

PREINTESA
ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PEDIATRIA DI FAMIGLIA 2024

1. PREMESSA

L'Accordo Integrativo Regionale (AIR) 2024 per la Pediatria di Famiglia, in continuità con l'AIR 2023 e nel rispetto degli indirizzi di programmazione regionale per l'anno 2024, è finalizzato al raggiungimento di obiettivi di salute della popolazione in età pediatrica, tenuto conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari per:

- ✓ collaborare alla riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino attraverso l'attiva partecipazione dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) alle campagne vaccinali;
- ✓ integrare, mediante percorsi condivisi, le reti territoriali dei PLS e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza, anche con il coinvolgimento dei medici nelle prestazioni diagnostiche di primo livello;
- ✓ dare una forte spinta per un rafforzamento del "lavorare insieme" da parte del PLS pur mantenendo il valore della prossimità, nella distribuzione degli studi.

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

2. CONSOLIDAMENTO DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)

2.1. Prosegue nel 2024 il percorso avviato negli scorsi anni per il pieno sviluppo dell'operatività delle cure primarie nel Distretto, in coerenza con l'atto di programmazione, di cui alla DGR n. 1827 del 31.1.2024 e alla DGR n. 2966 del 5.8.2024 ad oggetto *Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024*.

2.2. **Attività e obiettivi:** Come definito in ACN art. 44. Lettera B 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 dei compensi citati nei soprastanti commi della quota variabile del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT. Tali compensi sono pari alla somma di 1,54 euro/assistito/anno (compenso comma II) più 0,25 euro/assistito/anno (compenso comma III) meno quanto utilizzato per i compensi mensili dei referenti di AFT ed i loro eventuali premi annuali.

2.3. **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 € 1.200 su base annua (comprensivi della quota eventualmente spettante al sostituto), a fronte del raggiungimento di determinati risultati declinati annualmente e che per il 2024 si concorda siano quelli di seguito elencati:

2.3.1. Partecipazione, alla definizione di procedure di integrazione funzionale delle AFT con le CdC e con gli altri soggetti presenti sul territorio, in attuazione delle indicazioni regionali in materia, con particolare riguardo all'implementazione del Piano di Sviluppo del Polo

Territoriale (PPT) 2025-2027 per la redazione degli specifici protocolli relativi alle INTERRELAZIONI DEI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA (qui PLS) CON I SOGGETTI DELLA RETE TERRITORIALE.

Area di Risultato: partecipazione anche per il tramite del proprio sostituto alle riunioni in ambito distrettuale per la redazione di suddetti protocolli con focus sull'età pediatrica.

2.3.2. Proattività nel favorire il raggiungimento degli obiettivi in tema di:

- a) Vaccinazione Antinfluenzale 2024-2025
- b) Partecipazione alla Continuità Assistenziale Pediatrica (CAP)

Area di risultato: organizzazione di almeno due audit di AFT/anno, su queste tematiche.

Le risorse per tale compenso sono attinte dal fondo di cui all'art. 44, comma 1, lettera B, punto II del vigente ACN.

3. FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

Il fondo, costituito ai sensi dell'art. 44 comma 1 lettera D, punto I e II, del vigente ACN, consolidato al 2021, è incrementato per il 2024 di € 2.000.000 oneri compresi, distribuito alle ASST in relazione al numero degli assistiti in carico ai PLS al 31.1.2024.

Le nuove indennità a valere sul fondo saranno riconosciute secondo le seguenti priorità:

- A. Le indennità per il personale di studio già contrattualizzato entro il 31 dicembre 2023 e in attesa di riconoscimento;
- B. Le indennità per Forme Associative Avanzate (FAA) già attivate entro il 31 dicembre 2023 e in attesa di riconoscimento;
- C. Le indennità per il personale di studio contrattualizzato nel corso del 2024;
- D. Le indennità per forme associative avanzate attivate nel corso del 2024.

Le indennità relative ai punti B e D si intendono anche per singoli pediatri che siano entrati a far parte di una forma associativa avanzata già percepente le relative indennità. Benché in passato l'inserimento di un nuovo componente in una FAA già costituita sia stato comunicato dal referente della FAA stessa, le parti concordano che a seguito della pubblicazione del presente AIR, tale comunicazione debba avvenire esclusivamente da parte del PLS interessato, previa accettazioni da parte dei membri della FAA e con contestuale rinnovo dell'atto costitutivo.

Le parti altresì concordano che – in seguito alla pubblicazione del presente AIR – tutte le comunicazioni di attivazione di (o inserimento in) una FAA e quelle di contrattualizzazione di personale di studio, debbano avvenire esclusivamente tramite posta elettronica certificata (PEC) al Dipartimento di Cure Primarie di competenza.

Tutte le indennità di cui sopra decorrono dal 1° gennaio 2024 o dalla data di effettiva contrattualizzazione/attivazione/inserimento, se posteriore. All'interno di ciascuna categoria prioritaria si applica il criterio temporale di contrattualizzazione/attivazione/inserimento.

Nell'ambito delle funzioni delle AFT, di cui all'art. 28 dell'ACN, l'erogazione diretta dell'assistenza sanitaria di cui all'art. 41 dell'ACN, resta in capo ai singoli PLS e alle loro FAA, Pediatria in sede unica e Pediatria senza sede unica, che si integrano nella AFT, al fine di garantire un'organizzazione efficace delle cure primarie e la continuità dell'assistenza nell'arco della giornata. In particolare, si fa riferimento

all'importanza organizzativa delle FAA che le rende capaci di sperimentare per prime linee di attività innovative, rendendole ossatura fondamentale per le stesse AFT.

L'art. 28 del vigente ACN definisce che il funzionamento interno della AFT venga disciplinato da apposito regolamento. Sarà compito fondamentale e non ulteriormente delegabile della Delegazione Trattante a livello Regionale, mediante la costituzione di apposito Gruppo di Lavoro, definire le linee di indirizzo per la stesura di un modello comune di regolamento di AFT (incluse le prime indicazioni in ordine al fabbisogno formativo/informativo dei Referenti di AFT). Tale regolamento, in Regione Lombardia, diverrà poi operativo una volta condiviso in sede di Comitato Aziendale di ASST, in quanto redatto localmente con il contributo della Delegazione Trattante di ATS.

3.1 Le due FAA trovano nella maggior disponibilità verso i pazienti, definibile come contattabilità, una delle proprie caratteristiche, accanto a una maggiore integrazione nell'utilizzo dei fattori produttivi, dando impulso positivo alle specifiche linee di attività contenute nel presente AIR e destinate ad uno sviluppo armonico con il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) 2025-2027, quali l'attività vaccinale, la CAP, la formazione sull'utilizzo dell'ecografo in ambulatorio (Point of Care UltraSound ovvero POCUS) e la telemedicina. I requisiti generali delle forme di integrazione della pediatria nella AFT sono descritti in Allegato 1, mentre nell'Allegato 2 si riportano i requisiti per il personale di studio amministrativo e/o infermieristico.

3.1. Resta obiettivo prioritario quello di dare una forte spinta per un rafforzamento del "lavorare insieme" da parte del PLS, pur mantenendo il valore della prossimità, nella distribuzione degli studi. Per favorire questo percorso, che prosegue il suo sviluppo anche nel 2024, si condivide – in caso di eventuali cessazioni – di consentire il subentro nelle forme associative esistenti, comprese quelle non avanzate, ma con esclusione delle pregresse associazioni semplici senza modulo di rete. Nel caso il PLS cessato/trasferito usufruisse anche dell'indennità per personale di studio amministrativo e/o infermieristico, anche tale/i indennità sono garantite al PLS subentrante.

3.2. Anche gli incaricati provvisori partecipano alla corresponsione della quota variabile di cui all'art. 44, lettera B, in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza, in relazione agli obiettivi assegnati. Gli incaricati provvisori eventualmente subentrati a pediatri in forma associativa, possono ottenere l'indennità per forma associativa e di personale di studio (amministrativo e/o infermieristico), al fine di mantenere lo stesso standard erogativo ed organizzativo assicurato alla popolazione assistita, prima del verificarsi della carenza assistenziale. E' pertanto garantito il subentro isorisorse del Medico subentrante, a parità di servizi erogati, sia che l'incarico abbia carattere temporaneo o definitivo, qualora il subentro avvenga entro i successivi 12 mesi dalla cessazione del PLS.

