qualita', di conferenze di consenso e per l'applicazione nel distretto dei programmi di attivita' finalizzata al rispetto dei livelli di spesa programmati, come concordati ai sensi dell'art. 50, 7. Le Aziende assicurano la predisposizione di appropriati ed effettivi strumenti di informazione per garantire trasparenza all'attuazione di quanto previsto dal presente articolo.

#### ART. 14 ter - Equipes territoriali

1. In attesa che le Regioni disciplinino il distretto e la sua organizzazione secondo le prescrizioni ed i principi degli articoli 3-quater e 3-quinquies del D.L.vo n. 502/92, come successivamente modificato, le Regioni stesse e le Aziende possono prevedere in via sperimentale la istituzione di e'quipe territoriali, finalizzate alla realizzazione di forme di integrazione professionale idonee a collegare l'attivita' dei singoli operatori tra loro e con gli obiettivi ed i programmi distrettuali, secondo gli indirizzi dei successivi commi.

2. Come previsto dall'art. 3 quater del D.l.vo 502/92, come successivamente modificato, in sede distrettuale viene predisposto "Il programma delle attivita' territoriali" collegate agli obiettivi di salute individuati dalla programmazione nazionale e regionale al fine di garantire le attivita' di cui al comma 2, lettera c, dell'art. 3 quinquies del D.l.vo citato. Il programma delle attivita' distrettuali si caratterizza per l'intersettorialita' degli interventi cui concorrono le diverse figure professionali, le strutture operative distrettuali e i pediatri di famiglia che sono coinvolti nel progetto.

Al fine di assicurare l'intersettorialita' e l'integrazione degli interventi socio-sanitari nell'ambito territoriale di riferimento, della e'quipe territoriale fanno parte le figure professionali ivi operanti deputate a garantire, ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo gia' citato:

- a) l'assistenza primaria di pediatria;
- b) l'assistenza primaria di medicina generale, compresa la continuita' assistenziale;
- c) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- d) la medicina dei servizi.

All'interno dell'e'quipe distrettuale concorrono con la pediatria di famiglia all'elaborazione e alla realizzazione del "Programma delle attivita' territoriali" per gli aspetti assistenziali rivolti all'infanzia, all'adolescenza e alle famiglie dei minori, le figure professionali che svolgono la loro attivita' nel campo dell'assistenza pediatrica ("area pediatrica distrettuale").

3. L'ambito distrettuale di riferimento della e'quipe territoriale, intesa come organismo operativo, viene individuato dal Direttore di distretto e dagli operatori interessati e rappresenta l'ambito territoriale di operativita' della stessa per lo svolgimento delle attivita' e l'erogazione delle prestazioni previste dal "Programma delle attivita' territoriali", che comprende oltre ai livelli obbligatori di assistenza anche quanto di pertinenza distrettuale indicato da specifici progetti nazionali, regionali ed aziendali.

Assume particolare rilevanza l'integrazione funzionale tra attivita' distrettuale e attivita' dipartimentali afferenti l'area Materno-Infantile.

4. L'e'quipe territoriale e':

a) strumento attuativo della programmazione sanitaria;

b) momento organizzativo della pediatria di famiglia e delle altre discipline presenti nel distretto per la erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale compresi quelli rivolti all'infanzia e all'adolescenza.

4. In ambito pediatrico l'intervento coordinato ed integrato della e'quipe territoriale assume particolare rilievo nel coinvolgimento sia nelle attivita' dirette alla:

a) tutela della salute dell'infanzia, della madre e della famiglia;

b) tutela del bambino affetto da patologia cronica e/o malformazioni;

e) tutela del bambino con disabilita' fisica e/o psicomotoria;

f) infezioni da HIV e patologie in fase terminale;

sia nelle prestazioni socio-sanitarie quali quelle per la:

a) tutela del bambino con disagio socio familiare e adolescenziale (bambino negletto, battuto, abusato, dipendenza da droga, alcool e farmaci, ecc.);

b) tutela del bambino immigrato.

5. L'attivita' interdisciplinare ed integrata dell'e'quipe territoriale si realizza attraverso la predisposizione di un piano di attivita' concordato con gli operatori dell'area pediatrica distrettuale che risponda ai seguenti requisiti :

a) sia finalizzato ad assicurare 1 svolgimento delle attivita' e l'erogazione delle prestazioni previste dalla programmazione sanitaria, quali livelli essenziali ed appropriati di assistenza, e da specifici programmi e progetti assistenziali sperimentali concordati a livello regionale e/o aziendale.



- b) sia proposto dal Direttore del distretto o dagli operatori dell'area pediatrica distrettuale interessati;
- c) sia concordato tra gli operatori dell'area pediatrica distrettuale interessati e tra questi e il Direttore del distretto;
- d) indichi i soggetti partecipanti, le attività o le prestazioni di rispettiva competenza, i tempi e i luoghi di esecuzione delle stesse;
- e) la possibilità di operare modifiche concordate durante la sua esecuzione, i tempi delle verifiche periodiche su eventuali problemi operativi, sui tempi di attuazione e sui risultati conseguiti;
- f) operi in sinergia con il Dipartimento Materno-Infantile o con analoghe strutture dipartimentali intra od extra distrettuali dell'area pediatrica.

#### ART. 14 Quater - Appropriatezza e uso risorse

1. Il pediatra di libera scelta concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:

- a) assicurare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza ed in attesa della definizione di linee guida consensuali, come previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000;
- b) perseguire la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili;
- c) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatezza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

2. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del pediatra di libera scelta si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza.

3. Nell'applicazione delle norme di cui all'art. 1, comma 4, del decreto legge 20 giugno 1996, n.323, convertito con modificazioni nella legge 8 agosto 1996, n.425, il quale ha stabilito tra l'altro per le prescrizioni farmaceutiche l'obbligo da parte di tutti i medici del rispetto delle condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco, la segnalazione di eventuali infrazioni all'Ordine professionale di iscrizione e al Ministero della sanità, nonché l'obbligo per il medico di rimborsare il farmaco indebitamente prescritto, si osservano le procedure ed i principi di cui ai successivi commi.

4. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del pediatra di libera scelta ritenuti non conformi alle norme sopra evidenziate, sottopongono il caso al Direttore del distretto, al pediatra membro di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, ad altri due pediatri, individuati secondo modalità stabilite dalle Regioni, al responsabile del servizio farmaceutico, o suo delegato, e ad un medico individuato dal Direttore sanitario della Azienda.

5. 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 medico 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 medico interessato, è comunicato al Direttore generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al medico interessato.

6. 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 CUF, o di altra legittima norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota CUF o di altra legittima norma.

ART. 14 Quinquies - Struttura del compenso

1. - Ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera d), del D.L.vo 502/92 come successivamente modificato, la struttura del compenso del pediatra di libera scelta si articola:

a. quota fissa oraria - in relazione a quanto previsto dal presente Accordo - o capitaria per ciascun soggetto iscritto nella lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite dal presente Accordo;

b. una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f) dell'art. 8, comma 1 del decreto legislativo sopra richiamato;

c. una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste nel presente Accordo e negli accordi regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f) succitata.

2. Le modalità di corresponsione dei compensi di cui ai precedenti commi sono stabilite, nel rispetto dei principi generati di cui al presente articolo, dal successivo art. 41 per quanto di competenza, dagli accordi regionali ed aziendali.

ART. 15 - Esercizio del diritto di sciopero prestazioni indispensabili e loro modalità di erogazione.

1. Nel campo dell'assistenza di pediatria di libera scelta sono considerate prestazioni indispensabili ai sensi della legge n.146/1990, art.2, comma 2, e fatte salve diverse e successive disposizioni legislative, le visite urgenti, ivi comprese le visite domiciliari, e l'assistenza programmata ai malati terminali.

2. Le prestazioni di cui al comma 1, in caso di sciopero della categoria dei pediatri di libera scelta, continuano ad essere erogate con le procedure e secondo le modalità di cui al successivo comma 7.

3. Il diritto di sciopero dei pediatri di libera scelta e' esercitato con un preavviso minimo di 15 giorni. I soggetti che promuovono lo sciopero, contestualmente al preavviso, indicano anche la durata dell'astensione dal lavoro.

4. I pediatri di libera scelta che si astengono dal lavoro in violazione delle norme del presente articolo commettono violazione da valutare ai sensi dell'art. 13.

5. Le OO.SS. si impegnano a non effettuare le azioni di sciopero:

- nel mese di agosto;

- nei cinque giorni che precedono e nei cinque giorni che seguono ogni tipo di consultazione elettorale e/o referendarie;

- nei giorni dal 23 dicembre al 9 gennaio compresi;

- nei giorni dal giovedi' antecedente la Pasqua al martedi' successivo.

6. In casi di avvenimenti eccezionali di particolare gravita' o di calamita' naturali gli scioperi dichiarati si, intendono immediatamente sospesi.

7. Gli accordi regionali definiscono le modalita' e l'entita' dei compensi da corrispondere ai pediatri che garantiscano le prestazioni indispensabili.

#### ART.16 - Durata dell'accordo

1. Il presente Accordo ha durata triennale e scade il 31 dicembre 2000.

11. In caso di modifiche 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, fatti salvo il rispetto del massimale e il diritto di scelta degli assistiti.

12. Ai fini della determinazione dei pediatri iscrivibili nell'elenco, l'Azienda scorpora dalla popolazione di riferimento per la determinazione del rapporto ottimale (come definita al precedente comma 9) tutti quei cittadini che, alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, pur essendo anagraficamente residenti nell'ambito territoriale, abbiano effettuato la scelta del pediatra in altro ambito territoriale nell'Azienda stessa. Tali assistiti vengono conteggiati per il rapporto ottimale nell'ambito territoriale in cui hanno esercitato il diritto di scelta.

13. Ai fini del corretto calcolo del rapporto ottimale e delle incidenze sullo stesso delle limitazioni si fa riferimento alle situazioni esistenti al 31 dicembre dell'anno precedente.

14. Nell'ambito degli accordi regionali stipulati con le OO.SS.

maggiormente rappresentative a livello regionale, possono essere individuate specifiche e peculiari modalita' di determinazione degli ambiti da definirsi e dichiararsi carenti, anche sulla base del numero medio di assistiti in carico ai pediatri gia' inseriti e della effettiva capacita' ricettiva del relativo ambito territoriale e previo parere del Comitato aziendale.

#### ART. 17 - Rapporto ottimale

1. La libera scelta del pediatra avviene, ai sensi dell'art. 19, comma 2, della legge n.833/78, così come anche previsto dall'art. 8, comma 1, D.l.vo 229/99, nei limiti oggettivi dell'organizzazione sanitaria.
2. Agli effetti del precedente comma l'assistenza primaria pediatrica è organizzata in via prioritaria per ambiti comunali, ai sensi dell'art. 25 della legge n. 833/78.
3. Le Regioni, sulla base delle indicazioni del piano sanitario o di altre determinazioni regionali, possono articolare gli ambiti di scelta per distretti, comuni o gruppi di comuni.
4. Ciascuna Azienda, cura la tenuta degli elenchi dei pediatri convenzionati per l'erogazione dell'assistenza primaria.
5. In ogni ambito deve essere garantito di norma l'inserimento di almeno due pediatri.
6. Il pediatra operante in un comune comprendente più Aziende, fermo restando che deve essere iscritto nell'elenco di una sola Azienda che ne gestisce la posizione amministrativa, può acquisire scelte su tutto il territorio comunale.
7. Per ciascun comune o altro ambito, definito ai sensi del comma 3, deve essere iscritto un pediatra per ogni 600 residenti, o frazione superiore a 300, di età compresa tra 0 e 6 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente tenendo anche conto dei cittadini residenti che hanno effettuato la scelta a favore di pediatri iscritti al di fuori dell'ambito. Le Regioni possono definire, nell'ambito degli accordi regionali da stipularsi entro 60 giorni dalla data di prima convocazione delle OO.SS., una disciplina diversa che consenta la piena attuazione del diritto all'assistenza pediatrica e la libera scelta dell'assistito nell'elenco dei pediatri, prevedendo l'inserimento graduale di nuovi pediatri convenzionati sul territorio.
8. Qualora l'Accordo di cui al comma precedente non venga raggiunto entro il suddetto termine, per obiettive difficoltà, le Regioni provvedono a disciplinare l'inserimento comunque graduale di nuovi pediatri convenzionati previo confronto con le OO.SS. maggiormente rappresentative a livello regionale.
9. Per l'applicazione delle norme in materia di rapporto ottimale si richiamano le istruzioni pratiche riportate nell'allegato C.
10. Fatte salve diverse determinazioni regionali da assumersi previo Accordo con le OO.SS. maggiormente rappresentative, in tutti i comuni dell'ambito di scelta e nelle zone con almeno 300 assistiti di età compresa tra 0 e 6 anni dichiarate carenti di assistenza deve esser comunque assicurato un congruo orario di assistenza ambulatoriale, ad opera prioritariamente del pediatra neo-inserito.

#### ART. 18 - Copertura delle zone carenti di assistenza primaria

1. Nei mesi di marzo e di settembre di ogni anno ciascuna Regione pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco delle zone carenti di pediatri convenzionati per l'assistenza primaria individuate nel corso del semestre precedente dalle singole Aziende sentito il Comitato ex art. 11, sulla base dei criteri di cui al precedente articolo.

2. In sede di pubblicazione delle zone carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del medico, l'Azienda indica il comune o la zona in cui deve essere assicurato un congruo orario di assistenza.

3. Possono concorrere al conferimento degli incarichi nelle zone carenti:

a) i pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta della regione che ha pubblicato gli ambiti territoriali carenti e quelli già inseriti in un elenco di pediatria di altra regione, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione peraltro che risultino iscritti, rispettivamente, da almeno due anni e da almeno 4 anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento una sola volta nel corso dell'anno solare.

b) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso.

4. I pediatri interessati, entro 30 giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano separate domande alle Aziende competenti.

5. Al fine del conferimento degli incarichi nelle località carenti i pediatri di cui alla lettera b) del comma 3 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art.2;

- attribuzione di 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 alla attribuzione dell'incarico;

- attribuzione di punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la scadenza di cui al precedente comma 4, salvo accordi regionali;

- nelle graduatorie per l'assegnazione delle zone carenti dovrà essere indicato, oltre al punteggio raggiunto dal singolo medico, anche la zona carente per la quale era stata inoltrata la domanda di assegnazione.

6. Le Regioni o i soggetti da questa individuati, mediante raccomandata AR, telegramma o altro mezzo ritenuto idoneo, interpellano prioritariamente i pediatri di cui alla lettera a) del comma 3 in base alla anzianità di iscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati per l'assistenza primaria; laddove risulti necessario, interpellano successivamente i pediatri di cui alla lettera b), dello stesso comma 3 in base all'ordine risultante dall'applicazione dei criteri di cui del comma 5.

7. La regione può adottare, sentito il Comitato ex art. 12, procedure tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento degli incarichi.

8. È cancellato dalla graduatoria regionale il pediatra che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 19, comma 1.

9. Il pediatra che, avendo concorso all'assegnazione di una zona carente avvalendosi della procedura di trasferimento, accetta l'incarico ai sensi dell'art.19, comma 1, decade dall'incarico detenuto nell'ambito, territoriale di provenienza. Le Regioni possono adottare procedure tese ad evitare disagi ai cittadini assistiti dal medico trasferito.

