

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brescia

*Agenzia di Tutela della Salute di Brescia*

*Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia*

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - [www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it)

Posta certificata: [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 323

del 03/06/2026

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Presa d'atto della sottoscrizione dell'Accordo Attuativo Aziendale tra ATS Brescia - ASST Spedali Civili di Brescia - ASST della Franciacorta - ASST del Garda e le OO.SS. della Pediatria di Famiglia in attuazione alla D.G.R. n. XII/5816 del 09.03.2026 "Approvazione della Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale Pediatria di Famiglia anno 2025 – Parte seconda".

**II DIRETTORE GENERALE - Dott. Claudio Vito Sileo  
nominato con D.G.R. XII/1645 del 21.12.2023**

Acquisiti i **pareri** del  
DIRETTORE SANITARIO  
del  
DIRETTORE SOCIOSANITARIO  
e del  
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Emilia Lanfredini

Dott. Franco Milani

Dott.ssa Sara Cagliani

IL DIRETTORE GENERALE



Premesso che:

- con Legge Regionale n. 23/2015 e ss.mm.ii. è stata approvata e aggiornata la riforma sanitaria che ha previsto l'istituzione – a far data dal 01.01.2016 - delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), in sostituzione delle Aziende Sanitarie Locali, e delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), in sostituzione delle Aziende Ospedaliere;
- con Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" sono state introdotte ulteriori modifiche dirette ad assicurare un approccio one health (salute globale) finalizzato ad assicurare globalmente la protezione e la promozione della salute, tenendo conto della stretta relazione tra la salute umana, la salute degli animali e l'ambiente;
- l'art. 7 della Legge Regionale n. 33/2009 – nel testo innovato dalle surrichiamate leggi regionali - attribuisce alle ASST le competenze in materia di cure primarie, prevedendo altresì l'istituzione del dipartimento cure primarie afferente il polo territoriale;
- l'art. 36, comma 5, della Legge Regionale 14 dicembre 2021, recita "*I dipartimenti di cure primarie e i dipartimenti funzionali di prevenzione nelle ASST sono istituiti entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e sono progressivamente portati a regime entro i successivi nove mesi*";
- ai sensi dell'art. 36, comma 6, della Legge Regionale 14 dicembre 2021 n. 22, il personale dei Dipartimenti di Cure Primarie, fino alla data di messa a regime di tali dipartimenti in tutte le ASST, resta assegnato all'ATS;
- ai sensi dell'art. 6 della Legge Regionale n. 33/2009 – nel testo innovato dalle surrichiamate leggi regionali - alle ATS sono attribuite le funzioni di coordinamento e governo dell'attività necessaria per la stesura e sottoscrizione, unitamente alle ASST di riferimento, degli accordi con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) del territorio di competenza, sentite le rappresentanze degli erogatori privati accreditati;

Visto il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) di ATS, approvato con D.G.R. n. XII/3230 del 21.10.2024 e recepito con Decreto D.G. n. 587 del 25.10.2024; Rilevato che il POAS dell'Agenzia pone in capo alla SC Programmazione e Acquisto delle Prestazioni, afferente al Dipartimento PAAPSS, le funzioni di coordinamento e governo dell'attività necessaria per la stesura e sottoscrizione, unitamente alle ASST, degli accordi con i MMG e PLS del territorio;

Dato atto che, ai sensi della D.G.R. n. XII/3121 del 30.09.2024, con Decreto D.G. ATS n. 562 del 14.10.2024 è stata costituita la Delegazione Trattante per la Pediatria di Libera Scelta, deputata alla stipula degli Accordi attuativi aziendali dei PLS;

Preso atto della D.G.R. n. XII/5816 del 09.03.2026 "Approvazione della Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale Pediatria di Famiglia anno 2025 – Parte seconda";

Acquisito da ASST Spedali Civili (in qualità di Capofila) con nota prot. n. 0035366 del 23.04.2026 l'elaborato propedeutico all'Accordo Attuativo Aziendale della Pediatria di Famiglia per l'anno 2025 – Parte Seconda" discusso in sede di Comitato Aziendale Unico del 08 aprile 2026, con la partecipazione delle sigle sindacali in rappresentanza dei tre territori delle ASST;

Rilevato che la Delegazione Trattante della Pediatria di Libera Scelta, convocata con nota D.G. ATS prot. n. 0041531/26 del 24.04.2026, si è riunita presso la sede dell'Agenzia in data 8 maggio 2026 (rep. verbale n. 1811/26) e nella stessa seduta ha provveduto alla approvazione e sottoscrizione dell'Accordo Attuativo Aziendale tra ATS Brescia - ASST Spedali Civili di Brescia - ASST della Franciacorta - ASST del Garda e le