4. QUOTA PER SERVIZI

4.1. Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (PPIP)

4.1.1. Si conferma la revisione delle PPIP attuata con l'AIR 2020 e successive modifiche ed integrazioni, che ha individuato tipologia e limiti di rimborsabilità riportate in allegato

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

- 4.1.3. Stante il perdurare dell'aumento di casi di infezione da streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBEGA), le parti convengono di innalzare anche per il 2024 il livello atteso della PPIP "ricerca SBEGA" dal 25% al 30% del totale degli assistiti

Le parti concordano di valutare in sede di Comitato Regionale le tipologie di PPIP da incentivare.

4.2 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.

Per finanziare le voci della quota per servizi, oltre quanto previsto da ACN in merito a BdS Nazionali, ADI/ADP e PPIP "terapeutiche" (cfr. Allegato 7 del vigente ACN "Prestazioni eseguibili senza autorizzazione"), viene messo a disposizione anche un fondo regionale pari a 11,70 euro/assistito/anno oneri inclusi.

5 RAPPORTO OTTIMALE, COPERTURA 0-5 E MASSIMALE

Le parti concordano i seguenti punti:

- 5.2 Tenuto conto delle caratteristiche demografiche della nostra Regione e in particolare il perdurare del basso tasso di natalità, ai sensi del comma 2 dell'art. 30 del vigente ACN, il rapporto ottimale viene rideterminato anche per il 2024 pari a 1:500 assistiti 0-5 anni (fino a 5 anni e 364 giorni) riferito a ciascun ambito territoriale
- 5.3 Al fine di garantire l'assistenza pediatrica in tutti i territori, con particolare riguardo alla copertura della fascia di esclusività, le parti convengono di:
- 5.3.1 Confermare tutte le deroghe al massimale in essere;
 - 5.3.2 Consentire, in deroga all'art. 36 dell'ACN, nuovi ampliamenti del massimale, su base volontaria, di 50 o 100 scelte e fino ad un massimo di 1.400, proporzionali alle necessità assistenziali sia verso i nuovi nati che verso gli ultra13enni, previa valutazione da parte delle Aziende, sentito il referente di AFT.
- 5.4 In merito alle autolimitazioni:
- 5.4.1 Si confermano quelle in essere;
 - 5.4.2 Se ne consentono di nuove, previa valutazione da parte delle Aziende, con massimale non inferiore a 700 assistiti

All'inserimento di un nuovo PLS non subentrante ad uno che abbia cessato l'attività o si sia trasferito, i restanti PLS operanti nell'ambito non potranno censire nuove iscrizioni oltre 1.000 (ad eccezione di quelle in deroga di cui al punto 5.5), fintantoché il PLS neo-inserito non raggiunga per la prima volta un numero totale di assistiti pari a 500. Tale regola si applica al massimo fino ad 1 anno dall'insediamento del nuovo PLS, salvo differenti valutazioni in sede di Comitato Aziendale di ASST, sentito il referente di AFT.

- 5.5 Ai fini del mantenimento della continuità di cura sia individuale che familiare con lo stesso PLS, si precisa che le iscrizioni in deroga oltre il massimale (non oltre 1.400) sono autorizzate per:
- a) ricongiungimento familiare
 - b) re-iscrizione di iscritto a termine

- c) mantenimento dell'assistenza in presenza di trasferimento fuori ambito, previa accettazione del PLS
- d) mantenimento dell'assistenza oltre il compimento del 14° anno, previa accettazione del PLS

Sulla base della necessità genitoriale di proseguire l'assistenza dei propri figli con il proprio PLS, si consente – previa accettazione da parte del PLS e valutata da parte della ASST la capienza con priorità verso i nuovi nati (0-5) – il mantenimento del rapporto di cura fino al compimento del 16° anno per gli assistiti per i quali le famiglie ne facciano richiesta (modulo in allegato 7 da presentare allo sportello scelta/revoca o da inviare attraverso canale telematico da parte del PLS o del genitore).

6 PARTECIPAZIONE DEI PLS ALLE ATTIVITA' VACCINALI

Per dare ulteriore sviluppo al coinvolgimento delle cure primarie, anche attraverso le loro AFT e forme associative, le ASST favoriranno l'attività vaccinale nello studio del PLS singolo o associato e/o nelle Case di Comunità (CdC), nonché la partecipazione al raggiungimento degli obiettivi della propria AFT, in relazione alla campagna di vaccinazione antinfluenzale e anti-meningococcica B, all'attività di recupero vaccinale per la popolazione in età adolescenziale, nonché alla campagna di profilassi anti-Virus Respiratorio Sinciziale (RSV) con anticorpi monoclonali, secondo differenti modelli organizzativi indicati in Allegato 3.

Le ASST concorderanno con i PLS le modalità di attuazione e rendicontazione delle vaccinazioni tramite registrazione sull'applicativo regionale. Potranno essere vaccinati – a scelta del PLS – anche gli assistiti che non risulteranno più iscritti con il PLS stesso per passaggio al MMG.

Saranno inoltre possibili ulteriori coinvolgimenti dei PLS per altre vaccinazioni del calendario del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV), nonché per la campagna di profilassi con anticorpi monoclonali come miglior strategia di prevenzione per RSV.

7 CONTINUITA' ASSISTENZIALE PEDIATRICA (CAP)

7.2 Nel corso del 2024 dovrà attuarsi la riorganizzazione e potenziamento del servizio di CAP, in raccordo con quanto previsto dall'AIR 2023 (*cfr. allegato 4*). Le finalità dell'esperienza di CAP si collocano all'interno del macro obiettivo nazionale e regionale di contenimento degli accessi impropri al Pronto Soccorso Ospedaliero, estendendosi anche alla promozione dell'impiego della televisita e del teleconsulto.

Si prevede che venga istituita una Centrale Pediatrica, di norma una per ATS (contemplando comunque diverse soluzioni logistiche sulla base delle specificità territoriali), a valle del Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117 nella giornata di sabato (se a livello locale la partecipazione dei PLS lo consente, anche nella giornata di domenica), attiva nella fascia oraria diurna (8-18). La Centrale Pediatrica deve gestire telefonicamente, anche per il tramite della televisita, i pazienti in età evolutiva (fino al compimento del 18esimo anno di età) che AREU, per mezzo del NEA 116117, orienta sulla medesima.

Le sedi per gli accessi ambulatoriali a valle della Centrale Pediatrica devono essere stabilite all'interno delle CdC in coerenza con il PPT.

La CAP si deve svolgere in piena coerenza con l'assetto generale della Continuità Assistenziale definito da specifico provvedimento di Regione Lombardia - DGR XII/2588 del 21.6.2024 ad oggetto: *Determinazioni in ordine al modello di funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT)*.

Tale attività è regolata dall'art. 27 comma 2 lettera d) del nuovo ACN della Pediatria di Famiglia con previsione di assegnazioni economiche alle ASST oltre a quelle che alimentano il fondo della Medicina Convenzionata. Si prevede un riconoscimento economico su base oraria, pari a 90 Euro/ora, direttamente su cedolino.

Le ASST che attivano la CAP pongono a supporto gli spazi all'interno delle CdC (come sopra indicato) e contribuiscono allo svolgimento delle attività con personale amministrativo e infermieristico.

I dati di attività della CAP a favore della popolazione pediatrica, registrati da AREU e dalle ASST, saranno oggetto di valutazione da parte del *tavolo di lavoro regionale con la presenza oltre che dei rappresentanti dei PLS anche degli IRCCS e delle ASST*, di cui al paragrafo SVILUPPI INNOVATIVI. L'analisi di tali dati di attività sarà funzionale, in caso di una adeguata disponibilità di flusso dati, anche alla redazione di specifica relazione per il Ministero della Salute, in ragione della possibilità di elevare l'età di cura degli assistiti da parte della Pediatria di Famiglia in analogia con la Pediatria Ospedaliera.

7.3 Per quanto riguarda le giornate prefestive che non cadono di sabato o domenica, in linea con l'ACN del 25.07.2024, esse sono equiparate ai giorni feriali, con le seguenti eccezioni: nelle giornate del 14 agosto, 24 e 31 dicembre si applicano le regole del sabato.

8 SVILUPPI INNOVATIVI

In ambito pediatrico assistenza, cura e nuovi modelli organizzativi possono trarre vantaggio dall'applicazione dei risultati derivati dalla ricerca e dalla acquisizione di nuove conoscenze scientifiche.

