

**ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA PEDIATRIA DI FAMIGLIA**  
**ANNO 2020**  
**PREINTESA**

La pediatria di famiglia, quale parte del sistema delle cure primarie, costituisce il punto di primo contatto del cittadino con il sistema sanitario; l'orientamento globale al bambino, alla sua famiglia e al contesto in cui il bambino è inserito porta ad una forte attenzione alla tutela della salute del minore e al supporto per un suo armonico sviluppo caratterizzando un modo di operare attento alla prevenzione, alla presa in carico del bambino e del suo sviluppo che integra a pieno titolo l'attività relativa alla cura dell'acuzie. Quindi rimane significativo lo sviluppo che Regione e le OO.SS. hanno dato agli strumenti a forte connotazione preventiva (bilanci di salute, vaccinazioni anche in copagamento) oltre che a quelli connessi alla presa in carico (PIC ed APA).

Sul versante delle acuzie e quale ulteriore elemento di qualificazione del settore, occorre notare come nel tempo il pediatra di famiglia abbia sviluppato l'utilizzo di strumentazione non complessa dal punto di vista tecnologico ma di forte efficacia rispetto all'anticipo diagnostico e, anche se in misura minore, al monitoraggio dell'assistito cronico.

Il pediatra dal punto di vista organizzativo nel tempo ha assicurato un livello significativo di associazionismo e in misura minore di personale di studio e infermiere che possono costituire elemento ulteriore per la ridefinizione dell'offerta.

Durante la pandemia il pediatra di famiglia ha in larga misura mantenuto il contatto con i propri assistiti avvalendosi nelle situazioni complesse domiciliari delle USCA. La situazione venutasi a creare ha differito temporalmente gli altri aspetti dell'accordo integrativo regionale per il 2020; il presente accordo nel valutare la situazione attuale e le prospettive, introduce ampliando i contenuti dell'accordo regionale siglato l'anno passato con le modifiche/integrazioni di seguito evidenziate:

## **1. ACCORDI AZIENDALI**

### **1.1 Stabilizzazione delle forme associative e personale di studio**

- a) Si conviene l'importanza di portare a sistema il costo relativo al collaboratore di studio, infermiere ed alle forme associative (semplice, gruppo, evolute e modulo aggiuntivo rete) riconosciute con l'indennità prevista dall'A.C.N. al 31.12.2018 e il cui costo era ricompreso in parte all'interno dell'assegnazione annuale delle RAR. Il costo di tale operazione è definito in € 1.800.000,00 (oneri inclusi). Allo scopo si mette a disposizione un fondo aggiuntivo pari a € 1.500.000,00 (oneri inclusi)

mentre le restanti risorse saranno acquisite dalle disponibilità derivanti dalle riduzioni delle prestazioni non erogate durante la pandemia o dalla riduzione dei costi derivanti dalla diminuzione della popolazione assistita riscontrata nel corso del 2020. Resta inteso che l'intero valore della predetta storicizzazione pari come detto a € 1.800.000,00 (oneri inclusi), avrà compiutamente valore con l'esercizio 2021.

Questo impegna le ATS a definire in sede di accordi integrativi aziendali (di seguito AIA) un volume di costo per ciascuna tipologia di forma associativa così come per il personale di studio. All'interno del valore complessivo di costo saranno possibili variazioni del peso di ciascuna tipologia, mentre per le variazioni incrementali al predetto fondo, così come determinato, si dovrà far riferimento all'assegnazione delle RAR. Si precisa altresì che qualora dal bilancio relativo al processo di turn over dei professionisti operanti in un'ATS, la quota delle indennità dei pediatri cessanti dovesse risultare superiore alla quota delle indennità delle nuove richieste, tale differenza costituisce una dotazione/fondo di ATS utilizzabile per gli anni successivi ai medesimi fini.

Le parti concordano che le RAR rese disponibili dalla storicizzazione sopra riportata vengano in parte reinvestite per riconoscere dal 1.1.2020 le indennità relative al collaboratore di studio e all'infermiere già a contratto nel corso del 2019 ma non ancora riconosciute da ATS.

