

PREINTESA

ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PEDIATRIA DI FAMIGLIA 2022

1. PREMESSA

Visto l'ACN 28 aprile 2022;

Vista la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale;

Viste le DGR 6387 del 16/05/2022 e 6760/2022 attuativa del DM 77/2022.

**le parti concordano che nel redigere gli Accordi Attuativi Aziendali (AAA)
le ATS/ASST si attengano a quanto segue:**

2. AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)

- 2.1. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente AIR in tutto il territorio regionale - ai sensi dell'Art. 8 comma 2 del vigente ACN - vengono istituite le AFT dei Pediatri di Famiglia (PdF) che devono, di norma ricalcare, i confini dei distretti ASST. La AFT rappresenta un modello organizzativo che non eroga direttamente assistenza sanitaria, ma realizza le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei PdF che ne fanno parte, i quali condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, così come definito dall'Art. 28 del vigente ACN.
- 2.2. Entro 30 giorni dall'istituzione delle AFT, in ciascuna di esse deve essere individuato un referente ed un suo sostituto da parte dei PdF che la costituiscono, secondo modalità definite da apposito regolamento (Allegato 1).
- 2.3. Alla istituzione della AFT, si viene a costituire il fondo aziendale dei fattori produttivi, costituito dall'insieme dei compensi per attività in forma associativa, le indennità per la funzione informativo-informatica e l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico, erogati ai PdF componenti della AFT alla data di costituzione del fondo stesso.

- 2.4. Le risorse di tale fondo sono utilizzate prioritariamente per assicurare e mantenere, da parte dei singoli pediatri che percepiscono gli incentivi e le indennità di cui al punto precedente, lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e hanno condiviso la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri PdF.
- 2.5. A livello distrettuale verranno concordati i compiti dei PdF all'interno delle AFT, individuati tra: promozione della salute, counseling, vaccinazioni, screening, telemedicina, e teleconsulto;
- 2.6. Come definito in ACN art. 44. punto 1B commi II e III, le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT costituisce un elemento per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT.

In fase di prima attuazione si concorda che lo stesso indicatore definito per il referente al punto b) dell'All. A, determina la corresponsione del 30% della suddetta parte variabile, che sarà corrisposta a seguito del raggiungimento di tale obiettivo.

3. FORME ASSOCIATIVE AVANZATE

Stante la valenza essenzialmente funzionale delle AFT, l'erogazione diretta dell'assistenza sanitaria resta in capo ai singoli PdF e alle loro forme associative avanzate, che si integrano con la aggregazione funzionale, al fine di garantire una organizzazione efficace delle cure primarie e la continuità dell'assistenza nell'arco della giornata.

- 3.1. **Pediatria in sede unica**, nei contesti maggiormente urbanizzati, questa forma associativa (evoluzione di quanto istituito in Regione Lombardia con gli Accordi Regionali del 2007 e poi definita con quelli del 2009), è quella che meglio risponde alle esigenze della popolazione assistibile. Il modello organizzativo di questa forma associativa, che si caratterizza per un'ampia apertura della sede unica (anche ubicata al di fuori della Casa della Comunità) e per una globale presa in carico sia dell'acuzie che della cronicità, grazie anche alla presenza di personale amministrativo e infermieristico, può essere definito come una Struttura "Pediatria" della Comunità, laddove i PdF che ne facciano parte si rendano disponibili a

svolgere nella loro sede le attività previste nelle istituende Case della Comunità e dal potenziamento delle attività territoriali.

- 3.2. **Pediatria, senza sede unica**, nei casi in cui non sia possibile realizzare il modello precedente, si perseguirà l'obiettivo del modello hub and spokes, dove l'hub sarà la sede comune (Casa della Comunità o sede comune esterna) nella quale i PdF costituenti la forma associativa si alterneranno per erogare le attività previste, mentre gli spokes resteranno i propri singoli ambulatori distribuiti sul territorio.
- 3.3. Queste due forme associative evolute trovano nella maggior disponibilità verso i pazienti, definibile come **contattabilità**, una delle proprie caratteristiche, accanto a una maggiore integrazione nell'utilizzo dei fattori produttivi. Preso atto di quanto riportato all'art 33 comma 8 del vigente ACN (Le modalità di contattabilità del pediatra li libera scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate nell'ambito degli Accordi Regionali) e considerato che la richiesta clinica urgente trova risposta nel sistema di gestione della urgenza/emergenza, si conviene che per contattabilità si intenda la messa in atto, diretta o ricorrendo al supporto del proprio personale o a forme organizzative tra Pediatri o tramite altre modalità, che in definitiva consentano di recepire le esigenze espresse dagli assistiti provvedendo a processare la richiesta e dare riscontro al bisogno espresso anche in modalità differita in relazione al grado di necessità avanzata. Il riscontro, pertanto, può essere non necessariamente di carattere clinico e la risposta in termini temporali (che non necessariamente deve essere immediata) deve essere proporzionata alla differibilità o meno della richiesta, in considerazione della problematica presentata, e valutata dal pediatra, se di rilevanza clinica.
- 3.4. Per queste due forme di associazione avanzate, l'indennità viene incrementata di 2 euro/assistiti/anno, rispetto a quanto già riconosciuto a seguito degli AIR 2007. Questo incremento decorre dalla data della firma del presente accordo per le organizzazioni già in essere o dalla data di costituzione per le altre, a fronte di partecipazione a specifico bando, nel rispetto del tetto finanziario stabilito.
I requisiti generali delle forme di integrazione della pediatria nella AFT sono descritti nell'allegato 2.
- 3.5. Obiettivo prioritario di questa intesa è quello di dare una forte spinta per un rafforzamento del "lavorare insieme" da parte del Pediatra, pur mantenendo il valore della prossimità, nella distribuzione degli studi. Per favorire questo