Questo può permettere un avanzato approccio alle patologie interessate, con particolare riguardo ma non esclusivamente quelle croniche e rare, con miglior controllo della loro evoluzione. Viene così ad essere attuato quanto indicato dalla recente riforma degli IRCCS che prevede una sorta di contaminazione di soggetti del SSR da parte degli IRCCS.

In questo contesto è importante la partecipazione della pediatria di famiglia ad iniziative di sperimentazione. Al riguardo è necessario individuare criteri e modalità di ingaggio dei singoli PLS. Con il coordinamento della DGW entro il mese di ottobre 2024 si attiverà uno specifico tavolo di lavoro regionale con la presenza oltre che dei rappresentanti dei PLS anche degli IRCCS e delle ASST.

9 GOVERNO CLINICO

Per il 2024, con tensione ad un'implementazione dell'attività in armonia con il PPT 2025-2027, e pertanto con previsione di ulteriore sviluppo delle presenti proposte progettuali oltre il presente Accordo, si propongono 3 distinti Progetti di Governo Clinico con possibilità di scelta da parte di ciascun PLS di una o più progettualità di Governo Clinico, con riconoscimento dell'intera quota pari a 9,79 euro/assistito/anno a valorizzazione della migliore *Area Risultato* raggiunta.

Le quote non assicurate per mancata partecipazione e/o per mancato raggiungimento degli obiettivi saranno impegnate in ulteriori progettualità della Pediatria di Famiglia.

I tre Progetti di Governo Clinico sono così denominati:

9.1 Partecipazione dei PLS all'attività vaccinale antinfluenzale, ai fini del raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti per la popolazione destinataria della ASST

9.2 Pediatri Custodi Digitali

9.3 L'importanza dell'identificazione precoce dei Disturbi del Neurosviluppo e il ruolo del PLS

9.1 Partecipazione dei PLS all'attività vaccinale antinfluenzale, ai fini del raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti per la popolazione destinataria della ASST

La corresponsione della quota di Governo Clinico è prevista in ragione del contributo che la Pediatria di Famiglia assicura ai fini del raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale posti per la popolazione destinataria della ASST, attraverso la partecipazione all'attività del singolo PLS, delle FAA e delle AFT.

Il Progetto di Governo Clinico è denominato *Partecipazione dei PLS all'attività vaccinale antinfluenzale, ai fini del raggiungimento degli obiettivi di copertura previsti per la popolazione destinataria della ASST* e l'adesione del PLS alla progettualità comporta la vaccinazione degli assistiti target individuati dal PLS stesso.

La corresponsione della quota di Governo Clinico sarà così articolata:

Attività	Area di risultato per il singolo PLS
Partecipazione alla campagna di vaccinazione antinfluenzale 2024-2025 quale Progetto di Governo Clinico	Compilazione ed invio al Dipartimento Cure Primarie del format di ADESIONE alla campagna vaccinale quale Progetto di Governo Clinico.
	Completamento, entro il 28 febbraio 2025, della registrazione in ARVAX delle vaccinazioni antinfluenzali somministrate.
	Registrazione di vaccinazioni in numero pari o superiore all'80% delle dosi ritirate presso le Farmacie di Comunità.

Per il PLS aderente alla campagna vaccinale antinfluenzale, qualora aderisca anche alla somministrazione degli anticorpi monoclonali contro RSV, oltre alla remunerazione per singolo inoculo per chi effettua la somministrazione nel proprio studio ovvero il compenso orario per chi la effettua nelle sedi di ASST, è previsto un compenso aggiuntivo in ordine alle necessità organizzative di questa nuova modalità di profilassi e agli obiettivi di copertura della popolazione target di ASST.

In particolare:

- ✓ Euro 1.500,00 per il PLS che profilasserà entro il 31 dicembre 2024 un numero di propri assistiti nati fra l'1.1.2024 e il 31.10.2024 pari o superiore a 10 e che costituisca almeno il 70% di tale coorte calcolata al 31.10.2024
- ✓ Euro 750,00 per il PLS che profilasserà entro il 31 dicembre 2024 un numero di propri assistiti nati fra l'1.1.2024 e il 31.10.2024 pari o superiore a 10 e che costituisca fra il 50 e il 69,99% di tale coorte calcolata al 31.10.2024

I suddetti compensi aggiuntivi si intendono ridotti della metà per coloro che effettueranno la profilassi in ambito di ASST con attività interamente organizzata dalla ASST.

Sia per la remunerazione dei singoli inoculi che per quella dei compensi aggiuntivi, i dati verranno estrapolati dal portale regionale dove avverrà la rendicontazione.

Il compenso aggiuntivo verrà valorizzato nel primo trimestre 2025 competenze 2024 a valere sui fondi residui, secondo specifiche indicazioni DGW.

9.2 Pediatri Custodi Digitali

PREMESSA

Considerando che oramai i bambini più piccoli sperimentano gli schermi digitali anche prima del compimento del primo anno di vita (i genitori li utilizzano per attività che hanno un forte impatto sulla

salute e sul benessere, come calmare il pianto, allattare il bambino, distrarlo quando manifesta segnali di disagio) e che quelli più grandicelli sono ad alto rischio di farne un uso diretto inadeguato e potenzialmente nocivo per la loro salute, risulta fondamentale promuovere il tema del benessere digitale come un tema non solo educativo ma anche di salute e farlo così diventare un argomento di dialogo e confronto con i genitori.

Ciò premesso e stante la rilevanza della tematica, si propone come progetto di Governo Clinico per il 2024 quello dei PEDIATRI CUSTODI DIGITALI descritto in Allegato 6 e che ricalca quanto già sperimentato dai PLS della Regione Friuli-Venezia Giulia.

Il Progetto di Governo Clinico è denominato *Pediatrri Custodi Digitali* e l'adesione del PLS comporta l'applicazione del percorso descritto in Allegato 6 con raggiungimento della popolazione target.

La corresponsione della quota di Governo Clinico sarà così articolata:

Attività	Area di risultato per il singolo PLS
Partecipazione al Progetto di Governo Clinico PEDIATRI CUSTODI DIGITALI	Compilazione ed invio al Dipartimento Cure Primarie del format di ADESIONE al Progetto di Governo Clinico.
	Svolgimento del percorso formativo entro il 30.10.2024 se non già effettuato in passato tramite la FAD di 8 ore in modalità asincrona, per un totale di 12 crediti ECM. Il reperimento e l'accesso alla piattaforma sono a carico del PLS che trasmetterà l'attestato di partecipazione al corso al proprio Dipartimento di Cure Primarie.
	Completato il percorso, il PLS riceve un kit informativo contenente – oltre ad una Guida per gli approfondimenti – 360 schede informative per i genitori per le 6 specifiche fasce di età (0-6 mesi; 6-12 mesi; 1-2 anni; 3-6 anni; 6-10 anni e 11-14 anni) alle quali è rivolto il progetto. Nel corso dei bilanci di salute che cadono nelle 6 fasce di età previste ed effettuati dopo la formazione specifica di cui sopra ed entro il 31 dicembre 2024, il PLS fornisce al genitore di almeno 1 assistito per ognuna delle 6 fasce d'età informazioni e indicazioni sul corretto utilizzo dei dispositivi digitali, introducendo questo nuovo argomento tra quelli trattati nel corso della visita. Contestualmente consegna al genitore la scheda età-specifica che contiene consigli e indicazioni per una corretta gestione dei media digitali per quella fascia di età.
	Il PLS registra la consulenza educativa effettuata come PPIP (Codice PB7 "Educazione digitale", senza valorizzazione economica) e la rendiconta insieme alle altre PPIP del mese con le tempistiche in uso. Eventuali situazioni di PLS non aventi in carico nemmeno un assistito candidabile al bilancio di salute per una o più delle 6 fasce di età previste nel periodo di svolgimento del progetto, verranno valutate in sede di consuntivo dal Comitato di ASST.

9.3 L'importanza dell'identificazione precoce dei Disturbi del Neurosviluppo e il ruolo del PLS

PREMESSA

Con l'espressione "Disturbi del Neurosviluppo" si fa riferimento a un gruppo di condizioni che esordiscono in età evolutiva, caratterizzate da deficit dello sviluppo e che causano una compromissione del funzionamento personale, sociale, scolastico. Il deficit varia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento fino alla compromissione globale delle abilità sociali e dell'intelligenza.