Si precisa che, nel caso in cui il pediatra abbia fatto ricorso all'istituto della cassa integrazione nel corso del 2020 per il proprio collaboratore di studio o per l'infermiere, non avrà diritto al riconoscimento dell'indennità relativa per il periodo di cassa integrazione richiesto.

Le parti concordano altresì che, sempre nell'ambito delle RAR rese disponibili, a partire dal 1.10.2020 siano riconosciute le indennità relative ai pediatri che abbiano costituito o siano entrati a far parte di una forma associativa semplice, di gruppo, modulo di rete o forma evoluta dal 1.1.2019 al 31.07.2020 (compresi eventuali passaggi dall'una all'altra delle forme indicate). Allo stesso modo si dovrà procedere al riconoscimento delle indennità per collaboratore e infermiere per quei pediatri che hanno contrattualizzato le figure di cui si tratta dal 1.1.2020 al 31.07.2020.

## **1.2 Accordi Aziendali**

Entro il 15 ottobre 2020, le ATS dovranno stipulare gli accordi integrativi aziendali, nei quali dovranno essere individuate, le attività che intendono assicurare con la quota RAR di 10.50 €/assistito già assegnata in sede di bilancio preventivo, al netto degli effetti di quanto sopra riportato.

Negli AIA devono essere pertanto dettagliati:

- a. il costo di ogni tipologia di forma associativa e/o collaboratore di studio/infermiere derivante dall'applicazione del presente AIR più eventuali ulteriori previsioni incrementalmente poste in capo alle RAR e i riflessi sull'esercizio successivo.
- b. le voci di spesa e la quantificazione anche percentuale di composizione del quadro generale (bilanci di salute, PIPP, riconoscimento a risultato per le attività a supporto della presa in carico in fascia di esclusiva)
- c. una quantificazione dei minori costi derivanti dalla riduzione delle prestazioni non erogate durante la pandemia e le ipotesi di utilizzo.

## **2. MASSIMALE DI SCELTA**

Nelle more della ridefinizione dei massimali in capo all'A.C.N. e nel ribadire la differenza tra massimale e carico assistiti, si conviene di reiterare i contenuti dell'accordo 2019 in tema di inserimento di nuovo pediatra.

Si solleciteranno le ATS affinché nella programmazione delle pubblicazioni ordinarie e straordinarie annuali vengano tenuti in considerazione le possibili cessazioni derivanti dal raggiungimento dell'età pensionabile.

Le ATS, nell'inserimento di un nuovo pediatra, dovranno attivare tutte le azioni necessarie, nel rispetto di quanto previsto dall'A.C.N., in tema di libertà di scelta.

Le azioni poste in essere devono avere l'obiettivo precipuo di minimizzare il disagio degli assistiti, soprattutto in conseguenza delle difficoltà di iscrizione verificate durante la pandemia di COVID-19. A tale scopo si concorda che ogni ATS dovrà avvisare tramite lettera - almeno 15 giorni prima dell'inizio dell'attività del nuovo pediatra - tutti gli assistiti rimasti iscritti all'incaricato, invitandoli ad operare al più presto la nuova scelta (anche per via telematica) a favore del neo-inserito o di altro pediatra già inserito nell'ambito, qualora disponibile.

## **3. ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ ANNO 2020**

Le indicazioni relative alla sorveglianza e alla presa in carico territoriale contenute nell'allegato 1 della DGR 2986/20 erano strettamente correlate alla situazione contingente in essere nel periodo di massimo picco epidemico nel territorio regionale. A seguito del variare dell'incidenza e della prevalenza

dell'infezione, delle conoscenze disponibili, del supporto delle USCA (la cui attivazione fa riferimento alla predetta D.G.R.), nelle settimane e nei mesi successivi sono andate via via modificandosi le indicazioni in tema di sorveglianza e soprattutto è andato a strutturarsi meglio l'offerta territoriale. Questa ha modificato nei fatti il comportamento dei MMG e PLS in merito all'assistenza ai pazienti, sia in ambito domiciliare (leggasi il supporto nei casi sospetti delle USCA) sia ambulatoriale (accesso su appuntamento e utilizzo dei DPI), circoscrivendo ad un contesto temporale definito ora differente i contenuti della D.G.R.