percorso, che sarà sviluppato nel corso del 2023, si condivide di consentire nel corso del 2022 il subentro nelle attuali forme associative, per eventuali cessazioni, e di destinare le risorse del presente accordo in via prioritaria per acquisizione di personale di studio.

- 3.5.1 Vengono autorizzate tutte le forme associative attivate entro la data di sottoscrizione del presente Accordo; con riconoscimento della relativa indennità a far data dalla attivazione
- 3.5.2 Viene garantita l'indennità per forma associativa al PdF che subentra ad un Collega che tale forma associativa ha lasciato per cessazione o trasferimento dell'attività. Nel caso il PdF cessato/trasferito usufruisse anche dell'indennità per personale di studio amministrativo e/o infermieristico condiviso con gli altri membri della forma associativa, tale/i indennità sono garantite al PdF subentrante.
- 3.5.3 Viene riconosciuto tutto il personale di studio amministrativo e infermieristico, riconoscendo le relative indennità in stand-by, purché attivate entro la data di sottoscrizione del presente Accordo.
- 3.5.4 Per quanto previsto ai punti 3.5.1 e 3.5.3 viene stanziato l'importo di € 435.000.

4. PERSONALE DI STUDIO

- 4.1. L'impiego di personale di studio sia amministrativo che infermieristico dovrà essere incentivato ai fini di facilitare la messa a regime dei nuovi modelli organizzativi di assistenza territoriale di cui al punto 3.
- 4.2. Saranno in primo luogo autorizzate le assunzioni di personale pervenute entro la firma del presente accordo.
- 4.3. Ai PdF che già usufruiscono dell'indennità infermieristica, vengono riconosciuti, anche per l'anno 2022, ulteriori 2,50/euro/assistito/anno oneri esclusi purché aderiscano attivamente alle campagne di vaccinazione promosse dagli Accordi Aziendali che prevedano la somministrazione dei vaccini in ambulatorio. La decorrenza di tale indennità una tantum, finanziata con i residui delle risorse di cui al comma 469 dell'art. 1 della legge n. 178 del 30 dicembre 2020, deve intendersi dall'1.1.2022 o dalla data di inizio impiego se posteriore.
- 4.4. Organizzazione e indennità per l'impiego del personale di studio sono riassunte nell'Allegato 3.
- 4.5. Si destina la somma di € 684.404,40 per nuove assunzioni di personale infermieristico e di personale amministrativo, e per il riconoscimento delle

indennità relative alla costituzione di nuove forme associative avanzate e per gli incrementi di indennità delle stesse.

Per quanto previsto ai punti 3.5.4 e 4.5 del presente accordo, viene destinata complessivamente la quota di € 1.119.404,40 su base regionale, aggiuntiva rispetto a quanto già assegnato alle ATS.

5. BILANCI DI SALUTE (BdS) REGIONALI

Oltre ai 6 Bilanci di Salute previsti dall'ACN, Regione Lombardia continua a riconoscere i BdS "regionali" 1, 4, 9 e 10 e a remunerarli secondo la stessa tariffa vigente per quelli nazionali

6. PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE (PIIP)

6.1. Si conferma la revisione delle PIIP attuata con l'AIR 2020, che ha individuato tipologia e limiti di rimborsabilità.

6.2. Per facilitare la rendicontazione e il controllo dei limiti di rimborsabilità, è necessario che in tutte le ATS/ASST venga adottata una procedura informatizzata, omogenea in tutta la Regione.