OO.SS. della Pediatria di Famiglia (rep. contratti n. 562/26), in attuazione alla D.G.R. n. XII/5816 del 09.03.2026 "Approvazione della Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale Pediatria di Famiglia anno 2025 – Parte seconda", come da Allegato "A" al presente provvedimento, composto da n. 25 pagine e parte integrante dello stesso;  
Vista la proposta del Direttore del Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento e Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, Dott. Luca Maria Bassoli;  
Dato atto che la Dott.ssa Claudia Martelli, Direttore della SC Programmazione e Acquisto delle Prestazioni, attesta, in qualità di Responsabile del procedimento, la regolarità tecnica del presente provvedimento;  
Dato atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agencia in quanto rientranti nelle assegnazioni a Bilancio delle rispettive ASST di afferenza territoriale dei Pediatri di Famiglia;  
Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario, Dott.ssa Laura Emilia Lanfredini, del Direttore Sociosanitario, Dott. Franco Milani e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Sara Cagliani che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A

per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

- a) di prendere atto che la Delegazione Trattante della Pediatria di Libera Scelta, convocata con nota D.G. ATS prot. n. 0041531/26 del 24.04.2026, si è riunita presso la sede dell'Agencia in data 08 maggio 2026 (rep. verbale n. 1811/26) e nella stessa seduta ha provveduto all'approvazione e sottoscrizione dell'Accordo Attuativo Aziendale tra ATS Brescia - ASST Spedali Civili di Brescia - ASST della Franciacorta - ASST del Garda e le OO.SS. della Pediatria di Famiglia (rep. contratti n. 562/26), in attuazione alla D.G.R. n. XII/5816 del 09.03.2026 "Approvazione della Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale Pediatria di Famiglia anno 2025 – Parte seconda", come da Allegato "A" al presente provvedimento, composto da n. 25 pagine e parte integrante dello stesso;
- b) di demandare alla SC Programmazione e Acquisto delle Prestazioni la trasmissione del presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia e alle ASST del territorio;
- c) di dare atto che dal presente provvedimento non discendono oneri per l'Agencia in quanto rientranti nelle assegnazioni a Bilancio delle rispettive ASST di afferenza territoriale dei Pediatri di Famiglia;
- d) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D.Lgs. 502/1992 e dell'art. 12, comma 14, della L.R. 33/2009;
- e) di disporre, a cura della SC Affari Generali e Legali, la pubblicazione all'Albo on-line – sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. 33/2009, e dell'art. 32 della L. 69/2009, ed in conformità alle disposizioni ed ai provvedimenti nazionali e comunitari in materia di protezione dei dati personali.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale  
Dott. Claudio Vito Sileo

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brescia

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Spedali Civili

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Franciacorta

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Garda

**Accordo Attuativo Aziendale 2025 - parte seconda  
tra ASST Spedali Civili di Brescia - ASST della Franciacorta - ASST del Garda - ATS  
Brescia e le OO.SS. della Pediatria di Famiglia  
in attuazione alla DGR n. XII/5816 del 09/03/2026 ad oggetto "Approvazione della  
Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale Pediatria di Famiglia anno 2025 - Parte  
Seconda**

Il contenuto del presente Accordo Attuativo Aziendale è stato elaborato in sede di Comitato Aziendale Unico della Pediatria di Famiglia del 08/04/2026 ha validità fino a nuove disposizioni regionali e viene ratificato in sede di Delegazione Trattante della Pediatria di Famiglia istituita in ATS Brescia con Decreto n. 562 del 14/10/2024.

Richiamati

- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta entrato in vigore dal 18/03/2026;
- la DGR XII/5816 del 09/03/2026 ad oggetto "Approvazione della Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale Pediatria di Famiglia anno 2025 - Parte Seconda"

le parti concordano

di recepire integralmente quanto previsto dall'AIR 2025 - parte seconda, parte integrante e sostanziale del presente Accordo Attuativo Aziendale 2025 - parte seconda, dandone formale attuazione nei territori delle ASST convenzionate per la gestione unitaria delle cure primarie per il triennio 2025-2027.