Pertanto si intende confermare che allo stato attuale

- 1) L'organizzazione dell'attività ambulatoriale si articola in attività preventive e di diagnosi e cura.
- 2) La pandemia ha dato enfasi al triage telefonico come modalità di accesso ma non come attività fine a sé stessa.

Ciò detto si ribadisce che l'attività sul paziente acuto è da svolgersi con cautela rispetto agli strumenti e alle azioni da porre in atto per il contenimento della diffusione del COVID 19.

Attualmente si ritiene che, in relazione all'andamento dell'infezione COVID – 19, sia importante riportare l'erogazione dell'attività ambulatoriale nell'area del paziente acuto a livelli quanto più possibile vicini a quelli ordinari, ribadendo che di norma l'accesso deve avvenire previo contatto telefonico con il pediatra.

Si ribadisce in ogni caso la necessità per le ATS di fornire gli adeguati sistemi di protezione in modo tale da assicurare continuità della fornitura. Questo a maggior ragione per l'approssimarsi del periodo di morbosità stagionale dove si chiede un forte supporto da parte dei pediatri nella diagnosi differenziale e nella gestione delle acuzie.

#### **4. APPLICAZIONE ATTO INTESA STATO REGIONI IN RELAZIONE ALL'A.C.N. DELLA PEDIATRIA DI FAMIGLIA E ART. 38 LEGGE 40/2020**

Si prende atto della nota SISAC 397/2020 nella quale attese le indicazioni normative e quanto sancito negli atti di indirizzo pervenuti ai fini della contrattazione di settore, vengono definiti i criteri di erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per l'anno 2018 e gli arretrati e gli incrementi a decorrere dal 1 gennaio 2019. Si prende atto altresì che l'adeguamento contrattuale previsto al comma 1 dell'art 38 del DL 23/2020 così come convertito dalla Legge 5 giugno 2020, n. 40 e come specificato dal comma 3 "viene erogato anche per garantire la reperibilità a distanza dei medici per tutta la giornata, anche con l'ausilio del personale di studio, in modo da contenere il contatto diretto e

conseguentemente limitare i rischi di contagio dei medici e del personale stesso”.

Si conviene che la contattabilità a distanza costituisca uno strumento di qualificazione del settore. Nel merito si ribadisce che la chiamata urgente nella sua definizione stretta debba trovare risposta attraverso l'utilizzo dei canali del sistema dell'urgenza. Alla luce delle indicazioni già fornite da Regione Lombardia in merito alla contattabilità a distanza attiva e passiva, le parti concordano di mantenerla in essere fino al 31.12.2020 anche qualora lo stato emergenziale non venisse protratto oltre la prevista scadenza del 15.10.2020. Si dà mandato alle ATS sentita preventivamente la struttura regionale competente di precisare in accordo con il Comitato Aziendale le modalità con le quali ottemperare alla predetta contattabilità assicurando altresì una risposta non necessariamente clinica, anche attraverso il personale di studio, alla problematica presentata e che in termini temporali deve essere proporzionata alla differibilità o meno della richiesta.

Ulteriori proroghe nel 2021 oltre la scadenza dello stato di emergenza dovranno essere definite nell'ambito di un percorso di riorganizzazione territoriale della pediatria di famiglia che riconosca come punti qualificanti le prestazioni di anticipo diagnostico, il monitoraggio del paziente cronico e la contattabilità del servizio nell'arco della giornata. Il percorso, a partire da quanto citato nel punto 9.3, deve essere avviato sia in sede regionale che locale, a partire dal mese di ottobre 2020.

Gli adeguamenti contrattuali 2019 previsti dall'art. 38 legge 40/2020 così come meglio precisati dalla nota SISAC 397/2020 verranno erogati entro il primo cedolino utile successivo alla approvazione del presente Accordo. L'adeguamento contrattuale 2020, verificate le disponibilità di cassa delle ATS, verrà erogato a partire dal primo cedolino utile successivo.

## **5. PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE**

Le prestazioni di particolare impegno professionale costituiscono uno strumento importante a disposizione del Pediatra per assicurare l'anticipo diagnostico nonché il monitoraggio del paziente cronico.