6.3. Messo a regime nel 2021 il test del riflesso rosso, le parti convengono di confermare anche per il 2022 lo screening per l'autismo con le seguenti modalità:

6.3.1. Fino al 31/10/2022 sarà possibile per ogni PdF scegliere se utilizzare lo strumento di screening M CHAT oppure avvalersi del test CHAT effettuabile tramite il sito www.win4asd.it

6.3.2. Dal 01/11/2022 sarà utilizzabile unicamente il test CHAT (effettuabile tra i 16 e i 20 mesi tramite il sito www.win4asd.it) - che prevede la possibilità di registrazione on-line del test con conseguente presa in carico diretta da parte dell'UONPIA di riferimento in caso di positività. I PdF dovranno comunque salvare l'esito del test nel proprio applicativo di scheda sanitaria e rendicontare la PIIP con le stesse modalità del test M-CHAT.

6.3.3. Il test eseguito continua ad essere remunerato secondo l'apposita voce PIIP (PB5) una sola volta per ogni assistito

- 6.4 In merito alla PPIP Test dell'autostima, da somministrare ai 14-15enni mantenuti in carico ai sensi dell'art. 8 dell'AIR 2020, le parti convengono che in alternativa al test TMA (Test Multidimensionale dell'Autostima), possa essere utilizzato il test SDQ (Strenght and Difficulties Questionnaire) disponibile tradotto in moltissime lingue sul sito www.sdqinfo.org.
- 6.5 Anche per tutto il 2022 ai PdF che ne faranno richiesta le ATS/ASST continueranno a fornire test antigenici rapidi per SARS-CoV-2 da utilizzare in studio sui propri assistiti sia per sospetto COVID-19 che per chiusura isolamento. La rendicontazione manterrà gli stessi canali attivati nelle varie ATS/ASST, mentre per la remunerazione extra-RAR di 18.00 euro/cadauno si conviene che essa non possa avere cadenza inferiore a quella trimestrale.
- 6.6 Le parti concordano di istituire un tavolo di confronto che, entro l'anno, valuterà le tipologie di PPIP da incentivare.

7. PROGETTO COPERTURA ASSISTENZIALE MINORI IN ETA' DI ESCLUSIVA (0-5)

- 7.1 Prosegue in tutte le ATS/ASST il progetto 0-5, la cui applicazione va adattata ai contenuti del presente accordo e dei nuovi massimali introdotti dall'ACN 28/4/2022.
- 7.2 Ai sensi dell'art. 36 dell'ACN 28/4/2022, l'ATS/ASST è tenuta a modificare il massimale a tutti i PdF aderenti al progetto portandolo ad un valore pari al carico massimo dichiarato per l'anno 2021, salvo diversa indicazione del PdF.
- 7.3 Per tutti gli altri PdF - ad eccezione di coloro che opteranno per l'autolimitazione - il massimale aumenta da 800 a 880 (Art. 36 dell'ACN 28/4/2022), con la possibilità di acquisire ulteriori 120 scelte di iscrizioni a termine o fuori Azienda.

8. RISORSE AGGIUNTIVE REGIONALI per BdS, PPIP e PROGETTO 0-5

- 8.1. Per finanziare le voci dei punti 5, 6 e 7 viene messa a disposizione una quota di complessivi euro 1.308.961,20, pari a 11,70 euro/assistito/anno, da ripartire fra le varie ATS/ASST in base alla popolazione assistita.
- 8.2. Per far fronte ad un eventuale incremento di spesa (rispetto a quanto preventivato) per BdS regionali e PPIP, la quota per il progetto 0-5 viene stabilita solo a consuntivo, dopo aver determinato le spese delle altre due voci.

9. VACCINAZIONI

Proseguono per il 2022 tutte e 3 le campagne vaccinali attuate nel 2021 e che hanno visto il coinvolgimento del PdF su base volontaria nell'esecuzione diretta della vaccinazione nel proprio studio. In particolare, proseguono:

- 9.1. La campagna di vaccinazione antinfluenzale, che dovrà essere sancita da un Accordo in ogni ATS/ASST siglato con le rappresentanze sindacali entro il 30.9.2022
- 9.2. La campagna di vaccinazione anti-meningococco B in co-pagamento.
- 9.3. La campagna di recupero vaccinale degli adolescenti non vaccinati per HPV, dTpa-IPV e MenACWY, che vedrà i PdF impegnati a completare i recuperi iniziati nel 2021 relativi alla coorte nata nel 2008 e ad iniziare i recuperi della coorte nata nel 2009, previo invio da parte di ATS/ASST - al singolo PdF aderente - di elenchi dettagliati degli adolescenti non vaccinati. In quelle ATS/ASST ove non si sia provveduto ad iniziare il recupero della coorte 2008, tali elenchi dovranno comprendere entrambe le coorti (2008 e 2009) e potranno essere vaccinati - a scelta del PdF - anche gli assistiti che non risulteranno più iscritti con il PdF stesso.
- 9.4. Sono possibili nuove adesioni per ciascuna delle 3 campagne vaccinali.
- 9.5. Per quanto riguarda la partecipazione dei PdF alla campagna di vaccinazione anti-SARS-CoV-2 nei centri vaccinali, essa prosegue sempre su base volontaria e con le stesse modalità e retribuzioni fintanto che le singole ASST riterranno opportuno il coinvolgimento dei PdF stessi. I PdF partecipanti sono liberi di revocare l'adesione in qualsiasi momento con un preavviso di almeno 30 gg.