L'identificazione precoce dei Disturbi del Neurosviluppo e dei Disturbi Psicopatologici in età evolutiva è di fondamentale importanza, poiché consente di intervenire tempestivamente, contribuendo a ridurre in maniera significativa l'impatto di tali disturbi sulle traiettorie evolutive del bambino e del ragazzo.

Nei Disturbi del Neurosviluppo sono stati inseriti: la disabilità intellettiva, i disturbi della comunicazione, il disturbo dello spettro autistico, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, il disturbo specifico dell'apprendimento e i disturbi del movimento. Questo complesso di disturbi comporta un elevato carico sanitario, sociale ed economico.

Solitamente i genitori notano durante la crescita caratteristiche del comportamento che considerano preoccupanti e ne fanno partecipe il PLS. L'osservazione di comportamenti che deviano dall'atteso può avvenire anche negli ambienti extra familiari, come la scuola dell'infanzia o la scuola primaria. In ogni caso il confronto tra i genitori e il proprio PLS è il primo passo per verificare l'ipotesi di una diagnosi di Disturbo del Neurosviluppo. Nel caso in cui il PLS, sulla base delle proprie osservazioni e dei dubbi portati dalla famiglia, pensi di avere riscontrato sintomi coerenti, richiederà una visita specialistica che possa sostanziare la diagnosi.

Il Disturbo dello Spettro dell'Autismo e il Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività sono due esempi di Disturbo del Neurosviluppo cui la ricerca scientifica ha dedicato particolare attenzione negli ultimi anni, compiendo numerosi progressi circa la conoscenza delle basi neurobiologiche, degli indicatori precoci e degli esiti di trattamento di tali condizioni.

Ruolo chiave nel monitoraggio della crescita neuroevolutiva in età pediatrica è svolto dal PLS durante i controlli pediatrici, mediante l'utilizzo di schede condivise dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dalla Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), dall'Associazione Culturale Pediatri (ACP), dal Sindacato Medici Pediatri di Famiglia (SiMPeF), dalla Società Italiana di Pediatria (SIP), dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) e dalla Società Italiana di Neonatologia (SIN).

Le Schede di Osservazione e Promozione del Neurosviluppo sono nate dal Progetto Salute-Infanzia nell'ambito dei Bilanci di Salute, cioè dei controlli di routine previsti dal Sistema Sanitario Nazionale, realizzati dal PLS a determinate tappe di età definite con le singole Regioni. Privilegiano l'osservazione longitudinale del bambino e includono i comportamenti essenziali da valutare ad ogni Bilancio di Salute per una efficace sorveglianza neuroevolutiva. Inoltre, per ciascun dominio vengono anche indicate le strategie più appropriate per valorizzare opportunità ed esperienze della vita quotidiana del bambino, per lui utili e interessanti in quella specifica fase di sviluppo.

Le Schede sono state sviluppate per essere applicabili nell'ambito dei Bilanci di Salute realizzati dai PLS con l'obiettivo di produrre uno strumento che facilitasse l'attività del PLS, selezionando i comportamenti essenziali da sorvegliare nel tempo, per monitorare la traiettoria di sviluppo del bambino ed inviarlo tempestivamente a visita specialistica se necessario. La sorveglianza attiva dello sviluppo da parte dei PLS e il loro coordinamento con le Unità Specialistiche di Neuropsichiatria Infantile è elemento essenziale per favorire un riconoscimento precoce dei disturbi del neurosviluppo.

Da segnalare inoltre che oltre il 50% dei bambini segnalati alle Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile presentano problemi di comportamento, in particolare il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD), il disturbo oppositivo/provocatorio (DOP) e il disturbo della condotta (DC).

Il Questionario sui punti di forza e di debolezza (**Strength and Difficulties Questionnaire – SDQ**) di Goodman è uno strumento piuttosto conciso che permette di ottenere numerose informazioni sul comportamento del bambino. L'SDQ è stato inizialmente costruito per i Paesi di lingua inglese e successivamente è stato tradotto in oltre 40 lingue; contiene 25 item che si riferiscono ad attributi positivi o negativi del comportamento del bambino. Gli item sono suddivisi in 5 subscale: 1. Iperattività, che contiene anche item sui problemi di attenzione; 2. Problemi di condotta; 3. Difficoltà emotive (soprattutto aspetti legati all'ansia e alla depressione); 4. Comportamenti prosociali; 5. Rapporti con i pari.

Questo questionario risulta essere un utile strumento in grado di cogliere la manifestazione di alcune problematiche psicologiche dei bambini. Il Neuropsichiatra Infantile che riceve la segnalazione accompagnata dal questionario SDQ si trova maggiormente orientato circa gli ambiti nei quali il bambino incontrerebbe le maggiori difficoltà nella propria crescita. L'SDQ rappresenta quindi uno strumento agile per raccogliere le informazioni più importanti su diversi aspetti psicologici del bambino, non si configura come un mezzo per formulare una diagnosi clinica, bensì come strumento di screening allo scopo di individuare bambini a rischio di disturbi psicologici.

L'SDQ può essere compilato sia da insegnanti che da genitori. Nel primo caso, gli insegnanti possono farne un duplice uso: fornire informazioni su un caso segnalato ed effettuare screening nelle scuole. Inoltre, gli insegnanti possono confrontare il punteggio di ogni questionario con i dati presentati in letteratura per verificare la «misura» delle difficoltà e dei punti di forza di ciascun alunno rispetto al campione italiano. I genitori, invece, possono compilarlo per fornire informazioni allo Specialista circa il comportamento del proprio figlio.

Il Progetto di Governo Clinico è denominato *L'importanza dell'identificazione precoce dei Disturbi del Neurosviluppo e il ruolo del Pediatra di Libera Scelta* e l'adesione del PLS comporta l'applicazione del percorso descritto in tabella seguente con raggiungimento della popolazione target.

La corresponsione della quota di Governo Clinico sarà così articolata:

Attività	Area di risultato per il singolo PLS
Partecipazione al Progetto di Governo Clinico <i>L'importanza dell'identificazione precoce dei Disturbi del Neurosviluppo e il ruolo del Pediatra di Libera Scelta</i>	Compilazione ed invio al Dipartimento Cure Primarie del format di ADESIONE al Progetto di Governo Clinico.
	Partecipazione a formazione specifica in materia curata dalla Direzione Generale Welfare.
	Somministrazione da parte del PLS (previo un evento di formazione specifica sull'argomento) del test SDQ 2-4 anni ad almeno il 70% dei propri assistiti 24 - 36 mesi che effettueranno il 7° bilancio di salute dopo l'evento di formazione specifica di cui sopra ed entro il 31 dicembre 2024, in modo da poter segnalare tempestivamente all'Unità di Neuropsichiatria Infantile di riferimento i casi sospetti per Disturbi del Neurosviluppo (tramite la piattaforma win4ads, già attiva per la segnalazione del sospetto di Disturbo dello Spettro Autistico nel bambino di età compresa dai 16 ai 20 mesi con il questionario CHAT)
	Il PLS registra la compilazione del questionario come PPIP (Codice PB8 "Screening Disturbi Neurosviluppo", senza valorizzazione economica) e la rendiconta insieme alle altre PPIP del mese con le tempistiche in uso. Eventuali situazioni di PLS non aventi in carico nemmeno un assistito candidabile al 7° bilancio di salute nel periodo di svolgimento del progetto, verranno valutate in sede di consuntivo dal Comitato di ASST.

Nell'allegato 8 la documentazione relativa alla traduzione italiana del SDQ 2-4 anni denominato "*One-sided SDQ for parents or educators of 2-4 years old*", come acquisita dal Centro Pivot Nida. In particolare, si allega il pdf autorizzato dal Prof. Goodman, con il quale il Centro Pivot Nida collabora da oltre un ventennio e si riporta quanto indicato in merito alla traduzione del Questionario:

"Il questionario è stato tradotto in oltre 50 lingue, tra cui l'Italiano, e tutte le traduzioni autorizzate sono disponibili sul sito ufficiale <https://sdqinfo.org/py/sdqinfo/b0.py> Come specificato nella nota sotto riportata, le traduzioni validate e autorizzate sono quelle presenti e scaricabili da detto sito.