Le parti con il presente accordo, tenendo presente le indicazioni degli AA.CC.NN. e degli AA.II.RR. e i riscontri di letteratura, nonché al fine di perseguire una maggiore uniformità regionale di utilizzo, ridefiniscono le condizioni di rimborsabilità e i livelli massimi attesi di riconoscimento delle prestazioni con le indicazioni di cui alle successive tabelle. Eventuali superamenti dei livelli massimi attesi o casistiche particolari potranno essere gestiti in sede di Comitato Aziendale

### Livelli massimi attesi di PIPP

Prestazione	Codice	Volumi attesi/anno (prestazioni ogni 100 assistiti)
Sutura di ferita superficiale	P01	1%
Rimozione di punti di sutura e medicazione	P02	5%
Estrazione corpo estraneo dall'orecchio	P07	1%
Prima medicazione	P08	5%
Medicazioni successive	P09	5%
Riduzione della pronazione dolorosa dell'ulna	P15	1%
Terapia aerosolica (unica, urgente, broncodilat.)	P33	5%
Conta leucocitaria	P35	20%
Esame microscopico urine (cam. Burkner)	P36	10%
PCR	P37	20%
Ricerca SBEGA (comprensivo di prelievo per esame microbiologico)	P40	25%
Esame chimico urine mediante striscia reattiva	P45	10%
Emocromo + formula leucocitaria	P47	20%
Pulsossimetria	P48	5%
Glicemia	P49	5%
Picco di flusso espiratorio	P50	5%
Spirometria	PA7	10%
Prick - test	PA9	10%

### Condizioni di riconoscibilità

Prestazione	Codice	Limiti di rimborsabilità
Vaccinazione raccomandata (campagne vaccinali)	P34	solo con accordi specifici annuali
Otoscopia pneumatica	P41	solo in corso di visita APA OME
Prelievo di sangue capillare	P42	solo con PPIP P35, P37 o P47
Screening per l'Ambliopia	PA3	rimborsabile in presenza di 7° BdS
Test acuità visiva	PA5	rimborsabile in presenza di 8° BdS
Scoliometria	PA6	rimborsabile in presenza di 9° BdS
Plicometria	PB1	solo in corso di visita APA obesità
Impedenzometria	PB2	solo in corso di visita APA OME
Test riflesso rosso	PB4	se effettuata nel 1 o 2 secondo Bd S

Prestazioni non più riconosciute

Prestazione	Codice
Fleboclisi unica	P03
Tamponamento nasale anteriore	P05
Estrazione corpo estraneo	P06
Toilette di perionichia suppurata	P14
Riduzione della sublussazione articolare scapolo-omeroale	P16
Terapia iniettoria desensibilizzante (per seduta)	P17
Asportazione verruche	P20
Iniezione endovenosa	P21
Trattamento provvisorio di frattura o lussazione piccoli segmenti	P27
Trattamento provvisorio di frattura o lussazione grandi segmenti	P28
Frenulectomia linguale (per ogni prestazione)	P30
Cateterismo vescicale	P31
Drenaggio di ascesso sottocutaneo	P32
MicroVES	P38
Agglutinine a frigore	P39
Prelievo di sangue venoso	P43
Prelievo per esame microbiologico	P44
Test alla luce di Wood	P46
IgE specifiche, almeno 10 allergeni	P51
Boel Test (entro 1 anno di età)	PA4
Audiometria tonale	PA8
Test autostima (TMA)	PB3

Per qualificare ulteriormente i livelli di offerta si ritiene di introdurre similamente a quanto già avvenuto in altre Regioni il test di Bruckner o del riflesso rosso pupillare per la valutazione dell'illuminamento riflesso del campo pupillare e della sua simmetria. Il test è da configurare all'interno di un percorso strutturato da definirsi da parte di ATS con le unità di offerta delle ASST.

Si dà mandato alle ATS di raccogliere le manifestazioni di interesse dei pediatri e di rendere operativo il test a partire dal mese di novembre 2020.

Nell'ambito della assegnazione di 10,50 €/assistito le ATS dovranno individuare le risorse tese a garantire la predetta prestazione atteso che la tariffa prevista (stante la necessità di utilizzo di attrezzatura nonché complessità nell'esecuzione) è stabilita in € 22,72 oneri esclusi. Il test potrà essere rendicontato un'unica volta in occasione del primo o secondo bilancio di salute.