In particolare, come condiviso in sede del Tavolo Tecnico del 25/03/2026 rappresentativo delle Organizzazioni Sindacali (OO.SS.) e delle ASST coinvolte, si individuano le seguenti aree di azione e progettualità, come di seguito riportato:

### **Compiti del referente AFT**

In merito alle aree di risultato di cui ai punti 2.3.1 e 2.3.2 dell'A.I.R. 2025 - seconda parte, si concorda di ridefinire il termine temporale relativo alle azioni di seguito riportate in 30 giorni dalla pubblicazione dell'AAA 2025 - parte seconda:

- l'invio del Regolamento di AFT adottato secondo le linee di indirizzo regionali fornite dalla DGR n. XII/4817 del 28.07.2025 (punto 2.3.1)
- l'organizzazione di un incontro di valutazione della partecipazione alle campagne di vaccinazione antinfluenzale e di immunizzazione anti-RSV e alla CAP, con conseguente invio di relativo verbale (punto 2.3.2).

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brescia

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Spedali Civili

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Franciacorta

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Garda

### **Fondo Aziendale dei Fattori Produttivi**

Punto 3.1.2 dell'A.I.R. 2025 - parte seconda - si conviene di specificare che nei casi di trasferimento intraziendale, l'eventuale indennità di Forma Associativa Avanzata percepita dal PLS rimane a disposizione della FAA; le indennità di personale di studio (amministrativo e/o infermieristico) diventano oggetto di "trascinamento" da parte del PLS sempreché siano rispettati i requisiti necessari al loro mantenimento.

Punto 3.2 dell'A.I.R. 2025 - parte seconda - con riferimento alle comunicazioni di contrattualizzazione del personale di studio e/o attivazione di FAA trasmesse tramite posta elettronica certificata al Dipartimento Cure Primarie di competenza da parte del PLS, le parti convengono che la data di contrattualizzazione/attivazione possa differire dalla data di presentazione della domanda per un periodo antecedente non superiore a 30 giorni.

#### Allegato 2 - A.I.R. 2025 - parte seconda

Le parti convengono di precisare che il pediatra di libera scelta componente di una FAA con sede unica, analogamente a quanto previsto per il pediatra componente di una FAA senza sede unica, qualora si avvalga della condivisione del personale di studio dipendente in assenza di idonee forme di contrattualizzazione, non matura il diritto all'accesso alle specifiche indennità. È possibile che i PLS costituiscano una "associazione pediatrica" ai soli fini della suddivisione delle spese condivise di studio.

### **Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (PPIP)**

Punto 4.1.2 dell'A.I.R. 2025 - parte seconda - al fine di facilitare la rendicontazione e il controllo dei limiti di rimborsabilità delle PPIP si condivide l'utilizzo dello strumento informatizzato "SDG" in tutte e tre le ASST.

Si conviene inoltre di utilizzare il sistema informatico "SDG" in tutte e tre le ASST anche per la rendicontazione dei Bilanci di Salute Regionali (punto 4.2 A.I.R. 2025 - parte seconda).

### **Fondi Residui Governo Clinico anni precedenti**

Si concorda di impegnare i fondi residui di GC (anni 2022, 2023 e 2024) nelle progettualità che saranno oggetto di discussione in sede di tavoli dedicati interaziendali.

A tal fine, si condivide la seguente tematica di interesse:

- Integrazione tra Pediatria di Libera Scelta, ASST, Scuola e Famiglia: educazione alla salute

Sistema Socio Sanitario



Sistema Socio Sanitario



Sistema Socio Sanitario



Sistema Socio Sanitario



### **Progettualità di AFT 2026**

Si definisce di sviluppare quale progettualità di AFT per l'anno 2026, la tematica di seguito riportata:

- Integrazione e raccordo tra Consultori Familiari, Centri per la famiglia e Pediatri di Libera Scelta

La definizione del progetto sarà oggetto di confronto in sede di tavoli di lavoro aziendali.

### **Dichiarazione finale**

Per quanto non esplicitamente scritto vale quanto riportato nell'AIR 2025 – parte seconda, che qui si intende integralmente recepito.

Sistema Socio Sanitario



Sistema Socio Sanitario



Sistema Socio Sanitario



Sistema Socio Sanitario



Letto, confermato e sottoscritto.