10. I titoli ed i requisiti di cui ai precedenti commi, per la partecipazione al conferimento delle zone carenti, devono essere posseduti all'atto della dovuta pubblicazione delle zone carenti stesse, così come previsto dal comma 5.

11. La Regione o soggetto incaricato che attribuisce l'incarico ai sensi del comma 3, lett. a) ad un pediatra proveniente da altra Regione, comunica alla Regione di provenienza l'avvenuto conferimento dell'incarico ai fini di quanto previsto dal successivo comma 12;

12. Il pediatra che avendo concorso all'assegnazione di un ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui al comma 3, lett. a), accetta l'incarico, decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.

#### ART. 19 - Instaurazione del rapporto convenzionale

1. La Regione, o il soggetto da questa individuato, espletate le formalità per l'accettazione dell'incarico, invia gli atti relativi all'Azienda interessata, la quale conferisce l'incarico a tempo indeterminato, condizionato al possesso dei requisiti di cui all'art.20, con provvedimento del Direttore Generale, che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, ricevimento che costituisce termine da cui decorrono gli effetti giuridici di cui al successivo comma 2. Il pediatra interpellato deve, a pena di decadenza, comunicare la sua accettazione entro il termine di sette giorni.

2. Entro i 90 giorni successivi al ricevimento della comunicazione di cui al precedente comma 1), il medico, sempre a pena di decadenza e fatto salvo quanto previsto al successivo comma 8, deve:

- aprire nell'ambito territoriale carente assegnatogli, tenuto conto delle eventuali prescrizioni di cui all'articolo 20, comma 2, uno studio professionale idoneo secondo le prescrizioni di cui all'art.20 e darne comunicazione alla Azienda, - fatta salva diversa determinazione regionale, richiedere il trasferimento della residenza o del domicilio nell'ambito assegnatogli, se risiede in altro Comune;

- iscriversi all'Albo Professionale della provincia in cui gravita l'ambito carente assegnatogli, se e' iscritto in altra provincia.

In tal caso e' sufficiente documentare la presentazione della domanda di trasferimento dall'Ordine di provenienza.

3. Fatta salva diversa determinazione regionale, nel corso del rapporto convenzionale il medico può essere autorizzato dalla Azienda a trasferire, per gravi ed obiettivi motivi, la residenza in altro comune rispetto a quello di iscrizione, in un ambito territoriale di contiguità, previo parere favorevole del Comitato di cui all'art. 11 del presente Accordo e purché tale trasferimento non comporti alcun disservizio nell'erogazione dell'assistenza.

4. Le Aziende avuto riguardo a eventuali difficoltà collegate a particolari situazioni locali, possono consentire temporanee proroghe al termine di cui al comma 2, entro il limite massimo di ulteriori 60 giorni.

5. Entro 15 giorni dalla comunicazione dell'avvenuta apertura dello studio l'Azienda procede con proprio personale sanitario alla verifica dell'idoneità dello stesso in rapporto ai requisiti minimi di cui all'art. 20 e ne notifica i risultati al medico interessato assegnandogli, se del caso, un termine non superiore a 60 giorni per adeguare lo studio alle suddette prescrizioni. Trascorso tale termine inutilmente il medico decade dal diritto al conferimento dell'incarico.

6. L'incarico si intende definitivamente conferito con la comunicazione della Azienda attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine dei 15 giorni di cui al comma 5, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità.

E'fatta comunque salva la facoltà delle Aziende di far luogo in ogni tempo alla verifica della idoneità dello studio.

7. Il pediatra al quale sia conferito l'incarico ai sensi del presente articolo viene iscritto nell'elenco riferito alla zona carente.

8. Al fine di favorire l'inserimento di pediatri nelle località carenti, con particolare riguardo a quelle disagiate, la Azienda può, su richiesta del medico, consentire l'utilizzazione di un ambulatorio pubblico eventualmente disponibile.

9. Al medico e' fatto divieto di esercitare l'attività convenzionata ai sensi del presente Accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale di inserimento, escluso il caso di cui all'art. 17, comma 10.

10. Nei casi di trasferimento dello studio medico nello stesso ambito di scelta, si applicano le procedure e le modalità di cui al precedente comma 5.

#### ART. 20 Requisiti e, apertura degli studi medici

Lo studio del pediatra di famiglia e' considerato presidio del SSN e concorre, quale bene strumentale e professionale del pediatra al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziale convenzionate e non convenzionate retribuite. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria, ciascun medico deve avere la disponibilità di almeno uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio del pediatra di famiglia e' uno studio professionale privato che, destinato in parte allo svolgimento di un pubblico servizio, deve possedere i requisiti previsti dai seguenti commi:

1. Ai fini dell'instaurazione e del mantenimento del rapporto convenzionale di assistenza primaria, ciascun medico deve avere la disponibilità di uno studio professionale nel quale esercitare l'attività convenzionata. Lo studio deve possedere i requisiti previsti dai commi seguenti.

2. Lo studio del pediatra convenzionato deve essere dotato degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio della pediatria, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione idonea ivi compresi idonei strumenti di ricezione delle chiamate e deve comunque essere in regola con le norme nazionali e regionali in materia di igiene e di sicurezza sul lavoro fatte salve le autorizzazioni già concesse.

3. Detti ambienti possono essere adibiti o esclusivamente ad uso di studio medico o anche essere inseriti in un appartamento di civile abitazione.

4. Se lo studio e' ubicato presso strutture adibite ad attivita' sanitarie accreditate o non mediche, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione tra le due strutture.

5. Lo studio professionale dei pediatri iscritti negli elenchi, salvo quanto previsto in materia di continuita' assistenziale, deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana secondo un congruo orario determinato autonomamente dal sanitario in relazione alla necessita' degli assistibili iscritti nel suo elenco ed alla esigenza di assicurare una prestazione medica corretta ed efficace e comunque in maniera tale che sia assicurato il migliore funzionamento dell'assistenza.

6. Il suddetto orario con il nominativo del medico, da comunicare alla Azienda, deve essere esposto all'ingresso dello studio medico;

eventuali variazioni al rapporto sopra indicato devono essere adeguatamente motivate ed immediatamente comunicate alla Azienda.

7. Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.

8. La chiusura di un ambulatorio gia' operante nell'ambito puo' avvenire solo previa autorizzazione dell'Azienda.

9. L'apertura di un eventuale secondo studio in un comune diverso da quello di iscrizione, purché nello stesso ambito territoriale di scelta, puo' essere autorizzato dalla Azienda, sentito il parere del Comitato ex art. 11, solo in presenza di obiettive ed effettive esigenze assistenziali e nel rispetto del comma 5 del presente articolo per quanto riguarda l'apertura del primo studio. L'Azienda deve dare risposta all'eventuale richiesta entro 60 giorni. Trascorso tale termine senza che l'ASL motivi l'eventuale parere negativo, la richiesta si intende accettata.

#### ART. 21 - Sostituzioni

1. Il pediatra titolare di scelte che si trovi nell'impossibilita' di prestare la propria opera, fermo restando l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio, deve comunicare alla competente Azienda entro il quarto giorno dall'inizio della sostituzione, il nominativo del collega che lo sostituisce quando la sostituzione si protragga per piu' di tre giorni consecutivi.

2. Le Aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito che provvede a trasferire al collega le competenze dovute sulla base dei parametri di cui all'allegato F; dal 31<sup>o</sup> giorno corrispondono i compensi direttamente al medico che effettua la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione negli elenchi dei convenzionati di cui all'art. 2 del presente Accordo.

3. Oltre il 30<sup>o</sup> giorno consecutivo di sostituzione il sostituto e' pagato in funzione della sua fascia di anzianita' di specializzazione.

4. Qualora la sostituzione, per particolari situazioni in cui non possa essere effettuata da medico pediatra, sia svolta da un medico sprovvisto di specializzazione, i compensi allo stesso sono corrisposti secondo il trattamento economico previsto per la medicina generale.

5. Il medico che non riesca ad assicurare la propria sostituzione, deve tempestivamente informare la Azienda, la quale provvede a designare il sostituto tra i pediatri inseriti nella graduatoria di cui



all'art. 2, e secondo l'ordine della stessa, interpellando prioritariamente i pediatri residenti nell'ambito di iscrizione del medico sostituito.

6. Non e' consentito al sostituto durante la sostituzione acquisire scelte del medico sostituito.

7. Tranne che per i motivi di cui all'art. 5, comma 1, 2 e 3 del presente Accordo e per mandato parlamentare o equiparato, amministrativo, ordinistico, sindacate, per sostituzione superiore a sei mesi nell'anno, anche non continuativi, l'Azienda, sentito il Comitato di cui all'art. 11 si esprime sulla prosecuzione della sostituzione stessa ed esamina il caso ai fini anche dell'eventuale risoluzione del rapporto.

8. Quando il medico sostituito, per qualsiasi motivo, sia nella impossibilita' di percepire i compensi che gli spettano in relazione al periodo di sostituzione, le Aziende possono liquidare tali competenze direttamente al medico che ha effettuato la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati.

9. Le scelte del sanitario colpito dal provvedimento di sospensione restano in carico al medico sospeso, salvo che i singoli aventi diritto avanzino richiesta di variazione del medico di fiducia, variazione che in ogni caso, non può essere fatta in favore del medico incaricato della sostituzione, per tutta la durata della stessa.

10. L'attivit  di sostituzione, a qualsiasi titolo svolta, non comporta l'iscrizione del medico nell'elenco, anche se determina l'assunzione di tutti gli obblighi professionali previsti dal presente Accordo e dagli accordi regionali e aziendali.

11. In caso di decesso del pediatra convenzionato, l'Azienda provvede alla nomina del sostituto. Qualora il medico deceduto avesse gi  nominato un suo sostituto, lo stesso puo' proseguire l'attivit  nei confronti degli assistiti gi  in carico al medico deceduto fino all'eventuale copertura della zona carente o comunque per un periodo non superiore ai sessanta giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.

#### ART.22 - Incarichi provvisori

1. Qualora in un ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di pediatri in grado di acquisire le scelte disponibili, la Azienda puo' conferire ad un medico iscritto nella graduatoria regionale vigente, con priorit  ai residenti nell'ambito della Azienda USL, un incarico temporaneo, fino ad un massimo di 180 gg. Tale incarico cessa nel momento in cui viene individuato, il medico avente diritto all'inserimento. Al medico di cui al presente comma sono corrisposti, per gli utenti che viene incaricato di assistere, i compensi della sua fascia di anzianit .

2. Al pediatra incaricato possono essere attribuite nuove scelte di minori, limitatamente alla durata dell'incarico.

#### ART. 23 - Massimale di scelte e sue limitazioni

1. I pediatri iscritti negli elenchi possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 800 unit . Tale limite puo' essere superato in conseguenza delle deroghe di cui ai successivi commi 7 e 9, comunque in misura non superiore a 880 unit .

2. I pediatri i quali, non soggetti a limitazioni del massimale, avevano acquisito la possibilit  del raggiungimento della quota individuale ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 13

agosto 1981 o quelli già titolari di massimale attribuito ai sensi della Convenzione Nazionale Unica del 7 gennaio 1978, stipulata ai sensi dell'art. 9 della legge n. 349/1978, conservano in deroga al massimale tale possibilità personale nel limite massimo di 1000 scelte. La quota individuale di cui sopra viene meno nelle ipotesi in cui il pediatra, svolga attività compatibili. L'eventuale cessazione di tale attività non dà titolo al ripristino della quota individuale.

3. Le Aziende possono autorizzare i pediatri ad autolimitare il proprio massimale fino ad un valore minimo pari a 600 scelte. I pediatri interessati devono presentare apposita richiesta all'Azienda prevedendo un periodo minimo di 12 mesi tra la data di presentazione e l'inizio dell'autolimitazione.

4. I pediatri autolimitati che alla data di entrata in vigore del presente Accordo abbiano un massimale di scelte inferiore a 600 devono entro 90 gg., riportarlo al suddetto valore.

Fatta salva diversa valutazione dell'Azienda, il massimale derivante da autolimitazione non è modificabile prima di due anni dalla data di decorrenza dell'autolimitazione.

5. Lo svolgimento di altre attività, anche libero-professionali, compatibili con l'iscrizione negli elenchi, non deve comportare pregiudizio al corretto e puntuale assolvimento degli obblighi del medico, a livello ambulatoriale e domiciliare, nei confronti degli assistiti che lo hanno prescelto.

6. Ai pediatri che fruiscono della norma di cui all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella legge n. 423/93, è consentita la reinscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale, di provenienza (ambito nel quale essi erano convenzionati al momento dell'esercizio dell'opzione di cui all'art. 4, comma 7, della legge n. 412/91), alle condizioni e nei limiti previsti dalla organizzazione sanitaria, così come disposto dal precedente articolo 17.

7. Tenuto conto della peculiarità della normativa convenzionale ed in particolare a favore dei neonati ai sensi del comma 4 dell'art.27, è consentita l'attribuzione di scelte riferite a neonati anche in deroga al massimale individuale.

8. La scelta relativa agli appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica può essere effettuata in favore dello stesso pediatra, anche in deroga al massimale individuale.

9. Le scelte temporanee relative ad assistiti extra-comunitari possono essere riattribuite, alla scadenza, allo stesso pediatra anche in deroga al massimale individuale.

10. In ogni caso, tenuto conto dei particolari problemi relativi all'assistenza pediatrica, il pediatra che abbia raggiunto e superato il proprio massimale o quota individuale può acquisire nuove scelte con la riacquisizione contestuale di un pari numero di scelte da scegliere esclusivamente tra gli assistiti di età non inferiore a 13 anni.

11. Eventuali deroghe al massimale di cui al comma 1 potranno essere autorizzate, con riferimento a singoli pediatri in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dall'Azienda sentito il Comitato ex art. 11.

#### ART. 24 - Scelta del pediatra

1. La costituzione e lo svolgimento del rapporto con il pediatra sono fondati sull'elemento fiducia.

2. La scelta del pediatra di fiducia, da operarsi all'atto del rilascio del documento di iscrizione al Servizio Sanitario, deve avvenire tra i sanitari iscritti nell'elenco riferito all'ambito territoriale in cui e' compresa la residenza dell'avente diritto. La scelta va annotata sul documento personale di iscrizione dando specifica evidenza alla qualifica di pediatra.

3. L'Azienda, nei punti di scelta e revoca, per facilitare la scelta del medico da parte dei cittadini, espone un elenco nominativo dei pediatri che possono acquisire scelte indicando a fianco di ciascun nominativo:

- ubicazione dell'ambulatorio con i relativi orari e la parte di orario destinato alle visite su appuntamento;

- eventuale adesione alla pediatria di gruppo o a forme di associazionismo.

4. Il pediatra iscritto negli elenchi puo' acquisire e conservare scelte relative ad assistiti dalla nascita fino al compimento del quattordicesimo anno di eta'.

5. Le scelte riguardanti bambini di eta' fra 0 e 6 anni, devono essere effettuate, entro i limiti del massimale individuale, in favore dei pediatri iscritti negli elenchi di cui all'art. 18.

L'elenco si intende attivato con l'iscrizione del primo pediatra.