10. CONTINUITA' ASSISTENZIALE PEDIATRICA

- 10.1. Laddove presente il servizio di continuità assistenziale al sabato prosegue, ma le parti si impegnano a definire entro due mesi dalla sottoscrizione del presente accordo, un progetto uniforme regionale, con relativo cronoprogramma, sulla base delle esperienze in essere e dell'organizzazione prevista dal presente accordo.
- 10.2. Per quanto riguarda le giornate prefestive che non cadono di sabato o domenica, in linea con l'ACN del 28/04/ 2022, esse sono equiparate ai giorni feriali, con le seguenti eccezioni:
nelle giornate del 14 agosto e del 24 e 31 dicembre si applicano le regole del sabato; nei restanti prefestivi i PdF delle forme associative potranno

concordare a turno l'apertura anche di un solo ambulatorio, almeno al pomeriggio.

11.GOVERNO CLINICO

- 11.1. Per l'anno 2022 si ritiene che in tema di governo clinico debba essere considerata una progettualità unica a livello regionale che debba avere come riferimento l'area delle conseguenze della pandemia da SARS-CoV-2.
- 11.2. Per iniziativa del Dipartimento per la politica della famiglia, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, è stato costituito l'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza il cui Gruppo Emergenza Covid-19 nella sua relazione dal titolo: *“COVID-19 e adolescenza”* ha in premessa sottolineato come *“...La diffusione del COVID-19 e le conseguenti misure di contenimento del virus adottate a partire dal marzo 2020 nel nostro Paese hanno mutato fortemente gli equilibri e le routine di tutti i cittadini. Gli adolescenti in particolar modo sono stati raramente oggetto di attenzione e di interventi specifici. E' infatti innegabile che le misure restrittive utili al contenimento della diffusione del COVID-19 abbiano creato per gli adolescenti delle condizioni di sviluppo anomale oltre che inaspettate; le regole sociali che è stato chiesto loro di seguire sono del tutto in contrasto con le spinte naturali di questa fase del ciclo di vita in cui la persona è fortemente coinvolta nelle esplorazione nei confronti dell'esterno, nella ricerca di autonomia e di nuove esperienze, nella costruzione di relazioni significative al di fuori della propria famiglia di origine, nell'attribuzione di importanza ha valori quali l'apertura al cambiamento, nell'esplorazione di progetti per il futuro e non da ultimo nella costruzione di una rinnovata consapevolezza della propria identità corporea. I più giovani, dunque, hanno risentito notevolmente del cambiamento delle proprie abitudini e routine privati dei loro spazi educativi e scolastici così come di quelli ricreativi e sportivi. Il disorientamento e la fatica che ciò ha prodotto nelle ragazze e nei ragazzi è stato ampiamente sottovalutato quando non riconosciuto per nulla, a tutti i livelli... gli adolescenti e preadolescenti in generale sono stati resi invisibili e “silenziati””*
- 11.3. Per i motivi di cui sopra e per la peculiarità dello stretto rapporto tra PdF e propri assistiti adolescenti e rispettive famiglie, le parti convengono che il progetto di Governo Clinico valevole per l'anno 2022 debba improntarsi alla rilevazione dei possibili esiti sociosanitari conseguenti e/o susseguenti

la non ancora terminata emergenza pandemica. La finalità, oltre alla rilevazione dell'impatto, è quella di anticipare i possibili sviluppi negativi fornendo essenziali dati epidemiologici per l'attivazione dei sistemi di rete assistenziali. Inoltre, le azioni correlate al progetto costituiranno fondamento ad una reale e fattiva presa in carico dell'adolescente da parte del naturale interprete dei suoi bisogni assistenziali complessivi, ovvero il PdF.