Le modalità di effettuazione del test dovranno attenersi a quanto indicato dal "Documento tecnico promosso dal Comitato Percorso Nascita e Assistenza Pediatrica e Adolescenziale Regionale" (Raccomandazioni integrate ospedale e territorio) che sarà trasmesso ai pediatri da ATS e alle quali prima dell'avvio della erogazione della prestazione il Pediatra dovrà dichiararne l'adesione quale

riferimento tecnico.

Infine il presente accordo prevede che all'interno delle forme associative per le prestazioni di Spirometria, Prick Test e Plicometria possano essere erogate da un altro pediatra differente da quello di scelta e a tal fine dovrà essere definito un livello massimo atteso di forma associativa e non di singolo medico.

## **6. PROGETTI DI GOVERNO CLINICO**

Considerato che nel 2020 la diffusione della pandemia e delle attività di contrasto poste in essere dal sistema sanitario, nei fatti hanno limitato lo svolgimento delle abituali attività progettuali, si ritiene che in tema di governo clinico debba essere considerata (per il periodo 1 ottobre – 31 dicembre) una progettualità unica a livello regionale che massimizzi l'apporto del Pediatra di famiglia in un contesto caratterizzato dalla possibile co-circolazione del SARS-CoV-2 con la consueta morbosità stagionale. Il progetto deve avere come obiettivo il contrasto alla diffusione del SARS-CoV2. Nella stesura le ATS dovranno individuare modalità con le quali attraverso lo strumento (sMAINF o altro simile ma integrato) i Pediatri di famiglia nell'utilizzare le informazioni fornite dal gruppo regionale, assicureranno la tempestiva segnalazione dei casi sospetti e dei relativi contatti.

Il progetto dovrà poi fornire indicazioni sulle attività per la sorveglianza degli assistiti posti in isolamento domiciliare.

Gli obiettivi del progetto dovranno essere chiaramente esplicitati e dovranno essere individuate le aree di risultato e le modalità di misura. Il progetto dovrà essere approvato in Comitato Aziendale e fatto pervenire alla competente struttura della Direzione Generale Welfare entro il 20 ottobre 2020 per la successiva valutazione.

La quota spettante (3,08 euro/assistito, oneri esclusi) fatte salve diverse determinazioni aziendali, dovrà essere remunerata nella misura del 50% al momento dell'adesione e per il restante 50% al termine del periodo di co-circolazione previsto indicativamente nel mese di marzo.

La quota non elargita per mancata adesione o mancato raggiungimento dell'obiettivo dovrà essere impegnata in ulteriori progettualità.



## **7. PREVENZIONE VACCINALE**

Considerato il supporto della Pediatria di famiglia ai programmi di immunizzazione, le parti concordano sulla necessità di inserire una rappresentanza dei Pediatri di famiglia nella Commissione Regionale Vaccini. Viene dichiarata la disponibilità dei Pediatri di famiglia a contribuire all'effettuazione delle vaccinazioni in età preadolescenziale.

Fatto salvo quanto già definito negli AIR precedenti in tema di vaccinazioni in copagamento e per garantire equità dell'offerta, si riconosce la possibilità che i pediatri che non aderiscono a questa tipologia di offerta, possano delegare i colleghi della forma associativa di cui fanno parte o di altra con caratteristiche di prossimità geografica, all'esecuzione della predetta vaccinazione, informando il paziente e assicurando a quest'ultimo la libertà di scelta. ATS dovrà verificare la disponibilità dei pediatri evidenziando le aree dove non sia possibile la vaccinazione da parte dei PdF e definendo un programma con le ASST.

Le ATS, nella definizione dei piani programma relativamente alla campagna antinfluenzale, favorisce la somministrazione del vaccino ai soggetti appartenenti alle categorie a rischio o quelli inseriti in piani di gestione (APA, PIC) delle patologie croniche, secondo le indicazioni della circolare ministeriale del 5 giugno 2020.