Brescia, 8 maggio 2026

ATS di Brescia  
Il Direttore Generale  
Dott. Claudio Vito Sileo

f.to Claudio Vito Sileo

ASST Spedali Civili di Brescia  
Il Direttore Generale  
Dott. Luigi Cajazzo  
o suo delegato

f.to Enrico Burato

ASST del Garda  
Il Direttore Generale  
Dott.ssa Roberta Chiesa  
o suo delegato

f.to Ernesto Giacò

ASST della Franciacorta  
Il Direttore Generale  
Dott.ssa Alessandra Bruschi  
o suo delegato

f.to Andrea Ghedi

OO.SS. della Pediatria

FIMP

f.to Mafalda Camposarcone

SIMPEF

f.to Andrea Del Vecchio

CIPE

Assente



**Regione Lombardia**  
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N. XII/ 5816

SEDUTA DEL 09/03/2026

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali MARCO ALPARONE *Vicepresidente*  
ALESSANDRO BEDUSCHI  
GUIDO BERTOLASO  
FRANCESCA CARUSO  
GIANLUCA COMAZZI  
ALESSANDRO FERMI  
PAOLO FRANCO  
GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA  
ELENA LUCCHINI  
FRANCO LUCENTE  
GIORGIO MAIONE  
DEBORA MASSARI  
MASSIMO SERTORI  
CLAUDIA MARIA TERZI  
SIMONA TIRONI

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini  
Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso

Oggetto

APPROVAZIONE DELLA PREINTESA SULL'ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PEDIATRIA DI FAMIGLIA  
ANNO 2025 – PARTE SECONDA

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Mario Giovanni Melazzini

La Dirigente Clara Sabatini

Esito favorevole del controllo degli aspetti finanziari e/o patrimoniali, ai sensi dell'art. 8, comma 5 della  
D.G.R. n. 4755/2016:

Il Direttore Centrale Manuela Giaretta



## Regione Lombardia

LA GIUNTA

**VISTA** la seguente normativa nazionale:

- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";
- la Legge 8 novembre 2012, n. 189 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute";
- D.P.C.M. 12/01/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";
- il decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria";
- il decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, recante "Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure" di cui alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia e notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021;
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21);
- il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" che definisce un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR;

**VISTE** le seguenti leggi regionali:

- n. 1 del 30 agosto 2008 "Legge regionale statutaria";
- n. 33 del 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità" e successive modifiche e integrazioni, come da ultimo modificata con legge regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" ed in particolare l'art. 10 comma 10 che stabilisce in capo alle ASST la governance del sistema delle cure primarie e l'art. 7 comma 11 bis laddove prevede, tra gli altri, l'affermamento del Dipartimento di Cure Primarie al polo territoriale delle ASST;
- n. 14 del 8 agosto 2024 "Assestamento al bilancio 2024 – 2026";
- n. 13 del 7 agosto 2025 "Assestamento di bilancio 2025 – 2027";
- n. 21 del 31 dicembre 2025 "Bilancio di previsione 2026 -2028";



## Regione Lombardia

LA GIUNTA

**RICHIAMATO** il Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile della XII Legislatura approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 42 del 20/06/2023, con i relativi allegati, che costituisce il documento che definisce gli obiettivi, le strategie e le politiche che la Regione si propone di realizzare nell'arco della legislatura, per promuovere lo sviluppo economico, sociale e territoriale della Lombardia e prevede in particolare uno specifico Ambito Strategico relativo al Sistema sociosanitario a casa del cittadino;

**VISTO** il Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024 – 2028 approvato con D.c.r. 25 giugno 2024 - n. XII/395 che prevede la valorizzazione delle cure primarie e individua le AFT quale tessuto organizzativo nel quale i medici del ruolo unico di assistenza primaria operano;

**VISTO** l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta stipulato in data 25/07/2024, con particolare riferimento alle seguenti disposizioni:

- art. 3 che individua i livelli di contrattazione;
- art. 11 che individua il Comitato Regionale quale organo preposto alla definizione degli Accordi Regionali;
- art. 15, commi 3 e 5, che individuano le Organizzazioni Sindacali di categoria legittimate alla trattativa ed alla stipula degli Accordi Regionali;

**VISTA** la DGR n. XII/3121 del 30.09.2024, con la quale è stato istituito il Comitato Regionale previsto dalla contrattazione collettiva per i Pediatri di Famiglia ed è stata individuata, al suo interno, la composizione della Delegazione Trattante di parte pubblica e di parte sindacale preposta all'adozione delle Preintese contenenti gli atti e provvedimenti amministrativi idonei a dare attuazione agli "Atti di indirizzo", compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché quelli inerenti alla gestione finanziaria, tecnica e amministrativa;

**VISTO** il Decreto del Direttore Generale n. 8244 dell'11/06/2025 ad oggetto "Individuazione e nomina dei componenti del Comitato regionale e della Delegazione trattante di parte pubblica ai sensi dell'Accordo collettivo nazionale del 25.07.2024" con il quale, sono stati individuati i componenti di parte pubblica e sindacale del Comitato Regionale per la Pediatria e, al suo interno, della Delegazione Trattante, dando atto che la Struttura Cure Primarie conserva agli atti le comunicazioni acquisite dalle OO.SS. di categoria legittimate, contenenti i nominativi dei titolari e dei supplenti;