6. Nella ipotesi di ambito territoriale in cui insistano assistiti in eta' pediatrica in numero non sufficiente a determinare una zona carente le scelte possono essere attribuite a:

a) pediatri iscritti nell'elenco dello stesso ambito territoriale o, in subordine, in un ambito limitrofo con le procedure e modalita' di cui al comma 7 anche oltre il massimale;

b) nel caso di indisponibilita' dei pediatri o inadeguatezza dei rimedi di cui alla precedente lettera a) le scelte possono essere temporaneamente assegnate al medico iscritto negli elenchi della medicina generale.

7. Le scelte di cui al comma 6 vengono iscritte in separato elenco.

Qualora venga inserito un pediatra l'Azienda notifica ai rappresentanti legali dei bambini in eta' di esclusiva inseriti nell'elenco e al medico che li assiste, l'obbligo di effettuare la scelta in favore del pediatra disponibile, assegnando un termine non superiore a 30 giorni per la sua effettuazione. Da tale data le scelte in carico al medico decadono.

8. Con l'inserimento di un nuovo pediatra in un ambito carente non verranno piu' attribuite scelte al pediatra con deroga del massimale.

9. La Azienda, sentito il parere obbligatorio del Comitato di cui all'art. 11 e acquisita l'accettazione del medico di scelta, puo' consentire che la scelta sia effettuata in favore di un iscritto in un elenco diverso da quello proprio dell'ambito territoriale in cui l'assistito e' residente quando la scelta sia o diventi obbligata, oppure quando per ragioni di vicinanza o di migliore viabilita' la residenza dell'assistito graviti su un ambito limitrofo e tutte le volte che gravi ed obiettive circostanze ostacolano la normale erogazione dell'assistenza.

10. La scelta per i residenti ha validita' annuale, salva revoca nel corso dell'anno, ed e' tacitamente rinnovata.

11. Per i minori non residenti la scelta e' a tempo determinato da un minimo di tre mesi ad un massimo di un anno, con contemporanea cancellazione della scelta eventualmente gia' in carico al pediatra dell'Azienda USL di provenienza del minore. La scelta e' espressamente rinnovabile.

#### ART. 25 - Revoca e rikusazione della scelta

1. L'assistito che revoca la scelta ne da' comunicazione alla competente Azienda.

Contemporaneamente alla revoca l'assistito effettua una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.

2. Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito, puo' in ogni tempo rikusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda.

Tale revoca deve essere motivata da eccezionali ed accertati motivi di incompatibilita' ai sensi dell'art. 8, comma 1, lett. b), D.lgs 502/92 e successive modificazioni tra cui assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la rikusazione decorre dal 16<sup>a</sup> giorno successivo alla sua comunicazione.

Non e' consentita la rikusazione quando nel Comune non sia operante altro medico in condizione di acquisire le scelte, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilita' da accertarsi da parte dell'Azienda.

#### ART.26 - Revoche di Ufficio

1. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte dell'assistibile ha effetto dal giorno del decesso. L'Azienda U.S.L.

e' tenuta a comunicare la revoca al medico interessato entro un anno dall'evento fermo restando che gli effetti economici della revoca decorrono dalla data del decesso.

2. In caso di trasferimento di residenza l'Azienda presso la quale il cittadino ha effettuato la nuova scelta comunica tale circostanza all'Azienda di provenienza del cittadino stesso perche' provveda alla revoca con decorrenza dalla data della nuova scelta. Le Aziende USL, che aggiornano l'archivio assistibili utilizzando le informazioni anagrafiche dei Comuni, possono procedere, nei casi di trasferimento ad altre Aziende, alla revoca d'ufficio. In ambito regionale vengono definiti modi e tempi per la disciplina delle revoche d'ufficio nell'ambito della stessa azienda e tra aziende limitrofe.

3. Le cancellazioni per doppia iscrizione decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso medico. Se trattasi di pediatri diversi la cancellazione decorre dalla data della comunicazione al medico interessato. Tali comunicazioni sono eseguite contestualmente alle variazioni del mese di competenza.

4. La revoca della scelta da operarsi d'ufficio alla data del compimento del quattordicesimo anno di eta' e' comunicata in tempo utile, alla famiglia dell'assistito, che prima di tale data puo' richiedere il mantenimento della scelta a favore del pediatra, per particolari situazioni valutate dall'Azienda, sentito il Comitato ex art. 11, su richiesta del genitore e cio' fino e non oltre il 16<sup>a</sup> anno di eta'. Tali richieste sono soggette all'approvazione del pediatra interessato.

#### ART. 27 - Scelta, revoca, ricusazione: effetti economici

1. Ai fini della corresponsione dei compensi, la scelta, la revoca e la ricusazione decorrono dal primo giorno del mese in corso o di quello successivo, a seconda che intervengano nella prima o nella seconda meta' del mese.
2. Il rateo mensile e' frazionabile in ragione del numero dei giorni in cui e' composto il mese al quale il rateo stesso si riferisce quando le variazioni dipendono dal trasferimento del pediatra e da cancellazione o sospensione del pediatra dall'elenco.
3. La cessazione per sopraggiunti limiti di eta' da parte del medico produce effetti economici dal giorno di compimento dell'eta' prevista.
4. Per i nuovi nati gli effetti economici della prima scelta decorrono dal momento della prima prestazione erogata dal pediatra in regime convenzionale e da questa attestata mediante idonea dichiarazione da consegnare al competente ufficio al momento della effettuazione della prima scelta. In ogni caso la data della decorrenza degli effetti economici non puo' essere anteriore a 90 giorni antecedenti la scelta.

#### ART. 28 - Elenchi nominativi e variazioni mensili

1. Entro la fine di ciascun semestre le Aziende inviano ai pediatri l'elenco nominativo delle scelte in carico a ciascuno di essi.
2. Le Aziende, inoltre, comunicano mensilmente ai singoli pediatri le variazioni nominative e il riepilogo numerico relativo alle scelte e alle revoche avvenute durante il mese precedente.
3. Se possibile, i dati di cui ai commi 1 e 2 vengono forniti su supporto magnetico.

#### ART. 29 - Compiti del pediatra con compenso a quota fissa

1. I compiti del pediatra remunerati con la quota fissa, per assistito, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni, sono rivolti alla tutela globale del bambino.
2. L'attivita' del pediatra di famiglia viene espletata durante l'arco temporale non rientrante nella competenza dei servizi preposti alla continuita' assistenziale di cui all'art. 43, e comprende i seguenti compiti remunerati a quota fissa:
  - a) la presa in carico del neonato entro il primo mese di vita del bambino, con il supporto attivo delle unita' ospedaliere e distrettuali per una tempestiva scelta del pediatra, fatti salvi specifici progetti di dimissione precoce e/o protetta;
  - b) le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo, diagnostico e terapeutico di cui all'art. 31, ivi comprese le prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche;
  - c) il consulto con lo specialista, di cui all'art. 32, in sede ambulatoriale o domiciliare;
  - d) l'accesso presso gli ambienti di ricovero, ai sensi dell'art. 33, in fase di accettazione, di degenza o dimissione del proprio paziente, in quanto atti che attengono alla professionalita' del pediatra di fiducia;

e) le certificazioni ai fini della ammissione agli asili nido e della riammissione alla scuola materna, alla scuola dell'obbligo e alle scuole secondarie superiori, e ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;

f) La tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria pediatrica individuale ad uso esclusivo del pediatra, quale strumento tecnico professionale che, oltre a migliorare la continuita' assistenziale, consenta al pediatra di seguire la regolare crescita del bambino e di collaborare con l'Azienda ad eventuali indagini epidemiologiche e ricerche statistiche riguardanti la prima infanzia e l'eta' evolutiva e a quanto previsto dagli Accordi Regionali;

g) La certificazione di stato di buona salute per lo svolgimento di attivita' sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanita' del 28 febbraio 1983, art. 1 lettere a) e c) nell'ambito scolastico, a seguito di richiesta dell'autorita' scolastica competente (vedi all. H);

h) Richiesta di indagini specialistiche proposte di ricovero e di cure termali.

3. Sono inoltre compiti del pediatra di libera scelta:

a) l'adesione alla sperimentazione della e'quipe territoriale di cui all'art 14 ter la cui partecipazione e' regolata dagli accordi regionali o aziendali;

b) lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del SSN nonche' del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attivita' assistenziale, fatta salva la partecipazione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale, nei confronti delle famiglie dei minori anche attraverso la loro sensibilizzazione alle tematiche concernenti in particolare l'osservanza del comportamento e degli stili di vita con particolare riferimento all'educazione alimentare e all'attivita' motoria;

c) osservanza e rilevazioni di reazioni indesiderate post-vaccinali;

d) gli standard minimi di studio previsti dal presente Accordo;

e) un bilancio di salute entro l'eta' di esclusiva;

f) l'adesione ai programmi di attivita' e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalita' di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti del raggiungimento, o meno, degli obiettivi.

ART. 30 - Compiti del pediatra con compenso a quota variabile

1. Il pediatra, in attuazione all'art. 8 del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni, espletando una funzione globale nella tutela della salute durante l'eta' evolutiva, svolge - oltre ai compiti indicati dall'articolo precedente - compiti anch'essi finalizzati al soddisfacimento dei bisogni sanitari correlati ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza, remunerati con una quota aggiuntiva del compenso in funzione delle prestazioni ed attivita' rese e regolamentate a livello regionale.

I compiti di cui al presente articolo sono:

a) assistenza al bambino con patologia cronica da realizzarsi in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento, se necessario, con l'assistenza sociale,

secondo l'allegato E, e da effettuarsi sulla base di concordati programmi di assistenza, al domicilio del bambino;

b) l'eventuale esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate con le modalita' previste dall'allegato B;

c) assistenza programmata al domicilio dell'assistito (all. E);

d) assistenza programmata nelle strutture residenziali e nelle collettivita', sulla base degli accordi regionali previsti dall'art. 48;

e) le prestazioni aggiuntive di cui all'allegato B;

f) assistenza in zone disagiate, comprese le piccole isole sulla base delle intese regionali di cui all'art. 48 (vedasi anche l'allegato G);

g) visite occasionali secondo l'art. 39;

h) collaborazione informatica di cui all'art. 41, comma 4;

i) potenziamento dello studio con personale dipendente di cui all'art. 41, comma 6;

j) l'esecuzione di eventuali screening, sulla base di programmi regionali e aziendali;

k) partecipazione alle forme associative secondo la programmazione regionale.

#### ART. 31 - Visite ambulatoriali e domiciliari

1. L'attivita' medica viene prestata nello studio del pediatra o a domicilio del paziente.

2. La visita domiciliare, qualora ritenuta necessaria secondo la valutazione del pediatra, avuto riguardo alla non trasportabilita' dell'ammalato, deve essere eseguita di norma nel corso della stessa giornata, ove la richiesta pervenga entro le ore dieci; ove invece, la richiesta venga recepita dopo le ore dieci, la visita dovra' essere effettuata entro le ore dodici del giorno successivo.

3. L'attivita' ambulatoriale, da garantirsi comunque nell'arco dei cinque giorni settimanali, salvo i casi d'urgenza, viene di norma espletata attraverso un adeguato sistema di prenotazione.

4. A cura della Azienda tali norme sono portate a conoscenza degli assistibili.

5. Nelle giornate di sabato il medico non e' tenuto a svolgere attivita' ambulatoriale, ma esegue le visite richieste entro le ore 10.00 dello stesso giorno.

6. Nei giorni prefestivi valgono le stesse disposizioni previste per il sabato, con l'obbligo pero' di effettuare attivita' ambulatoriale per i pediatri che in quel giorno la svolgono ordinariamente al mattino.

7. La richiesta di prestazione urgente recepita deve essere soddisfatta entro il piu' breve tempo possibile.

#### ART. 32 - Consulto con lo specialista

1 . Il consulto puo' essere attivato dal pediatra di fiducia qualora lo ritenga utile per la salute del paziente.

2. Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal pediatra presso le strutture pubbliche o private accreditate presenti nell'ambito territoriale della Azienda del paziente.

3. Il consulto, previa autorizzazione della Azienda puo' essere attuato, su richiesta motivata del pediatra di libera scelta, anche presso il domicilio del paziente.

4. Il pediatra e lo specialista concordano i modi e i tempi di attuazione nel rispetto delle esigenze dei servizi della strutture pubbliche o private accreditate.

#### ART. 33 - Accesso del pediatra di libera scelta presso gli ambienti di ricovero

1. I Direttori sanitari delle strutture pubbliche o private adottano i provvedimenti regolamentari, comprensivi degli aspetti organizzativi, necessari ad assicurare l'accesso del pediatra di famiglia ai luoghi di cura della stessa azienda in fase di accettazione, di degenza e di dimissioni del proprio paziente e il rapporto di collaborazione tra i pediatri del luogo di cura ed gli specialisti pediatri convenzionati.

In particolare il Direttore sanitario deve garantire che il pediatra di famiglia riceva dal reparto ospedaliero la relazione clinica di dimissioni contenente la sintesi dell'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero nonche' i suggerimenti terapeutici per l'assistenza domiciliare.

2. In ogni caso il pediatra di famiglia nell'interesse del proprio paziente puo' accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti i presidi pubblici o privati accreditati anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare.

#### ART. 34 - Prescrizione farmaceutica e modulario

1. La prescrizione di medicinali avviene, per qualita' e quantita', secondo scienza e coscienza, con le modalita' stabilite dalla legislazione vigente nel rispetto di quanto previsto dall'art. 8 comma 10, della legge 24.12.93 n. 537 e dalla successiva normativa concernente i medicinali erogabili con oneri a carico del SSN.

2. Il pediatra puo' dar luogo al rinnovo della prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

3. Le parti firmatarie del presente Accordo possono concordare a livello regionale sperimentazioni riguardanti modalita' e procedure idonee a snellire gli adempimenti del pediatra e alleviare i disagi dei cittadini oltre che a consentire una migliore raccolta dei dati.

Le sperimentazioni potranno riguardare anche la multiprescrizione nel rispetto dei tetti di spesa e della normativa nazionale riguardante la materia.

4. Sulla ricetta di cui al decreto ministeriale n. 350/88 il pediatra annota il diritto dell'esenzione dal pagamento della quota a carico secondo le norme vigenti. Eventuali particolari modalita' di annotazione del diritto o meno all'esenzione e di quant'altro necessario legate alle metodiche locali di rilevazione dei dati sono definite con accordi regionali.



5. Il diritto all'esenzione del ticket e' regolato nelle forme di legge per le esenzioni da reddito. Nelle altre forme la esenzione e' attestata dalla Azienda ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto ministeriale 20 maggio 1989 e successive modificazioni ed integrazioni.

6. La necessita' della erogazione di presidi, siringhe e prodotti dietetici e di ogni altro ausilio viene proposta una volta all'anno da parte del pediatra alla Azienda. L'erogazione ed il relativo eventuale frazionamento e' disposto dalla Azienda secondo proprie modalita' organizzative.

#### ART. 35 - Richiesta di indagini specialistiche proposte di ricovero o di cure termali

1. Il pediatra, ove lo ritenga necessario, formula richiesta di visita o indagine specialistica o proposta di ricovero o di cure termali.