- 11.4. Modalità operative: il PdF individuerà nella lista dei propri assistiti i soggetti che compiranno il 14° anno di età nel corso dei mesi del 2022 successivi all'entrata in vigore dell'AAA che recepirà il presente AIR. Ai loro genitori proporrà di rispondere al “*Questionario esiti socio-sanitari post pandemia in adolescenti*” (Allegato 4). I questionari compilati dovranno essere archiviati dal PdF nel proprio applicativo di scheda sanitaria. Mensilmente il PdF renderà il numero di questionari somministrati e debitamente archiviati. Per facilitare la rendicontazione insieme al flusso mensile di bilanci di salute, PPIP e visite APA, si conviene di equiparare la somministrazione del questionario ad una PPIP avente codice PC1 a retribuzione 0,00 euro. Ovviamente ogni PdF intraprenderà le azioni che riterrà più opportune nei confronti degli adolescenti individuati come “problematici” in seguito alle risposte fornite dai loro genitori nel questionario.
- 11.5. Indicatore di assolvimento degli obiettivi: la percentuale di questionari somministrati e debitamente rendicontati in rapporto al numero di assistiti che compiranno il 14° anno di età nel corso dei mesi del 2022 successivi all'entrata in vigore dell'AAA che recepirà il presente AIR. Per avere diritto alla totalità o a parte del riconoscimento economico (vedi 12.7), tale percentuale non potrà essere inferiore al 30%.
- 11.6. Adesione al progetto: essendo il progetto di Governo Clinico unico, non è prevista formale adesione da parte del PdF.
- 11.7. Riconoscimento economico: non essendo prevista formale adesione, la quota destinata al Governo Clinico 2022 sarà corrisposta interamente a saldo, previa verifica del raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto, con le competenze di febbraio 2023. Ai PdF che avranno raggiunto una percentuale di almeno il 50% di questionari rendicontati verrà corrisposta l'intera quota, mentre a coloro che avranno raggiunto una percentuale inferiore al 50% ma di almeno il 40% verranno corrisposti tre/quarti della quota e infine a coloro che avranno raggiunto una

percentuale inferiore al 40% ma di almeno il 30% verrà corrisposta metà della quota. Le quote non assicurate per mancata partecipazione e/o per mancato raggiungimento degli obiettivi saranno impegnate in ulteriori progettualità della Pediatria di Famiglia.

Per i PdF che all'inizio dell'anno 2022 hanno aderito sia al Progetto *Adotta una scuola* che all'esecuzione dei test antigenici rapidi per SARS-CoV-2 nei propri studi, si considerano già assolti gli obblighi di partecipazione al Governo Clinico.

12. PROGETTO “ADOTTA UNA SCUOLA”

Si auspica che il progetto siglato a inizio 2022 e ridimensionato dai cambiamenti normativi succedutisi, possa essere di stimolo per una futura fattiva collaborazione fra istituzioni scolastiche, ATS/ASST e Pediatria di Famiglia.

13. PROGETTO “L’AFT pediatrica, nei Distretti lombardi”

Per il progetto declinato nell'allegato 5, viene stanziata la somma, una tantum, di € 1.000.000 incrementato di quanto non utilizzato per risparmio sul compenso per responsabile di AFT e degli eventuali residui non utilizzati dei fondi di cui ai punti 3.5.4 e 4.5 del presente accordo.

14. COSTITUZIONE DEL COMITATO AZIENDALE

In attuazione della DGR 6759/2022, Il Comitato Aziendale della Pediatria è composto da:

- Direttore Generale della ATS o suo Delegato
- Direttori Generali delle ASST o loro Delegati
- Rappresentanti sindacali, come definito da ACN

La presidenza è assunta, nella logica del “*primus inter pares*” rispetto ai Direttori Generali di ATS e ASST, dal Direttore Generale della ATS o suo delegato.

L'ATS assicura, in accordo con le ASST di riferimento, il coordinamento dell'attività necessaria per la stesura e sottoscrizione degli accordi con i medici del territorio di competenza. Tra queste attività rientra la convocazione e la verbalizzazione delle riunioni dei Comitati Aziendali.

Alla definizione degli Accordi Attuativi Aziendali concorrono in modo unitario l'ATS e le ASST.

L'attuazione degli accordi sottoscritti è in capo ai Dipartimenti Cure Primarie delle ASST.

15. NOTA FINALE

Il fondo aggiuntivo previsto per questo accordo è di euro 3.944.365,60, di cui euro 1.000.000 a valere sui residui del fondo finalizzato COVID 2021.

Per tutto quanto non esplicitato in questo Accordo vale quanto stabilito nei precedenti, purché non in contrasto.

Milano, 15 settembre 2022

Letto e sottoscritto digitalmente

Per la parte pubblica:

Direttore Generale Welfare - GIOVANNI PAVESI

Dirigente U.O. Rete Territoriale
e Struttura Cure Primarie – ROSETTA GAGLIARDO

Direttore Generale ATS Brianza – CARMELO SCARCELLA

Direttore Generale ATS Pavia – LORELLA CECCONAMI

Direttore Generale ATS Valpadana – SALVATORE MANNINO

Direttore Generale ASST Lodi – SALVATORE GIOIA

Per le OO.SS.