10 ATTIVITÀ CON IMPIEGO DI FONDI RESIDUI DI GOVERNO CLINICO: FORMAZIONE E TELEMEDICINA

Si propone per il 2024 di sviluppare una strategia di formazione per i PLS che sono già in attività per superare i limiti degli strumenti tradizionali. In Allegato 5 viene strutturata la proposta della **Formazione POCUS nel Setting della Pediatria di Famiglia**. Il percorso formativo POCUS consente al PLS di migliorare il proprio ragionamento clinico, oltre che le proprie capacità diagnostiche, la gestione medica e le capacità procedurali. Per i PLS che intendano aderire al percorso formativo, sarà possibile attingere a fondi residui.

Regione Lombardia ha maturato nel corso degli anni esperienze di utilizzo della Telemedicina in specifici territori e in particolari contesti specialistici, ponendo l'attenzione sulla medicina di iniziativa e sulla presa in carico della cronicità. A Milano, presso l'Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi è stato attivato un servizio di Telecardiologia, nato dall'esigenza di creare una modalità nuova, semplice e sicura di esecuzione e refertazione dell'elettrocardiogramma in età pediatrica, senza dover andare in ospedale, spostando

pertanto la sede di interazione tra medico e paziente dall'ambulatorio di cardiologia al web avvalendosi di strumenti innovativi.

Il presente Accordo ha l'obiettivo di dare avvio ai servizi minimi di Telemedicina nell'ambito delle Cure Primarie con focus sui seguenti servizi e scenari di applicazione:

- ✓ Teleconsulto tra PLS e altro Medico Specialista
- ✓ Telemonitoraggio di Livello 1 a gestione territoriale
- ✓ Televisita
- ✓ Teleassistenza
- ✓ Telerefertazione

Tale esigenza deriva dalla volontà di mantenere alta la risposta dell'Ospedale alle richieste dei Pediatri di libera scelta del territorio, non solo alla luce del momento storico che stiamo vivendo in cui l'affollamento dei mezzi di trasporto e delle sale d'attesa ospedaliere va disincentivato, ma anche per utilizzare dispositivi tecnologici che consentono, in totale sicurezza e con alti standard qualitativi, l'effettuazione di elettrocardiogramma "tradizionale" in una forma più confortevole e fruibile per l'utente. Verrà costituito specifico Gruppo di Lavoro con il compito di identificare gli scenari di telemedicina più aderenti al contesto delle Cure Primarie, i riferimenti per l'erogazione delle prestazioni e le risorse da impiegare nella Presa in Carico e nell'integrazione con le competenze specialistiche nei processi socioassistenziali e clinici.

La Direzione Generale Welfare garantirà primi momenti formativi sul tema e le esperienze già in corso, coerenti con le indicazioni che via via svilupperà il Gruppo di Lavoro, potranno essere valorizzate con risorse residue derivanti dai precedenti anni di esercizio.

11. DIRITTI SINDACALI

Anche per il 2024, in parziale deroga all'applicazione di quanto previsto all'art. 16 del vigente ACN i rappresentanti sindacali comunicano trimestralmente alla propria ASST il numero delle ore di sostituzione utilizzate nel trimestre precedente e il nominativo e la qualifica del/dei sostituti. Entro il mese successivo l'ASST provvede alla liquidazione del compenso dovuto, ai sensi del comma 6, direttamente al pediatra sostituito.

12. ATTIVITÀ IN COERENZA CON L'ART. 27 DEL VIGENTE ACN

Sono state condivise con la UO Prevenzione della Direzione Generale Welfare ulteriori attività *CORE* per le quali si prevedono assegnazioni economiche alle ASST oltre a quelle che alimentano il fondo della Medicina Convenzionata, per l'espletamento da parte dei *PLS di specifiche attività definite dalle Aziende anche con soggetti terzi, in forma organizzata e continuativa, al di fuori degli orari di attività convenzionale, nell'ambito degli Accordi Attuativi Aziendali.*

Nello specifico è stata individuata un'area di intervento:

- ✓ Prevenzione Virus Respiratorio Sinciziale mediante immunizzazione con anticorpi monoclonali

L'attività prevede la somministrazione degli anticorpi monoclonali ai bambini nati tra 1 gennaio 2024 e 31 ottobre 2024.

Qui si richiama quanto definito in merito all'**attività vaccinale destagionalizzata** di cui all'Allegato 3 in relazione ai differenti modelli organizzativi indicati e possibili.

Questa attività verrà inserita all'interno della retribuzione del cedolino del PLS, riconducendo tale attività alla Quota E.

12 NOTA FINALE n. 1.

Il fondo aggiuntivo previsto per questo accordo sarà rivalutato per gli anni successivi, in relazione alle risorse disponibili e al contesto di integrazione degli studi dei PLS nel nuovo assetto della medicina territoriale previsto dal PNRR.

In conformità con l'art. 45 comma 1 dell'ACN vigente, tutti i compensi citati nel presente AIR e nei suoi allegati, sono da intendersi oneri esclusi se non diversamente esplicitato.

Milano, 24.09.2024

Letto e sottoscritto digitalmente

Per la parte pubblica:

Direttore Generale Welfare Dirigente U.O. Rete

Territoriale Dirigente Struttura Cure Primarie

Direttore Generale ATS Pavia

Direttore Generale ASST Bergamo Ovest

Direttore Generale ASST Lariana

Direttore Generale ASST Nord Milano

Per le OO.SS.

SIMPEF

FIMP

CIPE

**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 sociosanitario)
- possibilità di riduzione fino al 50% dell'orario di apertura nei mesi di luglio e agosto con eventuale chiusura serale alle ore 18 previa comunicazione ad 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 PLS, dove tutti i PLS 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 un infermiere contrattualizzato da almeno un componente la forma associativa, per un numero complessivo di ore pari ad almeno 5 ore settimanali per ogni componente la forma associativa stessa, che dovrà supportare le attività condivise eseguite nella sede comune

- possibilità di riduzione fino al 50% dell'orario di apertura nei mesi di luglio e agosto con eventuale chiusura serale alle ore 18 previa comunicazione ad 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
- svolgere la propria attività nei confronti degli assistiti degli altri pediatri della forma associativa per le prestazioni non differibili, PPIP comprese. Queste ultime saranno remunerate al pediatra che le ha eseguite, indipendentemente dalla titolarità nei confronti dell'assistito

Obblighi:

- comunicare tramite PEC l'atto costitutivo della forma associativa all'Azienda che, verificati i requisiti di validità, ne prende atto; la corresponsione dell'incentivo è legata alla capienza del fondo.
- garantire sempre la sostituzione degli assenti (ad esclusione di periodi superiori a 30 gg)
- 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

Compensi:

- associazione con sede unica: € 17,50 euro/assistito/anno
- associazione senza sede unica: € 16,00 euro/assistito/anno

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 PLS in forma associativa)

PERSONALE INFERMIERISTICO

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. Si prevede altresì l'impiego di personale afferente alla sfera dell'educazione per specifiche attività.

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 PLS 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 forma associativa).
- euro 2.50/assistito/anno, aggiuntivi, per i PLS che impiegano l'infermiere per le campagne vaccinali previsti dagli AAA e che l'abbiano contrattualizzato per almeno 10 ore settimanali, entro il 31.8.2024.

Si precisa che il PLS componente della FAA senza sede unica che tragga beneficio dalla condivisione del personale di studio dipendente, senza aver posto in essere forme di contrattualizzazione, non matura il diritto di accesso alle specifiche indennità.