2. La richiesta di indagine o visita specialistica deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico. Esso puo' contenere la richiesta di consulto specialistico secondo le procedure previste dall'art. 32.

3. Il pediatra puo' dar luogo al rinnovo della richiesta o prescrizione di indagine specialistica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente stesso.

4. Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, in busta chiusa con l'indicazione "al pediatra curante", suggerendo la terapia e segnalando l'eventuale utilita' di successivi controlli specialistici.

5. Le Regioni possono definire modalita' organizzative che consentano allo specialista, qualora questi ritenga necessarie ulteriori indagini per la risposta al quesito del pediatra curante, di formulare direttamente le relative richieste.

6. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche o private accreditate, senza la richiesta del pediatra curante, alle seguenti attivita': odontoiatria, neuro-psichiatria infantile e oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche.

7. La proposta di ricovero ordinaria deve essere accompagnata da una apposita scheda compilata dal pediatra curante (allegato D) che riporti i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale.

8. Il modulario di cui all'art. 34 e' utilizzato anche per le certificazioni della presente convenzione, per le proposte di ricovero e di cure termali e per le richieste di prestazioni specialistiche. Per queste ultime e' consentita nei limiti di legge la multi proposta, escludendosi ogni ulteriore adempimento a carico del pediatra curante.

9. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti le Regioni emanano norme per la prescrizione diretta sul ricettario regionale da parte dello specialista dipendente o convenzionato 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, nonche' della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione. I controlli programmati saranno proposti al pediatra di base.

10. Le norme di cui al precedente comma devono essere osservate anche al fine dell'applicazione degli accordi relativi al rispetto dei livelli di spesa programmati.

#### ART. 36 - Rapporti tra il medico convenzionato e la dirigenza sanitaria della azienda usl

1. Il dirigente sanitario medico preposto, secondo la legislazione regionale in materia di organizzazione della Azienda, al servizio specifico o ricomprendente l'organizzazione dell'assistenza pediatrica di base procede al controllo della corretta applicazione delle convenzioni, per quel che riguarda gli aspetti sanitari.
2. I pediatri convenzionati sono tenuti a collaborare con il suddetto dirigente in relazione a quanto previsto e disciplinato dalla presente convenzione.
3. Eventuali divergenze interpretative vengono rimesse al Comitato di cui all'art. 11.

#### ART. 37 - Interventi socio-assistenziali

1. Il pediatra di fiducia, sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito, del contesto familiare, delle condizioni sociali ed economiche, segnata, ove lo ritenga necessario, ai servizi sociali dell'Azienda l'esigenza di particolari interventi socio-assistenziali.

#### ART. 38 - Collegamento con i servizi di continuita' assistenziale

1. Il Pediatra di famiglia, secondo scienza e coscienza, valuta l'opportunita' di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisico-patologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di continuita' assistenziale.

#### ART. 39 - Visite occasionali

1. I pediatri iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistiti che li hanno preventivamente scelti. Tuttavia, salvo quanto previsto per la continuita' assistenziale e per l'assistenza nelle localita' turistiche, prestano la propria opera in favore dei soggetti in eta' pediatrica che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, ricorrono all'opera del pediatra. Il pediatra e' tenuto a utilizzare il modello prescrizione-proposta, indicando la residenza dell'assistito.

2. le visite di cui al comma 1 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe omnicomprensive:

- visita ambulatoriale L.50.000
- visita domiciliare L.70.000

3. Al pediatra convenzionato, che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia che esibiscono il prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del Servizio Sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al precedente comma. In tal caso il medico notula alla Azienda di iscrizione le anzidette prestazioni indicando gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.

4. Le Regioni, nel rispetto delle norme vigenti, stabiliscono gli eventuali interventi assistenziali a favore dei soggetti che fruiscono delle visite occasionali e possono prevedere il pagamento delle stesse al medico interessato da parte delle Aziende.

## ART. 40 - Libera professione

1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 6, comma 2, al di fuori delle modalita' e dei compiti previsti dal presente Accordo nonche' dagli accordi regionali ed aziendali relativi all'ambito di iscrizione del pediatra, al pediatra iscritto negli elenchi e' consentito svolgere attivita' di libera professione onorata dal paziente anche nei confronti dei propri assistiti e nei confronti degli assistiti dei pediatri eventualmente operanti nella medesima forma associativa, purché questo non comporti pregiudizio o interferenze con l'attivita' convenzionata.

2. Si definisce "attivita' libero professionale occasionale" quella esercitata occasionalmente in favore del cittadino e su richiesta dello stesso.

3. Si definisce "attivita' libero professionale strutturata" quella erogata in forma organizzata, coordinata e continuata che comporta un impegno orario settimanale definito e costante.

4. Il pediatra che eserciti libera professione strutturata e' tenuto a comunicare entro 30 gg. dal suo avvio le modalita' di esercizio dell'attivita' libero professionale, gli orari relativi, l'ubicazione dello studio e quanto altro necessario a consentire la verifica da parte della A.S.L..

5. Il pediatra e' tenuto a comunicare eventuali variazioni di esercizio dell'attivita'.

6. Il pediatra convenzionato e' tenuto a informare preliminarmente il legale rappresentante dell'assistito della possibilita' di fruire di prestazioni analoghe a carico del SSN presso le strutture pubbliche e/o private accreditate.

7. Fermo restando quanto previsto dall'art. 6, comma 2, i pediatri iscritti negli elenchi possono svolgere attivita' di libera professione nei confronti dei propri assistiti per le categorie di seguito specificate:

a) prestazioni non comprese nel presente Accordo o negli accordi regionali o aziendali, relativi all'ambito regionale o aziendale di iscrizione del pediatra;

b) prestazioni richieste e prestate nelle fasce notturne, prefestive e festive.

8. L'attivita' specialistica non pediatrica eventualmente svolta dal pediatra nei confronti dei propri assistiti non puo' essere considerata libera professione se inquadrabile nelle normali visite ambulatoriali anche se mirata a particolari organi od apparati.

9. Ai pediatri che non esercitano attivita' libero professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti e' riconosciuto il diritto di accesso preferenziale agli istituti normativi incentivanti previsti dal presente Accordo.

## ART. 41 Trattamento economico

1. Premesso che il "Programma delle attivita' territoriali" comprende, come previsto dall'art. 3-quater del D.L.vo n. 502/92, e successive modifiche, anche l'erogazione della pediatria di libera scelta e specifica le prestazioni ed attivita' di competenza della stessa risultanti dal presente Accordo e dagli accordi regionali ed aziendali, il trattamento economico dei pediatri convenzionati, secondo quanto previsto dall'art. 8, comma 1, lett. d), del suddetto decreto legislativo, si articola in:

a) quota fissa capitaria, per quanto stabilito all'art. 29;

b) quota variabile finalizzata al raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione nazionale, regionale e aziendale;

c) quota variabile in considerazione dei compensi funzionali alla realizzazione della programmazione sanitaria nazionale, regionale e aziendale stabiliti:

- dal presente Accordo: prestazioni aggiuntive di cui all'allegato "B", all'assistenza programmata di cui all'allegato "E";

- dagli accordi regionali ed aziendali: assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, "Progetto salute infanzia" di cui all'allegato "L" e ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

2. Le Regioni, mediante accordi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, possono concordare, nell'ambito della quota variabile di cui alle lettere b) e c) e con le procedure di cui al Capo II, livelli assistenziali aggiuntivi, programmi e progetti avanzati rispetto a quanto previsto del presente Accordo, finalizzati allo sviluppo qualitativo degli interventi territoriali, ivi comprese le forme associative.

A) QUOTA FISSA CAPITARIA Ai pediatri iscritti negli elenchi della pediatria di libera scelta che svolgono compiti di assistenza primaria e' corrisposto, per ciascun assistibile in carico, un compenso forfettario annuo come dalla seguente tabella:

#### A1) QUOTA FISSA PER I PRIMI 250 ASSISTITI

ANZIANITA' DI SPECIALIZZAZIONE DEL PEDIATRA 1-1-1999 1-1-2000

DA 0 A 2 ANNI 156.476 158.668

OLTRE 2 FINO A 9 ANNI 163.998 166.294

OLTRE 9 FINO A 16 ANNI 171.518 173.919

OLTRE 16 FINO A 23 ANNI 179.031 181.538

OLTRE 23 ANNI 186.543 189.155

#### QUOTA FISSA PER I SUCCESSIVI (DAI 251° ASSISTITO)

ANZIANITA' DI SPECIALIZZAZIONE DEL PEDIATRA 1.1.99 1.1.2000

DA 0 A 2 ANNI 121.839 123.545

OLTRE 2 FINO A 9 ANNI 129.364 131.176

OLTRE 9 FINO A ANNI 16 136.885 138.801

OLTRE 16 FINO A 23 ANNI 144.396 146.418

OLTRE 23 ANNI 151.909 154.036

A2 - COMPENSO AGGIUNTIVO Ai medici iscritti negli elenchi della pediatria di base sono attribuite quote mensili determinate con i criteri di cui al la lettera F) dell'art. 29 D.P.R 315/90. Il compenso, nella misura corrisposta al 31.12.1997, e' incrementato dall'1.1.99 del 2,3% e dall'1.1.2000 del 1,4%, moltiplicato per il numero delle scelte in carico al singolo medico per ciascun mese, con il tetto massimo di 800 scelte o della quota individuale. Le percentuali vengono applicate sulla base dell'importo rivalutato con la percentuale precedente. Nulla e' dovuto a titolo di compenso aggiuntivo oltre il massimale individuale.

#### A3 - QUOTE EX RT. 29, COMMA 3

Ai medici iscritti negli elenchi della pediatria e' corrisposta con decorrenza 1.1.2000:

a) una ulteriore quota capitaria annuale di Lire 8.000 per assistito per gli obblighi e lo svolgimento dei compiti di cui all'art. 29, comma 3 lettere da a) a e);

b) una ulteriore quota capitaria annuale di Lire 4.000 per assistito per la partecipazione ai programmi di cui all'art. 29, comma 3, lettera f);

3. Maggiorazioni per zone disagiatissime comprese le piccole isole, Dalla data di pubblicazione del presente Accordo, per lo svolgimento dell'attivita' in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate a popolazione sparsa, comprese le piccole isole, spetta al 15% dei pediatri un compenso accessorio mensile di Lire 1.000.000.

4. Dalla data di pubblicazione del presente Accordo ai pediatri, nella misura massima del 40% a livello regionale, che assicurano nel proprio studio mediante apparecchiature e programmi informatici, la gestione della scheda sanitaria individuale e la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche e' corrisposta un'indennita' forfetaria mensile di lire 150.000.

Le apparecchiature di cui sopra devono essere idonee ad eventuali collegamenti con il centro unico di prenotazione e l'elaborazione dei dati occorrenti per ricerche epidemiologiche, il monitoraggio dell'andamento prescrittivo e la verifica di qualita' dell'assistenza.

5. A decorrere dallo 01.01.1999 e fino al 31.12.1999 la indennita' di collaborazione informatica corrisposta ai sensi del D.P.R. n. 613/96, e' di lire. 102.300 mensili. A decorrere dallo 01.01.2000 e fino alla data di pubblicazione del presente Accordo, e' di lire 103.750.

6. Ai pediatri di libera scelta individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 10% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, che utilizzano un collaboratore di studio professionale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, categoria IV e/o fornito da societa', cooperative e associazioni di servizio o comunque utilizzato secondo le normative vigenti, e' corrisposta, con decorrenza 01.01.2000, un'indennita' annua nella misura di lire 10.000 per assistito in carico fino al massimale o quota individuale, determinando, sulla base di accordi regionali, l'ammontare dell'indennita' spettante a ciascun medico in caso di lavoro associato e l'eventuale incremento in relazione alla attivazione di compiti e modelli organizzativi sperimentali. Per il periodo dallo 01.01.1999 al 31.12.1999 sull'indennita' gia' percepita ai sensi dell'art. 43 comma 3, lettera L) del D.P.R 21.10.96, n. 613 e' corrisposto un importo annuale di Lire 103 per assistito.

7. A decorrere dall'1.1.2000, ai pediatri di libera scelta individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 30% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, che svolgono la propria attivita' sotto forma di pediatria in associazione ai sensi dell'art. 53, del presente Accordo e' corrisposto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico nella misura di Lire 6.000.

8. A decorrere dall'1.1.2000, ai pediatri di libera scelta individuati dalla Regione, entro la percentuale massima del 5% degli assistiti nell'ambito regionale, sentito il Comitato regionale di cui all'art. 12, che svolgono la propria attivita' sotto forma di pediatria di gruppo e ai sensi dell'art 52, del presente Accordo e' corrisposto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico nella misura di Lire 7.000.

9. Ferma restando l'entità complessiva del finanziamento regionale, relativa ai compensi di cui ai commi 3, 4, 6, 7 e 8, le Regioni possono, sulla base di specifiche esigenze locali, modificare gli importi e/o le percentuali previste dai commi già citati, previo intesa con le Organizzazioni sindacali regionali maggiormente rappresentative ai sensi dell'art. 10.

10. I compensi di cui alla lettera A) sono corrisposti mensilmente in dodicesimi e sono versati, mensilmente entro la fine del mese successivo a quello di competenza. I compensi di cui al comma 4 e 6 sono versati annualmente.

11. Le variazioni di retribuzione relativi ai passaggi di fascia per anzianità di specializzazione del medico saranno effettuate una sola volta all'anno il 1 gennaio dell'anno in considerazione, se la variazione cade entro il 30 giugno, o il primo gennaio dell'anno successivo se la variazione cade tra il primo luglio e il 31 dicembre.

#### ART. 42 - Contributi previdenziali e per l'assicurazione di malattia

1. Per i pediatri iscritti negli elenchi della pediatria di base viene corrisposto un contributo previdenziale a favore del competente Fondo di previdenza di cui al 2o comma del punto 6 dell'art. 9 della legge 29 giugno 77, n. 349, pari al 13% su tutti i compensi previsti dal presente Accordo, compresi quindi quelli derivanti dagli accordi regionali, di cui l'8,125 % a carico dell'Azienda e il 4,875% a carico del medico.

2. I contributi devono essere versati dall'ente gestore del fondo di previdenza 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.

3. Per far fronte al pregiudizio derivante dagli eventi di malattia è posto a carico del servizio pubblico un onere pari allo 0,25% (zero virgola venticinque per cento) dei compensi relativi ai punti del precedente articolo, da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Con le stesse cadenze del contributo previdenziale di cui al comma 1, le Aziende versano all'E.N.P.A.M. il contributo per l'assicurazione di malattia affinché provveda a riversarlo alla compagnia assicuratrice con la quale i sindacati firmatari dell'Accordo avranno provveduto a stipulare apposito contratto di assicurazione.

#### ART. 43 - Continuità assistenziale

Al fine di garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, ai sensi dell'art. 8 del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche, si stabilisce che la continuità assistenziale e l'assistenza ai turisti disciplinata dal Capo III dell'Accordo Nazionale per la medicina generale, si estende anche agli assistibili in carico ai pediatri.

2) Gli accordi regionali possono prevedere, d'intesa con le OO.SS.

dell'area pediatrica, la partecipazione dei pediatri convenzionati disponibili e, inclusi nella graduatoria regionale nelle attività di continuità assistenziale e di assistenza ai turisti.