Per quanto riguarda la vaccinazione ai bambini 2-5 enni e per la campagna in corso, ATS potrà organizzare ancorché non in via prioritaria le attività di somministrazione favorendo la collaborazione dei pediatri di famiglia che si rendano disponibili. Per partecipazione del pediatra alla campagna vaccinale collegata allo stato emergenziale derivante dalla diffusione dell'infezione da COVID-19 si riconosce un contributo pari a € 6.80 (oneri inclusi) per somministrazione. Al fine di incentivare il maggior numero di adesioni alla campagna, le ATS hanno facoltà di definire un progetto che stabilisca delle aree di risultato per livelli di copertura. Nel caso di dosi inutilizzate del vaccino vivo attenuato ogni ATS valuterà l'opportunità di estendere la somministrazione ai bambini di 6 anni e oltre, fatte salve ulteriori precisazioni a livello regionale.

Le ATS sono chiamate a presentare entro il 30/10 le ipotesi di utilizzo di queste risorse nonché il piano dei costi per la somministrazione ai soggetti a rischio per i quali si rimanda alla tariffa già in essere di € 10,95 oneri esclusi. Le risorse di cui al precedente paragrafo sono da ritenersi aggiuntive.

## **8. SUPPORTO ALLE CRITICITA' EMERGENTI NELLO SVILUPPO DEL BAMBINO. ESTENSIONE ASSISTENZA FINO AL COMPIMENTO DEL 16° ANNO**

Ai sensi dell'art. 41, comma 10 del vigente Accordo Collettivo Nazionale su richiesta del genitore e previa accettazione del pediatra, può essere richiesta l'estensione dell'assistenza fino al compimento del 16° anno di età oltre che per le casistiche già in essere anche in presenza di documentato disagio psico-sociale. Il monitoraggio dell'efficacia della presa in carico da parte del pediatra di libera scelta verrà effettuata con la somministrazione del test sull'autostima.

Il Test TMA di Valutazione multidimensionale dell'autostima rappresenta uno strumento utile a documentare sia il benessere psicologico sia a identificare le aree ed i contesti più vicini alle fonti di disagio e di disadattamento del minore. Nel corso del 2020 le ATS dovranno promuovere adeguati corsi di formazione per i pediatri di libera scelta, volti all'acquisizione di competenze che li mettano in grado di intercettare precocemente il disagio psico-sociale.

## **9. VARIE**

9.1. In analogia a quanto previsto per la medicina generale, il pediatra di famiglia concorrendo anche l'utilità per il SSR, può assicurare l'attività in una struttura dell'area socio-sanitaria a contratto con il SSR. L'applicazione di quanto previsto in tema di libera professione e il tipo di rapporto professionale discende da un accordo tra la struttura e l'ATS di riferimento del pediatra

9.2. A causa della pandemia di COVID-19 le attività di continuità assistenziale pediatrica che rientrano nella cosiddetta "guardia del sabato" sono state sospese o ridimensionate. Si concorda che entro il 1° ottobre 2020 le ATS dovranno ripristinare tutte le attività riportandole alla funzionalità presente prima dell'esordio della pandemia. Per il prossimo anno 2021 le parti convengono che sia necessario ripensare al progetto della continuità assistenziale, individuando all'interno del finanziamento storico denominato "guardia del Sabato", alcune ipotesi progettuali da sperimentare in parte del territorio della Regione.

9.3. In attesa della stipula del nuovo ACN per la Pediatria di Famiglia, si conviene necessaria una verifica delle ipotesi di costituzione delle future AFT, predisponendo parametri comuni per numero di medici, caratteristiche geografiche. Tutto questo al fine di conseguire la maggior uniformità possibile sul territorio regionale in termini di governo delle funzioni di sorveglianza attiva e passiva e di contattabilità. Nelle more di tale revisione, al fine di facilitare la possibilità di proficua collaborazione tra colleghi, le parti concordano che l'operatività nello stesso ambito o in ambiti limitrofi costituisca requisito necessario per la costituzione/revisione delle forme associative.

## **10. VALIDITA' DEGLI ACCORDI**

Il presente Accordo e gli Accordi Aziendali che ne derivano sono validi fino al 31 dicembre 2020, impegnandosi le parti a definire ipotesi di rinnovo nel bimestre dicembre/gennaio, valutando altresì l'impatto della diffusione del COVID-19.