MODELLI ORGANIZZATIVI PER LA PARTECIPAZIONE DEI PLS ALL'ATTIVITÀ VACCINALE DI ASST

1. GESTIONE DIRETTA DELL'ATTIVITÀ NELLA AFT

Destinatari dell'offerta	Assistiti target
Proposta attiva di vaccinazione	Ogni PLS della AFT, con priorità per i propri assistiti
Sede dell'attività	Studio medico/altre sedi del territorio/Ambulatorio CdC
Agende ARVAX/non ARVAX	Personale infermieristico e amministrativo di studio
Gestione vaccini – Magazzino Lotti e consegne	ASST/PLS
Gestione vaccini – Stoccaggio <i>La modalità organizzativa di sedute vaccinali pianificate da più PLS (vaxday) consente, nella stessa giornata, il ritiro del vaccino e la restituzione dell'eventuale esubero, presso sedi ASST.</i>	ASST/PLS
Consenso informato /Anamnesi	PLS
Seduta vaccinale	PLS e personale infermieristico di studio
Registrazione in portale ARVAX	PLS e personale infermieristico di studio

La retribuzione per l'attività svolta dal PLS, con eventuale contributo del personale infermieristico/amministrativo di studio, è riconosciuta come segue:

- ✓ Compenso per singolo inoculo: € 10,95 (tariffa applicata anche per somministrazione di anticorpi monoclonali RSV)
- ✓ Compenso per spray nasale: € 10,95
- ✓ Compenso aggiuntivo per vaccinazione al domicilio: € 18,90
- ✓ Riconoscimento per raggiungimento obiettivi di progetto di Governo Clinico

2. PARTECIPAZIONE DELLA AFT ALL'ATTIVITÀ GESTITA DAL CENTRO VACCINALE

Destinatari dell'offerta	Assistiti target
Proposta attiva di vaccinazione	Ogni PLS della AFT, con priorità per i propri assistiti
Sede dell'attività	Centro Vaccinale/Ambulatorio CdC
Agende ARVAX	ASST/PLS
Gestione vaccini - Magazzino lotti e consegne	ASST
Gestione vaccini – Stoccaggio	ASST
Consenso informato /Anamnesi	PLS
Svolgimento seduta vaccinale	PLS/Personale infermieristico di ASST
Registrazione in portale ARVAX	PLS/Personale ASST, secondo modello organizzativo del CV

La retribuzione per l'attività svolta dal PLS e dal personale infermieristico/amministrativo di studio è riconosciuta come segue, nel caso di **attività nell'ambito di campagne vaccinali**:

- ✓ Compenso per attività libero professionale su base oraria (*): € 60,00/ora
- ✓ Riconoscimento per raggiungimento obiettivi di progetto di Governo Clinico

La retribuzione per l'attività svolta dal PLS e dal personale infermieristico/amministrativo di studio è riconosciuta come segue nel caso di **attività vaccinale destagionalizzata**:

- ✓ Compenso per attività libero professionale su base oraria (*): € 60,00/ora (tariffa applicata anche per somministrazione di anticorpi monoclonali RSV)

(*) *Il Pediatra di Libera Scelta non può svolgere in libera professione attività già previste dal presente Accordo e dagli accordi decentrati in favore dei propri assistiti. Fanno eccezione, a titolo esemplificativo, alcune prestazioni tra cui ... specifiche attività definite dall'Azienda anche con soggetti terzi, in forma organizzata e continuativa, al di fuori degli orari di attività convenzionale, nell'ambito degli Accordi Attuativi Aziendali.*

PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE

Livelli massimi attesi di PIPP.

Prestazione	Codice	Euro (oneri esclusi)	Volumi attesi/anno (prestazioni ogni 100 assistiti)
Sutura di ferita superficiale	P01	3,56	1%
Rimozione di punti di sutura e medicazione	P02	13,08	5%
Estrazione corpo estraneo dall'orecchio	P07	7,61	1%
Prima medicazione	P08	13,08	5%
Medicazioni successive	P09	6,52	5%
Riduzione della pronazione dolorosa dell'ulna	P15	10,84	1%
Terapia aerosolica (unica, urgente, con broncodilatatore)	P33	5,47	5%
Conta leucocitaria	P35	8,21	20%
Esame microscopico urine (camera di Burkner)	P36	5,47	10%
PCR	P37	13,69	20%
Ricerca SBEGA, comprensiva di prelievo per esame microbiologico	P40	10,95	30%
Esame chimico urine mediante striscia reattiva	P45	2,74	10%
Emocromo + formula leucocitaria	P47	10,01	20%
Pulsossimetria	P48	5,00	5%
Glicemia	P49	2,51	5%
Picco di flusso espiratorio	P50	5,00	5%
Spirometria	PA7	27,37	10%
Prick – test	PA9	27,37	10%

Condizioni di riconoscibilità.

Prestazione	Codice	Euro (oneri esclusi)	Limiti di riconoscibilità
Vaccinazione raccomandata (campagne vaccinali)	P34	10,95	solo con accordi specifici annuali
Otoscopia pneumatica	P41	5,47	solo in corso di visita APA per O.M.E.
Prelievo di sangue capillare	P42	2,74	solo con PPIP P35, P37 o P47
Screening per l'Ambliopia	PA3	22,72	solo con Bilancio di Salute n. 7
Test acuità visiva	PA5	22,72	solo con Bilancio di Salute n. 8
Scoliometria	PA6	20,77	solo con Bilancio di Salute n. 9
Plicometria	PB1	13,69	solo in corso di visita APA per obesità
Impedenzometria	PB2	10,95	solo in corso di visita APA per O.M.E.
Test del riflesso rosso	PB4	22,72	solo con Bilancio di Salute n. 1 o n. 2
CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)	PB6	22,72	con età compresa fra 16 e 20 mesi
Educazione digitale	PB7	0,00	con Governo Clinico “Custodi Digitali”
Screening disturbi del neurosviluppo	PB8	0,00	con Governo Clinico “Screening disturbi del neurosviluppo”

Prestazioni attualmente non riconosciute.

Prestazione	Codice
Tamponamento nasale anteriore	P05
Estrazione corpo estraneo	P06
Toilette di perionichia suppurate	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
M-CHAT	PB5

Eventuali superamenti dei livelli massimi attesi o casistiche particolari potranno essere gestiti in sede di Comitato Aziendale.

Formazione POCUS nel Setting del Pediatra di Famiglia

Il percorso formativo POCUS consente ai pediatri di famiglia di migliorare il loro ragionamento clinico, oltre che alle loro capacità diagnostiche, alla gestione medica e alle capacità procedurali.

Metodi di Insegnamento per la Formazione POCUS

La formazione POCUS consiste in

1. Sessioni Didattiche
2. Formazione Pratica
3. Istruzioni Online

Componenti base del Corso POCUS

1. Indicazioni per un Esame Specifico
2. Acquisizione di Immagini: richiede pratica con i pazienti
3. Interpretazione dell'Immagine:
4. Processo Decisionale Clinico utilizzando i dati acquisiti

Competenze Acquisite Tramite la Formazione POCUS

Il percorso formativo consente ai pediatri di:

1. **Acquisire manualità con il Macchinario Ecografico** e con la **Manipolazione della Sonda** per ottimizzare l'imaging, al fine di una diagnosi accurata;
2. **Interpretazione Clinica:** Comprendere **limiti** e implicazioni cliniche delle immagini ecografiche.

I **requisiti formativi** sono progettati con un approccio multimodale, includendo:

1. **Compiti di Apprendimento Online;**
2. **Esami Ecografici Supervisionati** da esperti del settore;
3. **Sessioni di Insegnamento in Piccoli Gruppi:** incontri mirati per applicare POCUS in contesti clinici reali.

Mantenimento delle Competenze

Un problema significativo è la difficoltà per molti medici di mantenere le competenze POCUS acquisite. Pertanto, è fondamentale prevedere:

- **Aggiornamento Continuo:** Formazione continua e supervisione in tempo reale per supportare i pediatri.

Struttura del corso

Le competenze POCUS possono essere ottenute senza la necessità di un'estesa formazione, grazie a programmi didattici ben strutturati e a esperienze pratiche mirate che permettono ai medici di sviluppare le abilità desiderate:

- 10 ore di didattica;
- 50 esami ecografici su bambini volontari sani;

Le attività sono controllate e supervisionate da esperti POCUS, permettendo un'efficace acquisizione dell'immagine e un'accurata interpretazione.

PROGETTO DI GOVERNO CLINICO 2024

I Pediatri come Custodi digitali (tratto da MEC – Media Educazione Comunità).

SINTESI DEL PROGETTO

Custodi Digitali è un programma di educazione digitale familiare che mira a favorire il benessere del bambino rispetto all'utilizzo degli schermi dalla nascita, con il coinvolgimento attivo dei pediatri di famiglia. Sviluppato nel 2020 in collaborazione con i pediatri della Provincia di Pordenone e gli Ambiti Socio-Assistenziali di Maniago e di Azzano Decimo, è stato esteso nel 2021 a tutti i Pediatri della Provincia di Pordenone e nel 2022 a tutti i pediatri della Regione Friuli-Venezia Giulia.