3) Al fine di assicurare il completamento e l'integrazione dell'assistenza primaria pediatrica, la continuità assistenziale può essere garantita da appositi servizi nel cui ambito possono partecipare su base volontaria e con accordi da definire a livello regionale e/o aziendale anche pediatri di libera scelta convenzionati e pediatri inclusi nella graduatoria regionale pediatrica.

Forme di continuita' assistenziale possono comunque essere concordate a livello regionale e/o aziendale ed effettuate da gruppi od associazioni di pediatri convenzionati.

#### ART. 44 - Assistenza a bambini con patologia cronica

1. L'assistenza a bambini con patologia cronica si esplica con le seguenti modalita':

- assistenza domiciliare integrata (vedi allegato E) - assistenza domiciliare programmata (vedi allegato E) - assistenza ambulatoriale programmata ai sensi dell'art. 49 (vedi allegato E bis) 2. Le Aziende USL dalla data di pubblicazione del presente Accordo destinano agli istituti indicati al comma 1 del presente articolo, una somma non superiore al 20% delle retribuzioni mensili di tutti i pediatri convenzionati.

#### CAPO II

#### ART. 45 - Attivita" territoriali programmate

1. Per lo svolgimento di attivita' normalmente di prevenzione e profilassi a livello di comunita', indagini epidemiologiche ed educazione sanitaria, l'Azienda puo' attribuire ulteriori attivita' a tempo determinato, non superiori ad un anno, a pediatri inseriti negli elenchi dei pediatri di libera scelta della Azienda medesima ed espressamente rinnovabili.

2. Il servizio puo' essere attivato, su richiesta del coordinatore del distretto anche per servizi di coordinamento di progetti distrettuali per la pediatria di libera scelta, coordinamento di studi epidemiologici, collaborazione per le attivita' limitate al settore delle attivita' pediatriche, direzione di dipartimenti materno infantili. L'attivita' puo' essere affidata a tutti i pediatri iscritti negli elenchi che ne facciano richiesta.

#### ART. 46 - Assegnazione delle attivita" territoriali programmate e compensi

1. L'Azienda interpella il pediatra secondo l'ordine di prioritá indicato all'art. 45 comma 2 indicando il tipo e la data di inizio della attivita', l'ubicazione della sede o delle sedi, l'orario di lavoro e la durata dell'attivita', mediante raccomandata postale con avviso di ricevimento o mediante comunicazione scritta interna alla Azienda, di cui deve risultare il ricevimento da parte dell'interessato con firma e data su una copia.

2. Il pediatra interpellato e' invitato contestualmente a presentarsi entro 6 giorni per l'accettazione. La mancata presentazione entro il termine stabilito e' considerata come rinuncia.

3. In caso di impossibilita' del pediatra a prestare temporaneamente la propria attivita', fino ad un massimo di 30 giorni, l'Azienda provvede alla sostituzione. In caso di assenza superiore ai 30 giorni l'Azienda provvede ad assegnare ad altro pediatra disponibile l'attivita' in questione.

4. Le prestazioni ed attivita' sono effettuate secondo modalita' organizzative aziendali e compensi, definiti dalle Regioni sentiti i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi a livello regionale. I compensi vengono corrisposti il mese successivo allo svolgimento dell'attivita'. Sui compensi sono applicati i contributi Enpam.

#### ART. 47 - Rapporti con i responsabili del distretto

1. Il pediatra per lo svolgimento delle attività di cui all'art. 46, osserva le direttive organizzative emanate dal Direttore del distretto ed è tenuto a collaborare per il corretto svolgimento delle attività.

#### ART. 48 - Aree negoziali di livello regionale

1. Gli accordi regionali, di cui all'art. 8, lett. d) ed f), del decreto legislativo 30 dicembre 92, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, definiscono le attività svolte dai medici pediatri convenzionati per l'attuazione degli obiettivi regionali ed aziendali come previsto all'art. 30 del presente Accordo.

2. Le trattative degli accordi regionali devono iniziare entro 90 gg. dalla pubblicazione del presente Accordo sulla G.U.

#### ART. 49 - Prestazioni e attività aggiuntive

1. Ad integrazione di quanto stabilito dall'art. 30, gli accordi regionali possono prevedere l'erogazione di prestazioni aggiuntive e attività anche tese ad una migliore integrazione tra interventi sanitari e sociali, e con modalità che possano consentire l'integrazione funzionale del Pediatra con il Dipartimento Materno-infantile, per:

- a) - interventi sanitari relativi all'età pediatrica con la formulazione del piano assistenziale, compresa la parte riabilitativa e la compilazione di una scheda di rilevazione dei bisogni dei bambini a domicilio, nelle strutture territoriali e nelle collettività;
- b) - assistenza al bambino con patologia cronica da realizzarsi, secondo l'allegato E bis, e da effettuarsi sulla base di programmi di assistenza concordati, all'ambulatorio o al domicilio del bambino;
- c) - il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e ricerca di fattori di rischio, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro sensoriali e psichici ed all'individuazione precoce di problematiche, anche socio sanitarie, mediante almeno cinque bilanci di salute, oltre al primo di cui all'art. 29, da effettuarsi di norma entro il sesto anno di vita del bambino (vedi allegato L), gli interventi di educazione sanitaria nell'ambito dei programmi di prevenzione e promozione della salute previsti a livello nazionale, regionale e aziendale nei confronti dei propri assistiti rispetto ai rischi prevalenti per l'età evolutiva, e le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;
- d) - la compilazione di un libretto sanitario pediatrico individuale tenuto dai rappresentanti legali dall'assistito e da predisporli secondo accordi regionali;
- e) - processi assistenziali riguardanti particolari patologie ivi comprese alcune sociali secondo protocolli che definiscono le attività del pediatra di base e i casi di ricorso al secondo livello specialistico (diabete, ipertensione, forme invalidanti, broncopneumopatie ostruttive, asma, forme neurologiche, ecc.);
- f) - assistenza domiciliare ai pazienti in fase terminale, anche in forma sperimentale con particolare riguardo alle cure palliative;
- g) - sperimentazione di iniziative di telemedicina;



h) - partecipazione alle iniziative sanitarie di carattere nazionale o regionale (es. Progetti obiettivo) coinvolgenti il pediatra di base per prestazioni non previste dall'art. 29 e 30;

i) - prestazioni aggiuntive ulteriori rispetto a quelle di cui all'allegato B);

l) - l'organizzazione della pediatria in rete.

2, Gli accordi regionali possono, inoltre, prevedere lo svolgimento delle seguenti attività:

a - partecipazione a procedure di verifica della qualità che, oltre a promuovere la qualità delle prestazioni sanitarie, costituisca un aspetto del processo di verifica dei tetti di spesa sulla base di per review e applicazione di linee guida, che possa determinare la eliminazione o correzione di difetti nella erogazione delle prestazioni;

b - svolgimento di attività di ricerca epidemiologica, compresa la segnalazione di eventi sentinella e la partecipazione alla tenuta di registri per patologia, sulla base di protocolli concordati a livello regionale;

c - attivazione di un sistema informativo integrato tra pediatri di base, presidi delle Aziende sanitarie locali ed eventuali banche dati, per il collegamento degli studi professionali con i centri unificati di prenotazione e lo sviluppo di scambi telematici di informazioni sanitarie (specialisti e servizi ospedalieri), anche a fini di ricerca epidemiologica e management della spesa;

d - fornitura dei dati sanitari, anche attraverso flussi informativi, a fini statistici-epidemiologici, di valutazione della qualità delle prestazioni e dei relativi costi.

3, Gli Accordi regionali previsti dall'art. 48 possono disciplinare le modalità di partecipazione dei pediatri convenzionati alle attività di continuità assistenziale secondo quanto previsto all'art. 8 lett. e) del D.lvo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

ART. 50 - Programmi di attività e livelli di spesa programmati

1. Gli accordi regionali prevedono, ai sensi dell'art. 13, lett. f), del d.leg.vo 502/92, e successive modifiche ed integrazioni la disciplina dei rapporti tra Regione, Aziende sanitarie locali e pediatri di base per il rispetto dei livelli di spesa programmati.

2. Sulla base di parametri di spesa per soggetto assistito calcolati mediante medie ponderate per ambiti territoriali definiti, riferiti a determinare componenti della spesa stessa e concordati tra Regione ed i sindacati maggiormente rappresentativi, vengono fissati i criteri per la determinazione dei livelli di spesa programmati in ciascun ambito territoriale, ai quali fare riferimento per la valutazione dell'attività prescrittiva del pediatra di famiglia.

3. In conformità all'art 8, comma 1, lettera f) del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, le Aziende, sulla base di indirizzi nazionali e regionali, individuano obiettivi all'interno dei programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli programmati di spesa con i pediatri di libera scelta. Il raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati è correlato alla corresponsione di una quota variabile del compenso stabilito a livello regionale o aziendale in relazione al grado di coinvolgimento diretto dei pediatri di libera scelta. Gli obiettivi da raggiungere da parte dei pediatri di libera scelta sono stabiliti secondo tappe e percorsi condivisi e concordati tra Azienda e/o distretto e Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative, facenti parte di un dettagliato progetto integrato che costituisce il

supporto tecnico del livello di spesa programmato. I progetti a livello di spesa programmata devono comunque essere realizzati tenendo conto del contesto di riferimento sociale epidemiologico, economico finanziario, e dei livelli di responsabilita' del consumo delle risorse. I progetti a livello di spesa programmata devono prevedere adeguati meccanismi di verifica tra pari e di revisione di qualita', al fine di poter indicare i differenti gradi di raggiungimento degli obiettivi programmati all'interno dei gruppi dai diversi pediatri aderenti.

4. Sulla minore spesa indotta e' calcolata una ulteriore quota, determinata dall'Accordo regionale o aziendale destinata al potenziamento delle prestazioni sanitarie distrettuali da parte delle Aziende sentito il Comitato di Azienda di cui all'art. 11.

5. Anche ai fini della ristrutturazione del compenso al medico, le parti possono concordare l'attuazione di sperimentazioni gestionali basate sull'assegnazione a gruppi di pediatri di budget virtuali o reali.

#### ART. 51 - Forme associative

1. Al fine di conseguire un piu' elevato livello delle prestazioni e per facilitare il rapporto tra cittadino e pediatra di famiglia i pediatri iscritti negli elenchi della pediatria di famiglia possono concordare e realizzare forme di lavoro associativo, secondo le modalita', i principi e le tipologie indicate ai commi successivi e negli Accordi Regionali ed Aziendali.

2. Le forme associative oggetto del presente Accordo sono:

- a) la pediatria di gruppo;
- b) la pediatria in associazione;
- c) la pediatria in rete.

3. Le forme associative sono finalizzate ad erogare:

- a) prestazioni di tipo diagnostico, preventivo, terapeutico e di educazione sanitaria;
- b) assistenza riabilitativa, ambulatoriale e domiciliare;
- c) continuita' assistenziale, secondo quanto previsto dalle norme specifiche.

4. L'associazione puo' partecipare allo svolgimento delle attivita' e compiti previsti dagli accordi regionali previsti dagli articoli 48 e 49.

5. All'interno della forma associativa puo' essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con il Direttore del distretto e con la componente rappresentativa della pediatria di libera scelta nell'Ufficio di coordinamento delle attivita' distrettuali: oltre che di rappresentativa organizzativa nei confronti dell'azienda.

#### ART. 52 Pediatria di gruppo

La pediatria di gruppo si caratterizza per i seguenti requisiti, fatto salvo diverse determinazioni regionali:

- a) l'associazione e' libera, volontaria e paritaria;
- b) l'Accordo, che costituisce la pediatria di gruppo e' liberamente concordato tra i pediatri partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici;
- c) i compensi relativi all'attivita' della pediatria di gruppo competono al medico dalla data di effettivo inizio dell'attivita' che si intende iniziata non prima della data di deposito presso l'Azienda dell'atto di cui al punto b) del presente articolo;
- d) del gruppo possono far parte soltanto pediatri che svolgono in modo esclusivo l'attivita' di medico convenzionato, nello stesso ambito di territoriale di scelta determinato dalla Regione;
- e) la sede della pediatria di gruppo e' unica;
- f) del gruppo fanno parte due o piu' pediatri di famiglia;
- g) ciascun medico puo' far parte soltanto di un gruppo;
- h) ciascun partecipante al gruppo e' disponibile a svolgere la propria attivita' anche nei confronti degli assistiti degli altri pediatri del gruppo, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico pur nella tutela dei fondamentali principi del rapporto fiduciario e della libera scelta da parte dell'assistito;
- i) deve prevedersi la disciplina dell'esecuzione delle prestazioni incentivanti nell'ambito del gruppo;
- j) in ogni caso deve essere assicurata dai pediatri del gruppo l'assistenza nella sede unica per almeno cinque ore giornaliere, distribuite nel mattino e nel pomeriggio. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi deve essere assicurata da almeno uno dei pediatri del gruppo la ricezione delle richieste di visite, anche mediante l'uso di idonei strumenti di ricezione.
- k) a ciascun medico del gruppo vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui e' titolare;
- l) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno del gruppo senza l'autorizzazione del medico scelto dall'assistito, salvaguardando in ogni caso la possibilita' del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;
- m) all'interno del gruppo puo' adottarsi il criterio della rotazione interna per sostituzioni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalita', purché dette sostituzioni non comportino disservizio nell'erogazione dell'assistenza;
- n) la suddivisione delle spese di gestione dell'ambulatorio viene liberamente concordata tra i componenti del gruppo;
- o) devono essere previste riunioni periodiche fra i pediatri costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attivita' associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito.

1. La pediatria in associazione, fatta salva diversa disciplina regionale, deve prevedere i seguenti requisiti:

- distribuzione territoriale degli studi;
- l'associazione puo' essere composta da due o piu' pediatri o da due o piu' gruppi operanti nello stesso ambito e l'aggregazione comporti un evidente miglioramento delle prestazioni e rogate;
- e' possibile l'associazione di uno o piu' pediatri con medici di medicina generale;
- piu' associazioni possono coordinarsi per l'erogazione di prestazioni previste dall'ACN o da accordi locali.

2. Le Regioni disciplinano la partecipazione delle Associazioni alle attivita' assistenziale:

- apertura coordinata degli studi per almeno 5 ore giornaliere distribuite tra mattino e pomeriggio, di cui uno aperto almeno fino alle ore 19;
- disponibilita' a svolgere la propria attivita' ambulatoriale nei confronti degli assistiti dei pediatri associati per le prestazioni non differibili;
- la condivisione e' implementazione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a piu' alta prevalenza;
- la realizzazione di momenti di revisione della qualita' delle attivita' e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e' per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione;
- Le Regioni al fine di favorire la realizzazione di forme di maggior fruibilita' ed accessibilita' dei servizi e delle attivita' dei pediatri di famiglia da parte degli assistiti, possono prevedere l'attuazione di forme organizzative che, nell'ambito dell'associazione, individuino uno Studio nel quale i medici associati svolgono, a rotazione, attivita' concordate.

ART. - 54 - Pediatria in rete

1. La pediatria in rete si caratterizza, fatte salve diverse determinazioni regionali, quale modulo complementare non sostitutivo rispetto alla pediatria di gruppo ed in associazione e ad esse collegato per consentire un livello superiore di comunicazione di dati ed informazioni sanitarie tra pediatri e tra questi ultimi e le strutture distrettuali e/o ospedaliere pubbliche e accreditate.