SIMPEF – EZIO FINAZZI

FIMP – ROBERTO CAPUTO

CIPE – ADIB SALIM

REGOLAMENTO NOMINA REFERENTE DI AFT

I PdF componenti la AFT individuano al loro interno il referente ed il suo sostituto, tramite elezioni indette e organizzate da ATS/ASST, anche in modalità on-line. La durata del mandato è triennale. I compiti del referente AFT sono definiti dall'Art. 29 del vigente ACN.

Al referente è riconosciuto un compenso di € 400/mese a fronte delle funzioni espletate e un ulteriore compenso di € 1200 su base annua (comprensivi della quota eventualmente spettante al sostituto), a fronte del raggiungimento di determinati risultati declinati annualmente e che per il 2022 sono quelli di seguito elencati:

a) partecipazione, relativamente alla CdC di riferimento, alla definizione di accordi e procedure di integrazione delle AFT pediatriche all'interno della CdC e con gli altri soggetti presenti, in attuazione delle indicazioni regionali in materia. Indicatore: partecipazione (anche tramite sostituto) al 90 % delle riunioni.

b) organizzazione di momenti formativi/informativi con i PdF della AFT sull'evoluzione del nuovo modello di cure territoriali. Indicatore: n. 2 eventi/momenti formativi nel 2022.

**REQUISITI GENERALI DELLE FORME DI INTEGRAZIONE DELLA PEDIATRIA NELLA AFT:
FORME ASSOCIATIVE PEDIATRICHE AVANZATE
(Sia con sede unica, che senza sede unica)**

Numero di componenti:

- minimo 2 pediatri facenti parte dello stesso ambito, salvo deroghe in essere (possibilità di includere pediatri di ambiti limitrofi facenti parte della stessa AFT, previa approvazione del Comitato Aziendale)
- nel caso in cui tutti i pediatri di un ambito confluiscono in un'unica forma associativa, il cambio medico di un assistito può avvenire senza l'autorizzazione del medico scelto

Organizzazione dell'associazione con sede unica:

- apertura da lunedì a venerdì sia nella fascia mattutina (8-14) che pomeridiana (14-20) per un totale di almeno 6 ore al giorno in caso di 2-3 pediatri, almeno 7 ore al giorno in caso di 4-5 pediatri, almeno 8 ore in caso di 6-7 pediatri e così via con un'ora in più ogni 1-2 pediatri aggiuntivi.
- il numero minimo di ore per ciascuna fascia (mattutina o pomeridiana) non può essere inferiore a 2
- la chiusura della sede unica non può essere prima delle 19.00
- ogni pediatra deve rispettare gli orari minimi individuali di apertura del proprio studio
- presenza di una organizzazione atta ad assicurare la contattabilità di un pediatra per tutti i pazienti della associazione nelle fasce orarie 8 – 13 e 14 – 19.
- presenza del collaboratore di studio per tutto l'orario di apertura
- presenza dell'infermiere per almeno il 50% dell'orario di apertura (75% in caso di operatore socio-sanitario)
- possibilità di riduzione del 50% dell'orario di apertura **nei mesi di luglio e agosto** con chiusura serale alle ore 18 previa comunicazione ad ATS/ASST, con permanenza del vincolo della doppia apertura mattutina e pomeridiana

Organizzazione dell'associazione senza sede unica:

- apertura da lunedì a venerdì sia nella fascia mattutina (8-14) che pomeridiana (14-20) per un totale di almeno 6 ore al giorno in caso di 2-3 pediatri, almeno 7 ore al giorno in caso di 4-5 pediatri, almeno 8 ore in caso di 6-7 pediatri e così via con un'ora in più ogni 1-2 pediatri aggiuntivi.
- il numero minimo di ore per ciascuna fascia ambulatoriale (mattutina o pomeridiana) non può essere inferiore a 2
- per ogni giornata la chiusura di almeno una sede ambulatoriale dei Pediatri costituenti l'associazione non può avvenire prima delle 19.00
- i pediatri sono organizzati ciascuno nel proprio studio, ma è individuata una sede comune che può essere un ambulatorio condiviso, anche presso la CdC, oppure uno degli ambulatori dei PdF, dove tutti i PdF devono prestare la loro opera per attività comuni, come ad esempio le vaccinazioni e le aperture a turno dei prefestivi;
- ogni pediatra deve rispettare gli orari minimi individuali di apertura del proprio studio (ripartiti fra hub e spoke)
- presenza di una organizzazione atta ad assicurare la contattabilità per tutti i pazienti della associazione nelle fasce orarie 8 – 13 e 14 – 19.
- presenza di almeno un infermiere condiviso disponibile a supportare le attività eseguite nella sede comune

- possibilità di riduzione del 50% dell'orario di apertura nei mesi di luglio e agosto con chiusura serale alle ore 18 previa comunicazione ad ATS/ASST, con permanenza del vincolo della doppia apertura mattutina e pomeridiana

Compiti:

- utilizzo di test di diagnostica rapida per un'adeguata gestione dell'acuzie
- utilizzo di strumentazione per un'adeguata gestione della cronicità
- disponibilità a svolgere la propria attività nei confronti degli assistiti degli altri pediatri della forma associativa per le prestazioni non differibili, PPIP comprese
- deve essere prevista la remunerazione diretta di PPIP al pediatra che le abbia eseguite, indipendentemente dalla titolarità nei confronti dell'assistito

Obblighi:

- comunicare l'atto costitutivo della forma associativa all'Azienda che, verificati entro 15 giorni i requisiti di validità, ne prende atto con provvedimento del Direttore Generale
- garantire sempre la sostituzione degli assenti (ad esclusione di periodi superiori a 30 gg)
- aderire ad almeno uno dei progetti di Governo Clinico
- redigere una carta dei servizi, esporla in studio e metterla a disposizione dell'utenza. Una copia deve essere consegnata all'utenza al momento della scelta presso gli sportelli scelta/revoca
- gestire la scheda sanitaria su supporto informatico con utilizzo di software tra loro compatibili in modo che ciascun pediatra (e il personale di studio eventualmente presente) abbia accesso alla scheda sanitaria di tutti gli assistiti della forma associativa nel rispetto della normativa sulla *privacy* e della sicurezza nella gestione dei dati

Rappresentanza:

- all'interno della forma associativa può essere eletto un delegato che non ha funzioni di coordinatore ma svolge funzioni di raccordo e di rappresentanza organizzativa nei confronti dell'Azienda

PERSONALE DI STUDIO AMMINISTRATIVO E INFERMIERISTICO

Vademecum regole

PERSONALE AMMINISTRATIVO (collaboratore di studio)

Forma di lavoro:

- collaboratore di studio professionale assunto secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali, e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali

Orario di lavoro:

- almeno 10 ore settimanali di presenza in studio

Compensi:

- euro 10.00/assistito/anno, purché rispettato l'obbligo minimo di 10 ore settimanali (anche per i PdF in forma associativa)

PERSONALE INFERMIERISTICO (infermiere)

Oltre agli infermieri pediatrici e no, regolarmente iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, stante la difficoltà nel reperire personale infermieristico, in via transitoria può essere impiegato anche personale con la qualifica di Assistente Sanitario, Ostetrica, Puericultrice o Operatore Socio-Sanitario (OSS), limitatamente alle mansioni previste per la loro categoria.

Forma di lavoro:

- Assunzione secondo il relativo contratto nazionale di lavoro per la categoria, fornito da società, cooperative o associazioni di servizio o in rapporto libero professionale, o comunque utilizzato secondo specifiche autorizzazioni aziendali

Orario di lavoro:

- almeno 10 ore settimanali di presenza di studio (ridotte al 50% - o al 75% dell'OSS - per i PdF in forma associativa)

Compensi:

- euro 7.50/assistito/anno, purché rispettato l'obbligo minimo di 10 ore settimanali (salvo deroga all'orario minimo per pediatra in caso di condivisione fra pediatri in forme associative avanzate.

E' consentita la ripartizione interna ai Pediatri delle forme associative delle spese per il personale qualora non tutti i PdF stipulassero un contratto diretto con il collaboratore di studio e/o con l'infermiere. Nei modelli hub and spokes l'opera del personale potrà svolgersi in una o più sedi dell'associazione.