Sono stati prodotti dal progetto alcuni materiali innovativi e originali sull'educazione digitale dalla nascita (schede per genitori, una Guida per i Pediatri di Famiglia, una Guida per genitori) frutto della sperimentazione in studio svolta dai pediatri di famiglia con decine di migliaia di genitori. Soprattutto è stato elaborato un modello sistemico di intervento di prevenzione rivolto a tutti i genitori di un territorio, che nel 2023 è stato presentato anche al Ministro della Salute, in audizione privata, insieme ai soggetti promotori - Associazione Media Educazione Comunità, Università Milano-Bicocca e SICuPP Società Italiana Cure Primarie Pediatriche come possibile modello di sviluppo Nazionale. Una ricerca scientifica sulla valutazione di impatto dell'intervento, svolta in collaborazione con il Centro per il Benessere Digitale dell'Università Milano-Bicocca di Milano (i cui esiti sono in fase di pubblicazione) ha stabilito la validità del modello e la sua efficacia in termini di aumento delle competenze e modificazione delle abitudini familiari.

Alla presentazione alla Camera dei deputati (Settembre 2023) erano presenti i soggetti promotori del piano di sviluppo nazionale:

- l'Università Milano-Bicocca con il prof. Marco Gui, professore di Sociologia e responsabile del Centro per il Benessere Digitale;
 - SICuPP Società Italiana Cure Primarie Pediatriche, con il presidente dott. Paolo Becherucci
 - l'Associazione MEC Media Educazione Comunità con il dott. Marco Grollo, fondatore dell'Associazione.
- Era presente Alberto Pellai, psicoterapeuta e uno dei più importanti esperti di sviluppo infantile e neuroscienze.

Custodi Digitali si basa sulle fasi di sviluppo evolutivo del bambino e sulla gradualità di introduzione dei dispositivi digitali secondo i bisogni, le competenze fase-specifiche e i compiti evolutivi delle diverse fasce di età del bambino. Si propone di favorire il benessere psicologico del bambino dal punto di vista cognitivo, emotivo e relazionale. E' sviluppato secondo una logica di lavoro di comunità, prevedendo il graduale coinvolgimento di altre figure educative significative (educatori, insegnanti, servizi sociali e sanitari).

OBIETTIVI GENERALI DEL PROGETTO

Il progetto ha la finalità generale di realizzare un intervento sistemico di educazione digitale dalla nascita, che concretamente raggiunga tutti i genitori di un territorio dando loro informazioni aggiornate, basate scientificamente e coerenti con le indicazioni della Società Italiana di Pediatria sulla corretta gestione dei dispositivi digitali, contrastando alcune pratiche genitoriali che si stanno diffondendo e che sono potenzialmente dannose per la salute e il benessere del bambino; in particolare l'utilizzo degli schermi nei primi due anni di vita. Gli obiettivi sono i seguenti:

- Promuovere il tema del benessere digitale come un tema non solo educativo ma anche di salute e di benessere psico-fisico per i bambini e ragazzi da 0 a 14 anni
- Informare insegnanti e genitori sulle conseguenze dal punto di vista della salute del bambino dell'utilizzo degli schermi attraverso il coinvolgimento diretto del Pediatra di famiglia
- Realizzare strumenti per l'educazione ai media e la promozione del benessere digitale specifici per le diverse fasce di età dei bambini, a partire dalla nascita
- Stimolare i genitori ad una maggiore consapevolezza e ad un'assunzione di responsabilità rispetto alle conseguenze dei loro comportamenti personali e familiari con i media e gli strumenti digitali in genere

- Condividere strategie e metodi di intervento di comunità per lo sviluppo delle competenze digitali: incontri per genitori, laboratori nei nidi e nelle scuole dell'infanzia, condivisione di strumenti per supportare gli insegnanti e personale di Nidi e materne, nella gestione delle dinamiche correlate agli argomenti in oggetto.
- Evidenziare la crescente importanza delle scelte nell'ambito del digitale rispetto al benessere del bambino, fornendo esempi concreti di alternative possibili e di contenuti adatti per età.

CONTENUTI DELLA PROPOSTA FORMATIVA

La proposta formativa (FAD) mette a disposizione di ogni pediatra partecipante i seguenti strumenti:

- a. Un percorso formativo di base sull'educazione digitale dalla nascita, accreditato ECM, per un totale di 8 ore di formazione (modalità asincrona), relativo alle varie tematiche sopra indicate e come descritte nell'allegato 1.
- b. Schede per genitori per utilizzo nei bilanci di salute per 6 diverse fasce di età (0/6 mesi; 6/12 mesi; 12/36 mesi; 3-5 anni; 6-10 anni; 11-14 anni) in numero complessivo di 360 in totale (60 per ogni fascia di età). Le schede sono a colori e contengono suggerimenti specifici per le diverse fasce di età indicate.
- c. Due pubblicazioni: Pediatri Custodi Digitali la prima Guida per i pediatri di famiglia sull'educazione digitale dalla nascita (I AM Edizioni, 2022) e Crescere con gli schermi digitali una Guida per genitori (I AM Edizioni, 2022).
- d. L'accesso ad una piattaforma dedicata con una sezione dedicata ai pediatri (www.custodidigitali.it) contenente una serie di materiali di approfondimento: articoli, rice
- e. Un incontro di monitoraggio a distanza di due mesi dall'utilizzo in studio dei materiali sopra indicati.

Il percorso formativo (FAD) è già disponibile on line fino al 30.10.2024 sul sito dedicato al progetto: <https://www.custodidigitali.it/formazione-educazione-ai-media/>

FINALITÀ DELLA PROPOSTA FORMATIVA

1. Formare ed aggiornare i pediatri di famiglia rispetto al tema dell'educazione digitale dalla nascita, attraverso un percorso formativo che permetta di approfondire le tematiche più rilevanti per la salute del bambino nelle diverse fasce di età.
2. Promuovere il tema del benessere digitale come un tema non solo educativo ma anche di salute e di benessere psico-fisico per i bambini e ragazzi da 0 a 14 anni.
3. Approfondire le abitudini di utilizzo degli schermi digitali in età evolutiva con dati aggiornati delle ricerche in ambito nazionale e internazionale e sui principali rischi per i bambini derivanti da un utilizzo eccessivo e non mediato di internet e dei social media.
4. Fornire ai pediatri partecipanti materiali specifici per l'utilizzo in studio nel corso dei bilanci di salute (schede per genitori) che consentano di introdurre efficacemente il tema del corretto utilizzo dei dispositivi digitali nel contesto familiare.
5. Fornire ai pediatri partecipanti indicazioni fase-specifiche da trasmettere ai genitori, correlate alle diverse fasi evolutive del bambino rispetto alle abitudini di utilizzo degli schermi, in particolare smartphone o tablet.
6. Promuovere una comprensione sempre più approfondita non solo dei problemi di salute derivanti dall'utilizzo precoce degli schermi ma dei comportamenti di prevenzione da suggerire ai genitori.

DESTINATARI

Il corso di formazione è rivolto a pediatri di famiglia, pediatri ospedalieri, psicologi e psicoterapeuti.

ASPETTI RILEVANTI E INNOVATIVI

1. Il pediatra è l'unica figura specialistica presente in ogni comunità in grado di raggiungere tutte le famiglie con figli di un territorio indipendentemente dal livello socioculturale. Dai pediatri devono andare tutti i bambini, quindi anche tutti i genitori, compresi quelli che non parteciperanno mai in vita loro a nessuno corso per genitori sul corretto utilizzo dei media, organizzato in altri contesti e ambiti educativi. Per molti genitori, quelle ricevute dal pediatra rappresentano le prime e forse le uniche indicazioni di natura educativa,

cl clinicamente e scientificamente fondate, per la tutela del benessere del bambino, in relazione all'utilizzo dei dispositivi digitali in casa.

2. L'educazione digitale viene di solito proposta e ritenuta rilevante a partire dalla preadolescenza, momento in cui la quasi totalità dei ragazzi e delle ragazze possiede uno smartphone personale. In questo progetto, invece, si comincia a parlare di schermi, salute e buone e cattive abitudini rispetto all'utilizzo degli schermi fin dal primo mese di vita. Viste le recenti ricerche, che confermano che i bambini iniziano a tenere in mano gli smartphone anche prima del compimento del primo anno di vita e che i genitori usano i device elettronici per calmare il pianto dei bambini di pochi mesi (Balbinot, 2006; Bazzola et al., 2018 op. cit.), questo elemento viene considerato un punto distintivo del presente progetto e promuove un fattore di protezione e di salute straordinariamente importante in età evolutiva.

3. Le informazioni che vengono proposte ai genitori in questo progetto sono fase-specifiche; pertanto, i genitori possono sentirle molto vicine ai bisogni e vissuti del loro bambino e collegarle molto facilmente al suo benessere e alla sua salute.