2. Sono previsti i seguenti requisiti:

- distribuzione territoriale degli studi non vincolati a sede unica;
- fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere la propria attivita' anche nei confronti degli assistiti degli altri pediatri della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
- gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico;

- gli studi in rete sono collegati fra loro con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;

- utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;

- chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00.

#### ART. 55 - Contrattazione

1. Gli accordi regionali sono stipulati dall'organo competente secondo l'ordinamento regionale e dai sindacati maggiormente rappresentativi ai sensi dell'art. 10.

2. Gli accordi regionali sono vincolanti nei confronti dei pediatri convenzionati e interessati dagli accordi. In alternativa può essere prevista l'adesione volontaria alle iniziative contenute negli accordi.

3. Gli accordi regionali possono prevedere, in relazione alle specificità del loro contenuto:

- il possesso di particolari requisiti da parte del medico convenzionato per la partecipazione alle attività concordate;

- l'uso da parte dei pediatri convenzionati di locali, attrezzature e personale fornito dalla Azienda sanitaria locale, direttamente o mediante rapporti con i terzi, o dai pediatri stessi;

- appositi standard di ambulatorio per le prestazioni oggetto di Accordo.

4. Gli accordi regionali prevedono, altresì:

- la disciplina dei rapporti tra i dirigenti delle attività distrettuali e i pediatri convenzionati in relazione al tipo di attività;

- la regolamentazione dei rapporti tra gli operatori coinvolti.

#### ART. 56 - Compensi

1. Fatto salvo quanto previsto dall'art. 41, gli accordi regionali possono prevedere ulteriori compensi corrisposti in rapporto al tipo di attività svolta dal pediatra convenzionato, anche in forma associata. Nelle forme integrate di esercizio dell'attività professionale può essere prevista, la fornitura di personale, locali ed attrezzature, di cui si tiene conto nella determinazione del compenso di cui al comma precedente.

#### NORMA FINALE N. 1

1. I pediatri che alla data di pubblicazione del decreto del Presidente della Repubblica che rende esecutivo il presente Accordo risultano iscritti negli elenchi dei pediatri di libera scelta delle

Aziende sono confermati nel rapporto convenzionale, salvi l'applicazione delle norme in materia di incompatibilita' e il possesso dei requisiti prescritti.

#### NORMA FINALE N. 2

1. Qualora entro la scadenza stabilita non sia iniziata la trattativa per il rinnovo dell'Accordo, le parti si impegnano a definire, con specifica trattativa, da concludersi entro novanta giorni dalla data della scadenza dell'Accordo, le variazioni economiche da apportare alla quota fissa a titolo di concorso nelle spese per l'erogazione delle prestazioni.

#### NORMA TRANSITORIA N. 1

Sono fatti salvi ai fini economici i bilanci di salute e le Prestazioni aggiuntive di cui rispettivamente agli allegati "L" e "B" dell'A.C.N. di cui al DPR n. 613/96, eseguiti sino alla data di pubblicazione del presente Accordo, tenuto conto di diverse ed eventuali determinazioni regionali.

#### NORMA TRANSITORIA N. 2

Premesso che l'art. 15-nonies, comma 3, del Decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni dispone che in sede di rinnovo delle convenzioni nazionali siano stabiliti tempi e modalita' di attuazione per l'applicazione di quanto sancito al comma 1 dell'articolo medesimo, le parti convengono che il termine per l'entrata in vigore a regime del limite di eta' per la cessazione del rapporto convenzionale previsto dall'art. 6, comma 1, lettera a) del presente Accordo Collettivo Nazionale, sara' individuato a seguito di specifica intesa tra le parti firmatarie della presente convenzione nazionale, dopo che saranno definiti e disciplinati nelle sedi competenti con il concorso dell'ENPAM e delle parti firmatarie stesse, gli aspetti ed effetti previdenziali conseguenti all'introduzione dei nuovi limiti di eta', secondo quanto stabilito dall'art. 15-nonies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni.

2. Fino all'entrata in vigore del limite di eta' di cui all'art. 6, comma 1), lettera a), continua ad applicarsi il limite di eta' previsto dall'art. 6 comma 1, lettera a), del D.P.R. n. 613/96.

#### NORMA TRANSITORIA N. 3

Sono fatti salvi, per la durata prevista, gli effetti giuridici ed economici stabiliti dagli accordi regionali vigenti stipulati ai sensi del Capo IV del D.P.R. 613/96.

#### NORMA TRANSITORIA N. 4

Il termine di tre anni di cui all'art. 6, comma 3, decorre dalla data di pubblicazione del presente Accordo.

#### NORMA TRANSITORIA N. 5

I pediatri che, in virtu' dell'art. 21, comma 10 del D.P.R. 613/96 siano stati autorizzati a risiedere in un comune diverso da quello di iscrizione, mantengono tale autorizzazione.

#### DICHIARAZIONE A VERBALE N. 1

Le parti chiariscono che le dizioni Regioni, amministrazione regionale, giunta regionale assessore regionale alla sanità usate nel testo dell'Accordo valgono ad individuare anche corrispondenti organismi delle provincie autonome di Trento e Bolzano.

#### DICHIARAZIONE A VERBALE N. 2

Le parti dichiarano che affronteranno, unitamente agli altri soggetti interessati, in fase preliminare al rinnovo del presente Accordo, le tematiche introdotte dalla legge 27 maggio 1991, n. 176, che recepisce le indicazioni della "Convenzione internazionale sui diritti del fanciullo" di New York del 20 novembre 1989.

-----  
ALL. A)

#### DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER IL PERIODO:

Alla Regione Marca da bollo Il sottoscritto Dott. ....

Nato a ..... Prov. .... il .....

Codice Fiscale ..... Comune di residenza .....

Prov. .... Indirizzo ..... n.....

C.A.P. .... n. Tel. ....

CHIEDE di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo:

ACCLUDE N..... dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione) N.....  
dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio N..... certificati Data .....

Firma .....

Formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' Esente da Imposta di bollo Il sottoscritto Dott. Cognome ..... Nome .....

C.F.....

ai sensi e agli effetti dell' art. 4 della legge 4 gennaio 1968, n. 16 come modificato e integrato dall'art. 2 del D.P.R. n. 403 del 20 ottobre 1998 recante il regolamento di attuazione degli articoli 1, 2 e 3 della legge 15 maggio 1997, n. 127, in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO  
1. Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art. 8 - comma 1 - del decreto legislativo 502/92 e 517/93 compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto ( 0.20 punti per mese di attività);

dal ..... al..... presso.....

dal..... al..... presso.....

dal..... al..... presso.....

2. Attività di sostituzione per attività sindacale (0.20 per mese di attività);

dal..... al..... medico..... A.S.L dal..... al..... medico..... A.S.L

dal..... al..... medico..... A.S.L 3. Attività professionale svolta presso strutture sanitarie pubbliche (0.05 punti per mese di attività) dal..... al..... Struttura.....

dal..... al..... Struttura.....

dal..... al..... Struttura.....

\* inserire il nome del medico sostituito 4. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva (0.10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività) \*\*\*\* vedi allegato A per la compilazione \*\*\*\* 5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle UU.SS.LL.

(0.10 per mese) A.S.L. .... dal..... al.....

A.S.L. .... dal..... al.....

6. Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 79, n. 38, della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1^ settembre 1988, n.430 (0.20 punti per mese di attività) dal ..... al..... presso.....

dal ..... al..... presso.....

dal ..... al..... presso.....

7. Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato nell'area della medicina generale o nell'area della pediatria ( medicina generale 0. 10 punti per ciascun mese - pediatria di libera scelta 0.20 per ciascun mese dal..... al..... area.....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.(1) Luogo e data.....(2) Firma del dichiarante .....

(1) Ai sensi dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 e successive modificazioni e integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.



(2) Ai sensi dell'art. 2 - comma 11 - della legge 16 giugno 1998, n.191, la sottoscrizione non e' soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio e' inviata unitamente a copia fotostatica, ancorche' non autenticata, di un documento di identita' del sottoscrittore.

Informativa rese all'interessato per il trattamento di dati personali.

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti e' diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo:

2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;

3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potra' essere inserito in detta graduatoria;

4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione 5. L'art. 13 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonche' della logica e delle finalita' su cui si basa il trattamento;

6. Titolare del trattamento dei dati e' Formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo:

#### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - AUTOCERTIFICAZIONE

Esente da Imposta di bollo

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome..... C.F .....

ai sensi e agli effetti dell'art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 come modificato e integrato dall'art. 1 del D.P.R. n. 403 del 20 ottobre 1998 recante il regolamento di attuazione degli articoli 1, 2 e 3 della legge 15 maggio 1997, n. 127, in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative DICHIARA 1. Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di.....

dal.....

2. Di essere stato iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di..... dal.....al.....e all'Ordine dei medici della Provincia di ..... dal.....

al.....

3. Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di.....

in data.....con voto.....

4. Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in pediatria 5. Specializzazione/ libera docenza in.....conseguita il.....

presso.....

- Specializzazione/ libera docenza in.....conseguita il.....

- presso .....

\* punti 0.01 per mese di iscrizione. Il punteggio è raddoppiato, punti 0,02 per mese di iscrizione negli albi professionali della regione ove è presentata la domanda.

6. Di aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina dal ..... al..... presso.....

7. Di essere in possesso del tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 aprile 1975 conseguito il .....

presso.....

8. Di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione conseguito il .....

presso.....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1) Data..... Firma del dichiarante.....

(Non soggetta ad autenticazione) (1) Ai sensi dell'art. 26 della Legge 4 Gennaio 1968, n. 15 e successive modificazioni e integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsita' in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

#### AVVERTENZE ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

I pediatri che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31 gennaio) i seguenti requisiti:

- Iscrizione all'Albo Professionale.

- Essere in possesso del diploma di specializzazione o attestato di libera docenza in una delle seguenti discipline:

1. pediatria;

2. clinica pediatrica;

3. pediatria e puericultura;

4. patologia clinica pediatrica;

- 5. patologia neonatale;
- 6. puericultura;
- 7. pediatria preventiva e sociale.

La domanda, in regola con le vigenti leggi in materia di imposta di bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano entro e non oltre il 31 gennaio alla Regione.

Per l'accoglimento della domanda fara' fede il timbro postale o il timbro apposto dall'ufficio protocollo se consegnata a mano.

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre.

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicita' della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico puo' trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia gia' in possesso.

Il medico che sia gia' stato iscritto nella graduatoria regionale valida per il periodo, deve dichiarare solo il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno nonche' di eventuali titoli di servizio non presentati nella graduatoria valida per il periodo.

-----  
ALLEGATO "A"

Dott. Cognome ..... Nome ..... C.F. ....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva.(0.10 per mese ragguagliato a 96 ore mensili di attività) ANNO .....

Azienda Sanitaria Locale .....

Gennaio dal ..... al .....

ore .....

Febbraio dal ..... al .....

ore .....

Marzo dal ..... al.....

ore .....

Aprile dal ..... al .....

ore Maggio dal ..... al .....

ore .....

Giugno dal ..... al .....

ore .....

Luglio dal ..... al .....

ore .....

Agosto dal ..... al .....

ore .....

Settembre dal ..... al .....

ore .....

Ottobre dal ..... al .....

ore .....

Novembre dal ..... al .....

ore .....

Dicembre dal ..... al .....

ore .....

\* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare una o più volte l'allegato "A"  
ANNO .....

Azienda Sanitaria Locale .....

Gennaio dal ..... al .....

ore .....

Febbraio dal ..... al .....

ore .....

Marzo dal ..... al .....

ore .....

Aprile dal ..... al .....

ore .....

Maggio dal ..... al .....

ore .....

Giugno dal ..... al .....

ore .....

Luglio dal ..... al .....

ore .....

Agosto dal ..... al .....

ore .....

Settembre dal ..... al .....

ore .....

Ottobre dal ..... al .....

ore .....

Novembre dal ..... al .....

ore .....

Dicembre dal ..... al .....

ore .....

Firma .....

-----  
Allegato B

#### PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai pediatri sono quelle elencate nel nomenclatore tariffario di cui al presente allegato.

2. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al punto 1) lo studio professionale del medico deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'Azienda di esercitare i previsti controlli sull'idoneità dello studio professionale, il medico è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.

3. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il medico e' 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 nome, cognome, indirizzo e numero del libretto di iscrizione dell'assistito. Se la prestazione e' eseguita previa l'autorizzazione sanitaria dell'Azienda, alla distinta deve essere allegato l'originale dell'autorizzazione stessa sul quale il medico per ogni singola prestazione eseguita, deve far apporre la firma dell'assistito che ne ha beneficiato o, in caso di impedimento, di chi ha assistito all'avvenuta prestazione. Il mancato invio della distinta riepilogativa delle prestazioni entro il termine stabilito priva l'Ente erogatore della possibilita' di esercitare tempestivamente i propri poteri di controllo. Qualora il ritardo sia dovuto a causa di forza maggiore, il caso sara' esaminato ai fini del pagamento tra l'Ente erogatore e il sanitario interessato.

4. Al pediatra spettano i compensi omnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario. Fermo quanto previsto dall'art. 6, comma 2, nessun onere a qualsiasi titolo puo' 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 3).

5. Gli emolumenti riferiti alle prestazioni aggiuntive non possono superare mensilmente il 14% dei compensi corrisposti nello stesso mese al medico. Non concorrono al raggiungimento di tale percentuale le prestazioni effettuate nell'ambito di specifici protocolli assistenziali concordati.

6. Le parti firmatarie si impegnano, al compimento del sesto mese successivo all'esecutivita' del presente Accordo, a verificare l'andamento degli oneri conseguenti alle prestazioni in oggetto e qualora si riscontrino oneri aggiuntivi senza corrispondenti diminuzioni di spese per il medesimo titolo in altri settori si impegnano altresì ad un protocollo integrativo di revisione dell'istituto in oggetto.

#### NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PROFESSIONALI AGGIUNTIVE IN VIGORE DALLA DATA DI PUBBLICAZIONE NELLA GAZZETTA UFFICIALE DEL DPR DI RECEPIMENTO DEL PRESENTE ACCORDO

##### A) PRESTAZIONI TERAPEUTICHE Dall'1/1/99 dall'1/1/00

1. Sutura di ferita superficiale 6.400 6.500
2. Rimozione di punti di sutura e medicazione 23.500 23.900
3. Fleboclisi(unica: eseguibile in caso di intervento di urgenza) 23.500 23.900
4. Tamponamento nasale anteriore 10.700 10.900
5. Rimozione tappo di cerume 13.600 13.900
6. Rimozione di corpo estraneo 13.600 13.900
7. Prima medicazione (\*) 23.500 23.900
8. Medicazioni successive 11.800 11.900
9. Toilette di perionichia suppurata 23.500 23.900
10. Riduzione della pronazione dolorosa dell'ulna 19.600 19.800
11. Riduzione della sublussazione articolare scapolo-omerale 30.400 30.800
12. Terapia iniettorica desensibilizzante (per seduta) 17.600 17.900
13. Asportazione di verruche 16.600 16.800
14. iniezione endovenosa 11.800 11.900
15. Trattamento provvisorio di frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo - piccoli segmenti 24.700 25.100  
- grandi segmenti 33.000 33.400

16. Frenulectomia linguale 28.400
17. Cateterismo vescicale 17.600
18. Drenaggio di ascesso sottocutaneo 72.000

#### PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE SANITARIA

Dall'1/1/99 dall'1/1/00

1. Boel test 41.000 41.500
2. Screening per l'ambliopia 41.000 41.500

#### B) VACCINAZIONI

- nell'ambito di campagne vaccinali concordate con Azienda o Regione

#### C) PRESTAZIONI DI TIPO DIAGNOSTICO DA DEFINIRE NELL'AMBITO DI ACCORDI REGIONALI

1. Conta leucocitaria (con microscopio e camera di Burkner)
2. Esame microscopico urine (con microscopio e camera di Burkner)
3. PCR
4. MicroVES
5. Agglutinine a frigore
6. Ricerca SBEGA
7. Prelievo di sangue capillare
8. Prelievo di sangue venoso
9. Prelievo microbiologico
10. Test alla luce di Wood
11. Prick test
12. Otoscopia pneumatica
13. Impedenzometria
14. Audiometria tonale
15. Scoliometria
16. Spirometria
17. Terapia aerosolica

---

#### ALLEGATO C

(art. 19 p.7)

#### PROCEDURE TECNICHE PER L'APPLICAZIONE DEL RAPPORTO OTTIMALE

1. Stabilito per determinazione della Regione l'ambito territoriale, ai fini dell'acquisizione delle scelte, nello stesso va applicato il cosiddetto rapporto ottimale.
2. Si procede in questo modo.
3. Si stabilisce quale e' la popolazione 0-6 anni nell'ambito risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

4. A parte si prende l'elenco dei pediatri già operanti nell'ambito in questione.

6. Ad ogni medico viene attribuito un valore ai fini dell'applicazione del rapporto ottimale.

7. Esso sarà:

- uguale a 600 per tutti coloro che usufruiscono della quota individuale o che hanno un massimale superiore a 600.

8. Fatta la somma di questi valori la si sottrae al numero degli abitanti valido al fine dell'applicazione del rapporto ottimale.

9. La zona è carente se il risultato della sottrazione comporta un numero superiore a 300 e si inserirà un medico per ogni 600 abitanti o frazione superiore a 300 in relazione al risultato della sottrazione.

10. Esempio

Ambito territoriale 52.000 abitanti; popolazione pediatrica 6.050 abitanti al fine dell'applicazione del rapporto ottimale abitanti 6.050.

Ambito territoriale 52.000 abitanti; popolazione pediatrica 6.050 abitanti.

Al fine del rapporto ottimale:

Popolazione pediatrica 6.050.

Medici inseriti nell'ambito:

2 a 1000 scelte di massimale valgono 600 1.200(2 x 600)

6 a 800 scelte di massimale valgono 600 3.600(3 x 600)

Totale 4.800

La zona è carente:  $6.050 - 4.800 = 1.250$

Devono essere inseriti 2 pediatri

-----  
ALLEGATO D)

(Art. 37- p.7)

SCHEMA DI ACCESSO IN OSPEDALE Caro collega, invio in ospedale ...A .... Paziente signor

.....

.....

1) Motivo del ricovero .....



2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto

.....

.....

3) Dati estratti dalla scheda sanitaria .....

.....

.....

.....

Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.

Ti segnalo l'opportunita' che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata, in busta chiusa, un esauriente relazione clinica.

..... li' .....

Dott..... Recapito telefonico .....

-----

ALLEGATO E)

(Art. 44-)

## ASSISTENZA DOMICILIARE AI BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA

### art. 1 DEFINIZIONE

1. L'Assistenza ai bambini con patologia cronica e' 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 piu' 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 e bambini con patologia cronica (adi;adp) di cui all'art. 44 e' svolta assicurando al domicilio del paziente, con le modalita' e le cadenze temporali definite nel programma concordato con il Responsabile di distretto per effettuare:

- monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;
- controllo dello sviluppo psicofisico del bambino:
- predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- indicazione ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;
- 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;
- individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o e'quipe socio sanitari che operano nella AUSL in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso.

## Art. 2 OBIETTIVI

Gli obiettivi del Servizio sono:

1. 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.
2. Il contenimento delle complicità invalidanti di tipo irreversibile.
3. La promozione della permanenza dei minori in famiglia.
4. La razionalizzazione degli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi in piccoli pazienti con riacutizzazione di patologie croniche.
5. L'avvio di interventi di dimissione protetta e/o ospedalizzazione domiciliare.
6. La riduzione ricoveri impropri nonché dell'utilizzo improprio dei servizi ospedalieri.
7. 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. Il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti da patologie di rilevante interesse sociale che di seguito sono 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 - cerebropatici e cerebrolesi,

con forme gravi - tetraplegia - autismo e altre psicosi, - epilessie - immunodeficienza acquisita - diabete mellito - neonati a rischio di deficit neurosensoriali;

- bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori

#### Art. 4 PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

1. Il servizio è attivato dal pediatra di concerto con il responsabile dell'assistenza sanitaria del Distretto di residenza del paziente anche su segnalazione di:

- il responsabile dell'Unità Operativa ospedaliera all'atto della dimissione;
- servizi sociali;
- familiari del paziente.

2. Per ogni singolo paziente il pediatra propone un programma articolato di interventi socio sanitari. Tale programma deve essere concordato con il Responsabile del Distretto e dovrà contenere anche gli interventi demandati, per competenza, ad altri operatori della Azienda, nonché i momenti di verifica degli interventi stessi.

3. Il dirigente del 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;
- tiene la scheda degli accessi fornita dall'Azienda presso il domicilio del paziente sulla quale vengono riportati gli interventi.

5. Previo Accordo con il Dirigente del 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 omnicomprendente a quota variabile di £.36.600, 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 e' presentata all'Azienda secondo le modalita' e i tempi concordati a livello regionale.

3. Le prestazioni di cui all'allegato E) del D.P.R. 613/96 sono remunerate fino alla pubblicazione del presente Accordo secondo i seguenti importi: dall'1.1.99 al 31.12.99, Lire 35.800 ad accesso, e dal 1.1.2000 Lire 36.600 ad accesso.

4. I compensi di cui al comma 1) possono essere incrementati a seguito di specifici accordi aziendali che tengono conto del raggiungimento di predefiniti obiettivi relativi alle patologie di cui al presente allegato.

#### Art. 6 DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO .

1. Presso ogni Distretto, e' curata la tenuta di un fascicolo per ciascun medico pediatra che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.

2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti e modelli per l'assistenza domiciliare in ordine alfabetico.

#### Art. 7 VERIFICHE

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio dell'Azienda e i responsabili distrettuali delle attivita' 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 medico pediatra.

3. L'assistenza puo' essere non attivata o sospesa, motivatamente, sia dal medico pediatra che dall'Azienda, salvaguardando comunque le esigenze socio sanitarie del paziente.

-----

#### ALLEGATO E bis

#### ASSISTENZA AMBULATORIALE A BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA

##### Art. 1

L'Assistenza ambulatoriale a bambini con patologia cronica (aap) di cui all'art. 44, comma 1, lettera a), b), e' svolta assicurando presso l'ambulatorio del pediatra dei controlli clinici periodici: settimanali o quindicinali o mensili o a scadenze temporali definite in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

- Monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;

- Controllo dello sviluppo psicofisico del bambino;

- Predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
- Indicazione ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;
- 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;
- Individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o e'quipe socio sanitari che operano nella AUSL in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso.

## Art. 2

Attivazione del servizio Ambulatoriale 1 Fatta salva diversa determinazione regionale nell'ambito degli accordi decentrati, il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti da patologie di rilevante interesse sociale che di seguito sono 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 - Cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi - Tetraplegici - Disturbi del comportamento - Epilessie - Immunodeficienza 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 gia' sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori.

## Art. 3

Le Regioni, nell'ambito degli accordi decentrati definiscono le procedure per l'attivazione dell'assistenza, i compensi economici e le modalita' di pagamento. Di seguito si fornisce un esempio di modalita' organizzative:

1. La segnalazione del caso abbisognevole di assistenza ambulatoriale puo' essere effettuata dal pediatra di famiglia, dai competenti servizi sanitari e sociali e dalle famiglie.
2. L'esame del programma da parte del medico dell'Azienda deve avvenire entro 7 giorni dalla segnalazione effettuata secondo le modalita' di cui sopra al Distretto competente per territorio riferito alla residenza dell'assistito. In caso di mancato riscontro entro il termine innanzi indicato, salvi eventuali successivi controlli, si intende a tutti gli effetti approvato.
3. Al pediatra oltre all'ordinario trattamento economico e' corrisposto un compenso omnicomprendivo nella misura di regola ammontante a £.....per accesso.
4. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.
5. In caso di ricovero ospedaliero in strutture sanitarie o sociali al fine di garantire la continuita' assistenziale e l'auspicata integrazione funzionale tra la rete di assistenza territoriale e la struttura di

ricovero, per ogni accesso, al pediatra verra' corrisposto il compenso previsto nel comma 1, del presente articolo.

6. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome e nome dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.

7. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che deve sempre essere documentata alla Azienda nei tempi previsti.

-----  
ALLEGATO F)  
(Art. 23-p.8)

#### REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA PEDIATRA TITOLARE E PEDIATRA SOSTITUITO NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA

1. Fermi gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 23, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto dell'uso delle attrezzature e delle altre spese oltre che della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.

2. Al medico sostituto spettano almeno il 50% della quota fissa (art.41, punto A1).

3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore mobilità, i compensi di cui al comma 2 spettano, per i primi 30 giorni, integralmente al medico sostituito se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

4. Qualora il medico sostituito non sia in possesso del titolo di specializzazione in pediatria, i rapporti economici di cui al presente articolo verranno regolati secondo le norme previste dall'Accordo della Medicina Generale.

-----  
ALLEGATO G)  
(Art. 30, lett. g)

#### INCENTIVAZIONE PER INSEDIAMENTO IN ZONE DISAGIATE

1. Sono considerate disagiate le zone che permangono scoperte per oltre 1 anno dalla pubblicazione della carenza o in base ad altri criteri individuati dall'Azienda per particolari difficoltà orografica comprese le isole o per popolazione pediatrica rarefatta e sparsa.

2. L'insediamento del pediatra viene incentivato mediante:

- a) la messa a disposizione da parte della Regione di struttura ambulatoriale a costo ridotto;
- b) l'utilizzazione del pediatra per attività territoriali programmate nei limiti dell'attività globalmente consentita e anche in deroga ai limiti temporali di cui all'art. 47, comma 1;
- c) l'incremento economico di cui all'art. 41, comma 3.

-----

All. H

#### CERTIFICAZIONI SPORTIVE .

- a) Per attività parascolastiche si intendono le attività fisico-sportive svolte in orario extracurricolare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare e campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti; sono escluse le attività ginnico-motorie con finalità ludico-ricreative, ginnico-formative, riabilitative o rieducative, praticabili a prescindere dall'età e senza controllo sanitario preventivo obbligatorio.
- b) Necessitano della certificazione di stato di buona salute per i Giochi della gioventù ed i Giochi Sportivi Studenteschi gli alunni, già selezionati, che partecipano alle fasi successive a quelle di Istituto o di rete di Istituti (sovrintesi da un'unica autorità scolastica). Poiché nella scuola elementare i Giochi Sportivi Studenteschi sono limitati alla fase di Istituto e hanno carattere educativo, formativo e mai competitivo non necessitano di certificazione.
- c) La certificazione di stato di buona salute per la partecipazione alle manifestazioni sportive organizzate da Enti pubblici o privati tramite i P.O.F.( Piani Offerte Formative ) è dovuta per le sole attività che rientrano tra quelle definite alla lettera a) del presente allegato.

ALLEGATO I) DICHIARAZIONE INFORMATIVA (dichiarazione sostitutiva di atto notorio) Il sottoscritto Dott. ....

nato a ..... il ..... residente in .....

Via/Piazza ..... n..... iscritto all'Albo dei ..... della Provincia di .....

ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n. 15 Dichiaro formalmente di 1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto ..... ore settimanali .....

Via ..... Comune di .....

Tipo di rapporto di lavoro .....

Periodo: dal .....

2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R....., con massimale di n....scelte Periodo: dal .....

3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2) A.S.L ..... branca ..... ore sett .....

A.S.L ..... branca ..... ore sett .....

4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

(2) Provincia ..... branca .....

Periodo: dal.....

5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione ..... o in altra Regione (2):

Regione ..... A.S.L ..... ore sett.....

in forma attiva - in forma di disponibilità (1) 6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 333/78: (2) Organismo ..... ore sett .....

Via. .... Comune di .....

Tipo di attività .....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal .....

7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2) Organismo ..... ore sett .....

Via. .... Comune di .....

Tipo di attività .....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal .....

8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda ..... ore sett .....

Via. .... Comune di .....



Periodo: dal .....

9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2) A.S.L. .... Comune di .....

Periodo: dal .....

10. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di Previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal .....

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti;

in caso negativo scrive: nessuna) .....

.....

Periodo: dal .....

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6):

Soggetto pubblico .....

Via. .... Comune di .....

Tipo di attività .....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal .....

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di : (2)

.....

.....

Periodo: dal .....

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:(2) soggetto erogante il trattamento di adeguamento

.....

Periodo: dal .....

NOTE

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede data Firma Autentica della sottoscrizione (Timbro) L'anno millenovecentonovanta addì del mese di è comparso / Signor della cui identità sono certo per / quale, dopo essere stato da me ammonit sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, mi ha reso la su-estesa dichiarazione, sottoscrivendola in mia presenza.

(Firma dell'incaricato)

-----  
ALL. L)

## PROGETTO SALUTE INFANZIA

Le Regioni possono, nell'ambito della propria autonomia programmatica, prevedere l'attivazione del "Progetto salute infanzia", che rappresenta un qualificato sviluppo del programma delle "visite eta' filtro" previsto nel precedente Accordo. Il "Progetto salute infanzia", salve diverse determinazioni regionali, e' costituito da un piano base che preveda almeno cinque bilanci di salute, oltre al primo di cui all'art. 29, comma 3, pianificati in eta' che possono permettere adeguati interventi di educazione sanitaria e profilassi delle malattie infettive in armonia con obiettivi di salute enunciati dal PSN e con il nuovo calendario vaccinale stabilito dal Piano Nazionale Vaccini 2000.

Il pediatra e' tenuto all'esecuzione delle visite eta' filtro secondo protocolli operativi, conformi al piano base del presente progetto, definiti mediante accordi a livello regionale. Tali protocolli devono prevedere un minimo di cinque bilanci di salute da eseguirsi nella fascia d'eta' zero sei anni secondo le tabelle seguenti fatti salvi diversi accordi regionali. Le Regioni possono, previo specifico Accordo, 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 Lire 25.000, detratta la quota ENPAM a carico dell'Azienda.

Tali compensi saranno liquidati mensilmente dalla data di pubblicazione del presente Accordo sulla base di un riepilogo delle prestazioni rese.

La liquidazione dei compensi deve avvenire entro il secondo mese successivo alla presentazione del riepilogo. Il "Progetto, salute infanzia" puo' prevedere, inoltre, dei 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. 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.