**Esiti socio-sanitari
post-pandemia COVID-19 in adolescenti
Questionario per i genitori**

1	Suo/a figlio/a ha avuto il COVID-19?	SI	NO
2	Suo/a figlio/a è preoccupato/a di ammalarsi o - se ha già avuto il COVID-19 - di riammalarsi?	SI	NO
3	Suo/a figlio/a è preoccupato/a che si ammalino i suoi familiari?	SI	NO
4	Suo/a figlio/a prova sentimenti di colpa, rabbia o vergogna per essersi infettato/a ed avere contagiato qualcuno (rispondere solo se ha avuto il COVID-19 e ha contagiato altri)?	SI	NO
5	Suo/a figlio/a ha paura di uscire di casa, prendere i mezzi di trasporto, andare a scuola?	SI	NO
6	Nell'ultimo periodo ci sono stati cambiamenti nell'alimentazione di suo/a figlio/a (es.: mangia poco o troppo, o solo alcune cose)?	SI	NO
7	Vi sono stati cambiamenti nella cura personale di suo/a figlio/a (es.: si lava meno frequentemente, si cura meno di prima, resta tutto il giorno in pigiama)?	SI	NO
8	Suo/a figlio/a Ha sviluppato un'eccessiva attenzione all'igiene (es.: si lava troppo spesso le mani, si disinfetta o disinfetta gli oggetti in continuazione)?	SI	NO
9	Suo/a figlio/a Piange più facilmente, si sente triste o depresso/a?	SI	NO
10	Suo/a figlio/a ha sbalzi repentini di umore senza motivo?	SI	NO
11	Suo/a figlio/a si sente più ansioso/a?	SI	NO
12	Suo/a figlio/a ha sviluppato disturbi del sonno (es.: fatica ad addormentarsi, ha frequenti risvegli notturni) che prima non aveva?	SI	NO
13	In questo ultimo periodo suo/a figlio/a ha frequenti mal di testa e/o mal di stomaco e/o altri sintomi fisici, che non aveva prima?	SI	NO
14	Suo/a figlio/a Litiga o discute più frequentemente con fratelli e/o amici o con voi genitori?	SI	NO
15	Suo/a figlio/a si sente maggiormente agitato/a e aggressivo/a, fino ad arrivare a minacce verbali o comportamenti fuori controllo come lanciare oggetti o distruggere mobili, fino ad atteggiamenti violenti verso altri?	SI	NO
16	Suo/a figlio/a ha comportamenti autolesivi (es.: strapparsi i capelli, graffiarsi, tagliarsi o procurarsi bruciature)?	SI	NO
17	Suo/a figlio/a tende ad isolarsi dagli altri componenti della famiglia?	SI	NO
18	Ha notato cambiamenti nella gestione degli impegni scolastici di suo/a figlio/a (es.: è sopraffatto/a da compiti o progetti, ha smesso di seguire le lezioni e di svolgere i compiti)?	SI	NO
19	Suo/a figlio/a ha avuto un calo del profitto scolastico?	SI	NO
20	Ha notato un cambiamento in suo/a figlio/a nelle relazioni con i coetanei (es.: non ha più voglia di sentirli, sente che i rapporti con loro si sono allentati o deteriorati)?	SI	NO
21	Suo/a figlio/a ha aumentato l'uso dei devices elettronici (es.: passa molte ore della giornata sullo smartphone, al computer, alla playstation)?	SI	NO

Progetto " L'AFT pediatrica nei nuovi Distretti Socio Sanitari lombardi"

Obiettivo

End point primario:

Ridisegnare all'interno di ciascuna AFT e integrare con l'organizzazione del Distretto di afferenza la nuova organizzazione delle cure primarie pediatriche sia nell'aspetto formale delle nuove forme associative avanzate, tenendo bilanciata la centralizzazione degli operatori ma salvaguardando la capillarità del servizio pediatrico sia gli sviluppi di possibili prestazioni complesse (vaccinazioni, educazione sanitaria, emergenze socio-sanitarie , continuità assistenziale prestazioni di II livello erogabili per convenzione ,interventi complessi socio sanitari in collegamento con le scuole e i comuni, incontri periodici con NPI per pazienti complessi)

End point secondario:

Implementare e standardizzare il lavoro in equipe - Pediatri di famiglia, Referente AFT, Direttore cure primarie, Direttore di Distretto (ASST) per lo sviluppo della riforma delle cure primarie incentrata sui nuovi Distretti.

Risorse

Una tantum derivate dai risparmi della gestione 21-22 € 1.000.000 incrementato di quanto non utilizzato sulla spesa per responsabile di AFT, suddivisi per ASST (eventualmente per distretto o per AFT) sul computo dei pazienti iscritti a ciascun pediatra, ma gestiti dalla Direzione del Dipartimento cure primarie

Partecipanti

Pediatri di Famiglia, Coordinatore di AFT, Direttore Cure primarie, Direttore di Distretto ASST

Modalità esecutive

- A) Individuazione, a livello regionale, di una "traccia" di confronto tra pediatri e ASST
- B) Eventuale implementazione della "traccia" a livello territoriale, da parte dei coordinatori delle AFT dei rappresentanti della ASST coinvolti
- C) Organizzazione di incontri sia in presenza che by web del Direttore Cure primarie, del Direttore di Distretto ASST con coordinatori AFT e PdF, di formazione, informazione sulla normativa riguardante le novità introdotte dal legislatore (centrale e periferico) sullo sviluppo delle cure primarie e di illustrazione della "traccia".
- D) Incontri dei PdF con il coordinatore di ciascuna AFT per la redazione di un documento propositivo riguardante i temi previsti nell'end point primario.
- E) Elaborazione di un documento complessivo a livello di ASST da parte dei coordinatori delle AFT dei rappresentanti della ASST coinvolti, con indicatori per il monitoraggio dell'attuazione del progetto

Modalità premianti

50 % per la partecipazione agli incontri. al punto C (Modalità esecutive)

Qualora i direttori di Distretto e delle Cure Primarie non riuscissero ad organizzarli comunque il 50% del premio viene erogato.

50 % per la redazione del documento al punto D (Modalità esecutive)

La corresponsione di quanto spettante avverrà entro aprile 2023.