4. I consigli sull'educazione digitale del bambino vengano forniti dal pediatra già nelle prime settimane di vita del bambino, momento nel quale il genitore è molto ricettivo nei confronti di ciò che lo specialista gli indica come importante per la salute del piccolo. E' un momento in cui il pediatra rappresenta un punto di riferimento importantissimo con alta probabilità di essere ascoltato e seguito nel proprio ruolo di consulente familiare e quindi con elevata efficacia nell'indirizzare i comportamenti e formare le attitudini dei genitori. Generare proprio nella fase precoce di vita del bambino buone abitudini relative allo stile con cui il genitore gestisce i comportamenti schermo-correlati in famiglia potrebbe produrre effetti di grande rilevanza anche a medio e lungo termine e rappresentare perciò un fattore di protezione in grado di incidere su tutto l'arco dell'età evolutiva.

5. La struttura di questo progetto prevede una forte attivazione della rete comunitaria al centro della quale si trova il pediatra di libera scelta che si connette con altri fondamentali soggetti del territorio che verranno coinvolti nella fase della sperimentazione e che includono le scuole, i servizi sociali, gli asili nido e le scuole per l'infanzia, le associazioni sportive, ma anche le farmacie e gli esercizi commerciali. A ciascuna di queste agenzie viene affidato un ruolo attivo in questo progetto, che viene profilato attraverso incontri ad hoc, finalizzati alla condivisione degli obiettivi del progetto e delle metodologie di attuazione.

6. Sono stati elaborati insieme ai Pediatri di famiglia strumenti totalmente originali per l'educazione digitale. Non vi sono ad oggi schede specifiche per fasce di età sull'educazione digitale familiare prodotte insieme ai pediatri di famiglia e basate sui dati provenienti dalla letteratura scientifica, né campagne informative che riescono a raggiungere un numero così elevato di genitori con messaggi di educazione al corretto utilizzo degli schermi.

Modalità operative:

- il PLS segue il percorso formativo tramite la FAD di 8 ore in modalità asincrona, per un totale di 12 crediti ECM, disponibile su piattaforma accreditata on-line alla pagina web <https://www.custodidigitali.it/formazione-educazione-ai-media/>. L'accesso alla piattaforma è a carico del PLS
- completato il percorso, il PLS riceve un kit informativo contenente – oltre ad una Guida per gli approfondimenti – 360 schede informative per i genitori per le 6 specifiche fasce di età (0-6 mesi; 6-12 mesi; 1-2 anni; 3-6 anni; 6-10 anni e 11-14 anni) alle quali è rivolto il progetto
- nel corso di un bilancio di salute che cade nelle 6 fasce di età previste, il PLS fornisce al genitore di almeno 1 assistito per ognuna delle 6 fasce d'età informazioni e indicazioni sul corretto utilizzo dei dispositivi digitali, introducendo questo nuovo argomento tra quelli trattati nel corso della visita. Contestualmente consegna al genitore la scheda età-specifica che contiene consigli e indicazioni per una corretta gestione dei media digitali per quella fascia di età
- il PLS registra la consulenza educativa effettuata come PPIP (Codice PB7 "Educazione digitale", senza valorizzazione economica) e la rendiconta insieme alle altre PPIP del mese con le tempistiche in uso.

**DOMANDA DI MANTENIMENTO
DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA DAL COMPIMENTO DEL 14° ANNO AL COMPIMENTO DEL 16° ANNO DI ETÀ'**

Io sottoscritt _____

Codice Fiscale _____

residente nel Comune di _____

via _____ n _____

telefono _____ e-mail _____

in qualità di ☐ Genitore ☐ Tutore ☐ Affidatario del minore:

Cognome e nome _____

Codice fiscale _____

Assistito dal Pediatra dott./dott.ssa _____

CHIEDE

di poter mantenere l'assistenza pediatrica fino al compimento del 16° anno per la seguente motivazione:

- ☐ PATOLOGIA CRONICA CON ESENZIONE TICKET
- ☐ ASSISTENZA PROGRAMMATA AMBULATORIALE (APA) O DOMICILIARE (ADI/ADP) IN CORSO
- ☐ INVALIDITA' CIVILE
- ☐ DISAGIO PSICO-SOCIALE
- ☐ DIFFICOLTA' IN AMBITO FAMILIARE O DISAGIO SCOLASTICO
- ☐ SUPPORTO ALLO SVILUPPO PSICO-FISICO ADOLESCENZIALE

Sono consapevole che la domanda potrà essere presentata entro nove mesi dalla data del compimento del 14° anno e che oltre tale data la domanda non sarà accettata.

Sono consapevole, infine, che i dati forniti direttamente dall'utente sono tutelati dal Decreto Legislativo 196/2003 e s.m.i. e pertanto saranno utilizzati, anche in forma digitale, per la sola ed esclusiva fornitura di prestazioni e/o servizi dallo stesso richiesti, garantendo la sicurezza e riservatezza dei dati stessi. A tale scopo autorizzo l'ASST di competenza ad utilizzare i dati da me forniti con la presente domanda per la gestione degli elenchi degli iscritti al SSR e di comunicarli al pediatra da me scelto per mio/a figlio/a, nonché agli altri pediatri associati e al/i rispettivo/i sostituto/i.

Data _____ Firma del richiedente _____

Firma del 2° genitore _____

In caso di firma di un solo genitore, quest'ultimo, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di effettuare la scelta di comune accordo con l'altro genitore, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ovvero in conformità a disposizione di legge o a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (artt. 316, 337ter e 337quater del codice civile)*

*Ai sensi della normativa vigente, la scelta del pediatra è effettuata, nell'esercizio della responsabilità genitoriale, congiuntamente da entrambi i genitori, salvo che ricorrano le seguenti fattispecie: unico genitore che ha riconosciuto il minore: impedimento o lontananza di uno dei genitori che renda impossibile l'esercizio della responsabilità genitoriale; affidamento superesclusivo ad uno dei genitori.

Io sottoscritt dott./dott.ssa _____

dichiaro di essere disposto/a a proseguire l'assistenza pediatrica nei confronti del suddetto minore, ai sensi dell'art. 41 comma 4 del vigente ACN.

Data _____ Firma e timbro del Pediatra _____

Questionario sulle capacità e sulle difficoltà (SDQ-Ita)

2-4

Per ciascuna domanda metta un crocetta su una delle tre caselle: non vero, parzialmente vero, assolutamente vero. Sarebbe utile che lei rispondesse a tutte le domande nel migliore dei modi possibile, anche se non è completamente sicuro o la domanda le sembra un pó sciocca! Dovrebbe rispondere sulla base del comportamento del bambino negli ultimi sei mesi o durante il presente anno scolastico.

Nome del bambino

Maschio/Femmina

Data di nascita

	Non Vero	Parzialmente Vero	Absolutamente Vero
Rispettoso dei sentimenti degli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequieto, iperattivo, incapace di stare fermo per molto tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si lamenta spesso per mal di testa, mal di stomaco o nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condivide volentieri con gli altri bambini (dolci, giocattoli, matite ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso ha crisi di collera o è di cattivo umore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piuttosto solitario, tende a giocare da solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generalmente obbediente, esegue di solito le richieste degli adulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha molte preoccupazioni, spesso sembra preoccupato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È di aiuto se qualcuno si fa male, è arrabbiato o malato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costantemente in movimento o a disagio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha almeno un buon amico o una buona amica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso litiga con gli altri bambini o li infastidisce di proposito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso infelice, triste o in lacrime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generalmente ben accetto dagli altri bambini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilmente distratto, incapace di concentrarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È nervoso o a disagio in situazioni nuove, si sente poco sicuro di sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentile con i bambini più piccoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso litigioso con gli adulti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preso di mira e preso in giro dagli altri bambini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si offre spesso volontario per aiutare gli altri (genitori, insegnanti, altri bambini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È in grado di fermarsi e di pensare sulle cose prima di agire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Può essere dispettoso con gli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha migliori rapporti con gli adulti che con i bambini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha molte paure, si spaventa facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
È in grado di portare a termine ciò che gli viene richiesto, rimanendo concentrato per tutto il tempo necessario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma

Data

Genitore/Insegnante/Altro (per favore specificare:)

Grazie per il suo aiuto

© Robert Goodman, 2005