Al fine di garantire l'opportunita' di usufruire del "Progetto salute infanzia" a tutti gli assistiti ed in particolare a quelli appartenenti alle fasce sociali svantaggiate, a cura delle Aziende, le famiglie saranno adeguatamente informate sui tempi di esecuzione del progetto e sollecitate al puntuale rispetto delle scadenze previste.

-----  
ELENCO DELLE PARTI FIRMATARIE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, AI SENSI DELL'ART. 4, COMMA 9, DELLA LEGGE N.412/91 E DELL'ART. 8 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 502/92, COME MODIFICATO DAI DECRETI LEGISLATIVI N. 517/93 E N. 229/99

Regione Veneto:

Regione Lazio:

Regione Toscana:

Regione Campania Regione Umbria:

Regione Abruzzo:

Regione Lombardia:

F.I.M.P. (Federazione Italiana Medici Pediatri):

F.N.A.M. - C.I.Pe.(Federazione Nazionale Area Medica Confederazione Italiana Pediatri):

-----  
**AVVERTENZA:**

Il testo delle note qui pubblicato e' stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art. 10, comma 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali e' operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse:

- Il testo dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n.833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), e' il seguente:

"Art. 48 (Personale a rapporto convenzionale). - L'uniformita' del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale e' garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria.

La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti e' costituita rispettivamente: dai Ministri della sanita', del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di cui all'art. 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente e' reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri. I competenti organi locali adottano entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

- 1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati di ogni unita' sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;
- 2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti, convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;
- 3) l'accesso alla convenzione, che e' consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;
- 4) la disciplina delle incompatibilita' e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attivita' mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;
- 5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attivita' libero-professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione.

Eventuali deroghe in aumento al numero massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata alla unita' sanitaria locale;

- 6) l'incompatibilita' con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);
- 7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantita' e qualita' del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni.

Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

9) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'art. 28.

È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo.

Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i collegi professionali nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontologico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i

comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti di cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla Gazzetta Ufficiale del 28 ottobre 1976, n. 289."

- Il testo dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

"Art. 8. - 1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la riacquiescenza della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;

c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unita sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali.

In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai

programmi di attivita' e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera t); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attivita' previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f);

e) garantire l'attivita' assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attivita' dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;

f) prevedere le modalita' attraverso le quali le unita' sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attivita' e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attivita' del distretto;

g) disciplinare le modalita' di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attivita' del distretto e alla verifica, del loro raggiungimento;

h) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato di cui all'art. 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256, o titolo equipollente ai sensi dell'art. 6 del predetto decreto, prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzia i medici forniti dell'attestato, al fine di riservare loro una percentuale predeterminata di posti in sede di copertura delle zone carenti;

i) regolare la partecipazione di tali medici a societa', anche cooperative, al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

l) prevedere la possibilita' di stabilire specifici accordi con i medici gia' titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalita' e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalita' con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unita' sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto, o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione.

1-bis. Le aziende unita' sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, a esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attivita' di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, le regioni possono individuare aree di attivita' della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, addetti a tali attivita', i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle

dotazioni organiche definite e approvate nel rispetto dei principi di cui all'art. 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale".

- Il decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, concerne "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

- Il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, concerne "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

- Il testo dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), è il seguente:

"9. La delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il comparto del personale del Servizio sanitario nazionale ed il personale sanitario a rapporto convenzionale è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Partecipano i rappresentanti dei Ministeri del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e, limitatamente al rinnovo dei contratti, del Dipartimento della funzione pubblica, designati dai rispettivi Ministri. La delegazione ha sede presso la segreteria della Conferenza permanente, con un apposito ufficio al quale è preposto un dirigente generale del Ministero della sanità a tal fine collocato fuori ruolo. Ai fini di quanto previsto dai commi ottavo e nono dell'art. 6 della legge 29 marzo 1983, n. 93, come sostituiti dall'art. 18 della legge 12 giugno 1990, n. 146, la delegazione regionale trasmette al Governo l'ipotesi di accordo entro quindici giorni dalla stipula, (Comma abrogato, limitatamente alla disciplina sui contratti di lavoro riguardanti i dipendenti delle amministrazioni, aziende ed enti di servizio sanitario, dall'art. 74, decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29)." - Il testo dell'art. 74, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 (Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

"Art. 74 (Norme abrogate). -1. Sono abrogate le disposizioni incompatibili con il presente decreto ed in particolare le seguenti norme:

articoli 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 26, comma quarto, 27, comma primo, n. 5, 28, 30, comma terzo, della legge 29 marzo 1983, n. 93;

legge 10 luglio 1984, n. 301, fatte salve quelle che riguardano l'accesso alla qualifica di primo dirigente del Corpo forestale dello Stato;

art. 17, comma 1, lettera e), della legge 23 agosto 1988, n. 400;

art. 9 della legge 9 maggio 1989, n. 168;

art. 32, comma 2, lettera c), limitatamente all'espressione "la disciplina dello stato giuridico e delle assunzioni del personale" e art. 51, comma 8, della legge 8 giugno 1990, n. 142;



art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, limitatamente alla disciplina sui contratti di lavoro riguardanti i dipendenti delle amministrazioni, aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale;

art. 10, comma 2, della legge 30 dicembre 1991, n. 412;

art. 4, commi decimo, undicesimo, dodicesimo e tredicesimo, della legge 7 luglio 1980, n. 312;

art. 2 del decreto-legge 6 giugno 1981, n. 283, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 1981, n. 432;

articoli 27 e 28 del decreto del Presidente della Repubblica 8 maggio 1987, n. 266, come integrato dall'art. 10 del decreto del Presidente della Repubblica 17 settembre 1987, n. 494;

art. 4, commi 3 e 4, e art. 5, della legge 7 luglio 1988, n. 254; art. 10 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 534;

art. 10, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 533, fatti salvi i concorsi banditi alla data di entrata in vigore del presente decreto;

art. 6 della legge 11 luglio 1980, n. 312;

articolo 6-bis del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67;

i riferimenti alla legge 4 giugno 1985, n. 281, e alla legge 10 ottobre 1990, n. 287, contenuti nell'art. 7, comma 1, del decreto-legge 19 settembre 1992, n. 384, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 novembre 1992, n. 438, e nell'art. 2, comma 8, del decreto-legge 7 luglio 1992, n. 333, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 1992, n. 359."

- Il testo dell'art. 17, comma 1, lettera d), della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri), e' il seguente:

"Art. 17 (Regolamenti).

- 1. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri sentito il parere del Consiglio di Stato che deve pronunciarsi entro novanta giorni dalla richiesta, possono essere emanati regolamenti per disciplinare:

a) - c) (Omissis);

d) l'organizzazione ed il funzionamento delle amministrazioni pubbliche secondo le disposizioni dettate dalla legge;"

- La legge 12 giugno 1990, n. 146, concerne "Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati. Istituzione della Commissione di garanzia dell'attuazione della legge".

- La legge 11 aprile 2000, n. 83, concerne "Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati".

- Il testo dell'art. 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999 n. 133 (Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione federalismo fiscale), e' il seguente:

"Art. 10 (Disposizioni in materia di federalismo fiscale). - 1. Il Governo e' delegato ad emanare, entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o piu' decreti legislativi aventi per oggetto il finanziamento delle regioni a statuto ordinario e l'adozione di meccanismi perequativi interregionali, in base ai seguenti principi e criteri direttivi:

a) abolizione dei vigenti trasferimenti erariali a favore delle regioni a statuto ordinario, ad esclusione di quelli destinati a finanziare interventi nel settore delle calamita' naturali, nonche' di quelli a specifica destinazione per i quali sussista un rilevante interesse nazionale; sono in ogni caso ricompresi tra i trasferimenti soppressi quelli destinati al finanziamento del trasporto pubblico di cui al decreto legislativo 19 novembre 1997, n. 422, e della spesa sanitaria corrente; quest'ultima e' computata al netto delle somme vincolate da accordi internazionali e di quelle destinate al finanziamento delle attivita' degli istituti di ricovero e cura, delle attivita' degli istituti di ricerca scientifica e sperimentale e delle iniziative previste da leggi nazionali o dal piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo nazionale e internazionale per ricerche e sperimentazioni attinenti alla gestione dei servizi e alle tecnologie e biotecnologie sanitarie, in misura non inferiore alla relativa spesa storica. Fermo restando quanto previsto dal comma 2 dell'art. 121 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sono determinati, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano i criteri per il raccordo dell'attivita' degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con la programmazione regionale, nonche' le modalita' per il finanziamento delle attivita' assistenziali;

b) sostituzione dei trasferimenti di cui alla lettera a) e di quelli connessi al conferimento di funzioni alle regioni di cui al capo I della legge 15 marzo 1997, n.59, mediante un aumento dell'aliquota di compartecipazione dell'addizionale regionale all'IRPEF, con riduzione delle aliquote erariali in modo tale da mantenere il gettito complessivo dell'IRPEF inalterato;

aumento dell'aliquota della compartecipazione all'accisa sulla benzina, la quale non potra' comunque essere superiore a 450 lire al litro; istituzione di una compartecipazione all'IVA, in misura non inferiore al 20 per cento del gettito IVA complessivo. Le assegnazioni alle regioni del gettito delle compartecipazioni, al netto di quanto destinato al fondo perequativo di cui alla lettera e), avvengono con riferimento a dati indicativi delle rispettive basi imponibili regionali;

c) determinazione delle esatte misure delle aliquote di cui alla lettera b) in modo tale da assicurare, tenuto conto della regolazione delle quote riversate allo Stato ai sensi dell'art. 26, comma 2, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, la copertura complessiva dei trasferimenti aboliti;

d) previsione di meccanismi perequativi in funzione della capacita' fiscale relativa ai principali tributi e compartecipazioni a tributi erariali, nonche' della capacita' di recupero dell'evasione fiscale e dei fabbisogni sanitari; previsione, inoltre, di un eventuale periodo transitorio, non superiore ad un triennio, nel quale la perequazione possa essere effettuata anche in funzione della spesa storica; cio' al fine di consentire a tutte le regioni a statuto ordinario di svolgere le proprie funzioni e di erogare i servizi di loro competenza a livelli essenziali ed uniformi su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle capacita' fiscali insufficienti a far conseguire tali condizioni e della esigenza di superare gli squilibri socio-economici territoriali;

e) previsione di istituire un fondo perequativo nazionale finanziato attingendo alla compartecipazione all'IVA di cui alla lettera b), ed eventualmente destinando a questa

finalizzazione anche quota parte dell'aliquota della compartecipazione all'accisa sulla benzina di cui alla medesima lettera b);

f) revisione del sistema dei trasferimenti erariali agli enti locali in funzione delle esigenze di perequazione connesse all'aumento dell'autonomia impositiva e alla capacita' fiscale relativa all'ICI e alla compartecipazione all'IRPEF non facoltativa. La perequazione deve basarsi su quote capitarie definite in relazione alle caratteristiche territoriali, demografiche e infrastrutturali, nonche' alle situazioni economiche e sociali e puo' essere effettuata, per un periodo transitorio, anche in funzione dei trasferimenti storici;

g) previsione di un periodo transitorio non superiore al triennio nel quale ciascuna regione e' vincolata ad impegnare, per l'erogazione delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, una spesa definita in funzione della quota capitaria stabilita dal piano sanitario nazionale; la rimozione del vincolo e' comunque coordinata con l'attivazione del sistema di controllo di cui alla lettera i); gli eventuali risparmi di spesa sanitaria rimangono attribuiti in ogni caso alla regione che li ha ottenuti;

h) estensione dei meccanismi di finanziamento di cui alla lettera b) alla copertura degli oneri per lo svolgimento delle funzioni e dei compiti trasferiti alle regioni, ai sensi del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59, ad esito del procedimento di identificazione delle risorse di cui all'articolo 7 della predetta legge n. 59 del 1997, tenuto conto dei criteri definiti nelle lettere precedenti, nonche' dei criteri previsti dall'articolo 48, comma 11, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, in quanto applicabile;

i) previsione di procedure di monitoraggio e di verifica dell'assistenza sanitaria erogata, in base ad appropriati parametri qualitativi e quantitativi, nonche' di raccolta delle informazioni a tal fine necessarie, anche condizionando al loro rispetto la misura dei trasferimenti perequativi e delle compartecipazioni; razionalizzazione della normativa e delle procedure vigenti in ordine ai fattori generatori della spesa sanitaria, con particolare riguardo alla spesa del personale, al fine di rendere trasparenti le responsabilita' delle decisioni di spesa per ciascun livello di governo;

l) previsione di una revisione organica del trattamento e del regime fiscale attualmente vigente per i contributi volontari e contrattuali di assistenza sanitaria versati ad enti o casse, al fine di:

1) riconoscere un trattamento fiscale di prevalente agevolazione in favore dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, come disciplinati dalle disposizioni attuative della legge 30 novembre 1998, n.419;

2) assicurare la parita' di trattamento fiscale tra i fondi diversi da quelli di cui al numero 1);

3) garantire l'invarianza complessiva del gettito ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche;

m) coordinamento della disciplina da emanare con quella attualmente vigente in materia per le regioni a statuto speciale, salvo i profili attribuiti alle fonti previste dagli statuti di autonomia;

n) estensione anche alle regioni della possibilita' di partecipare alle attivita' di accertamento dei tributi erariali, in analogia a quanto gia' previsto per i comuni dall'art. 44 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 600;

o) abolizione della compartecipazione dei comuni e delle province al gettito dell'IRAP di cui all'art. 27, commi 1, 2 e 3, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n.446, e conseguente rideterminazione dei trasferimenti erariali alle regioni, alle province e ai comuni in modo da

garantire la neutralità finanziaria per i suddetti enti e la copertura degli oneri di cui all'art. 1-bis del decreto-legge 25 novembre 1996, n. 599, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 gennaio 1997, n. 5. Ai fini della suddetta rideterminazione si fa riferimento alla compartecipazione all'IRAP per l'anno 1998;

p) previa verifica della compatibilità con la normativa comunitaria, facoltà per le regioni a statuto ordinario di confine di ridurre la misura dell'accisa sulle benzine, nei limiti della quota assegnata alle stesse regioni, anche in maniera differenziata per singoli comuni, in ragione della distanza dal confine nazionale.

Previsione di misure di compartecipazione regionale all'eventuale aumento del gettito della quota statale dell'accisa sulle benzine accertato nelle regioni per effetto della prevista riduzione della quota regionale;

q) definizione delle modalità attraverso le quali le regioni e gli enti locali siano coinvolti nella predisposizione dei provvedimenti attuativi della delega di cui al presente comma;

r) previsione, anche in attuazione delle norme vigenti, di misure idonee al conseguimento dei seguenti principi e obiettivi:

1) le misure organiche e strutturali corrispondano alle accresciute esigenze conseguenti ai conferimenti operati con i decreti legislativi attuativi della legge 15 marzo 1997, n. 59;

2) le regioni siano coinvolte nel processo di individuazione di conseguenti trasferimenti erariali da sopprimere e sostituire con il gettito di compartecipazione di tributi erariali e di predisposizione della relativa disciplina."

Nota all'art. 1:

- Per il testo dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si veda nelle note alle premesse.