**RICHIAMATA** la DGR n. XII/4954 dell'08/09/2025, recante "Approvazione della Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di famiglia per l'anno 2025 limitatamente alle attività inerenti il governo clinico, la continuità assistenziale e altre progettualità specifiche";

**DATTO ATTO CHE** nella sopra richiamata DGR si è stabilito di demandare ad un



## Regione Lombardia

LA GIUNTA

successivo provvedimento la definizione della Preintesa relativa ai restanti contenuti dell'Accordo Integrativo Regionale, con esclusione delle attività di già oggetto del citato atto;

**VISTA** la Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di famiglia anno 2025 - parte seconda, allegata al presente atto e parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che comprende i restanti contenuti dell'Accordo Integrativo Regionale già approvato, la cui acquisizione delle firme digitali si è conclusa il 05/02/2026, come da documentazione agli atti della Struttura Cure Primarie;

**RICHIAMATE** le D.G.R.:

- DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025;
- DGR n. XII/5589 del 30/12/2025 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026";

**DATO ATTO** che gli oneri delle attività previste dalla Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di libera scelta anno 2025 parte seconda rientrano nelle assegnazioni di cui al Decreto della DC Bilancio Finanza n. 20032 del 18.12.2024 "Assegnazione a favore delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del FSR per l'esercizio 2025" e al Decreto della DC Bilancio Finanza n 14529 del 17/10/2025 "Modifica e/o integrazione dell'assegnazione, a favore delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2025 a seguito procedure di assestamento";

**RITENUTO** pertanto di:

- approvare l'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, denominato "Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di Famiglia anno 2025 preintesa - parte seconda", che comprende i restanti contenuti non inclusi nella Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di Libera Scelta già approvato con la D.G.R. n. XII/4954 dell'8/09/2025;
- di dare mandato la Direzione Generale Welfare per tutti gli adempimenti conseguenti all'adozione della sopra citata Preintesa;

**DATO ATTO** che il presente provvedimento è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D.lgs. n. 33/2013;

**VISTA** la l.r. n. 20 del 7 luglio 2008 "Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale" nonché i provvedimenti organizzativi della XII Legislatura;



**Regione Lombardia**  
LA GIUNTA

**VAGLIATE E ASSUNTE** come proprie le predette determinazioni;

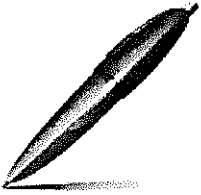
**A voti unanimi** espressi nelle forme di legge;

**DELIBERA**

1. approvare l'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, denominato "Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di Famiglia anno 2025 preintesa - parte seconda", che comprende i restanti contenuti non inclusi nella Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di Libera Scelta già approvato con la D.G.R. n. XII/4954 dell'8/09/2025;
2. di dare atto che gli oneri delle attività previste dalla Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di libera scelta anno 2025 parte seconda rientrano nelle assegnazioni di cui al Decreto della DC Bilancio Finanza n. 20032 del 18.12.2024 "Assegnazione a favore delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia di Controllo del sistema sociosanitario lombardo delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del FSR per l'esercizio 2025" e al Decreto della DC Bilancio Finanza n 14529 del 17/10/2025 "Modifica e/o integrazione dell'assegnazione, a favore delle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS, INRCA di Casatenovo, AREU e Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2025 a seguito procedure di assestamento";
3. di dare mandato alla Direzione Generale Welfare per tutti gli adempimenti conseguenti all'adozione della sopra citata preintesa;
4. di attestare che il presente provvedimento è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D.lgs. n. 33/2013.

IL SEGRETARIO  
RICCARDO PERINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.



Firmato  
digitalmente  
da  
NICOLA  
ROBERTO  
CAPUTO  
C:IT

## ACCORDO INTEGRATIVO REGIONALE PER LA PEDIATRIA DI FAMIGLIA 2025

### PREINTESA – PARTE SECONDA

#### 1. PREMESSA

Con Delibera di Giunta Regionale n. XII/4954 dell'8.9.2025, è stata ratificata la prima parte dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) 2025. Tale prima parte ha come oggetto le progettualità di Governo Clinico in senso lato, comprese quelle legate alle campagne di vaccinazione antinfluenzale e di immunizzazione anti-RSV, nonché alla Continuità Assistenziale Pediatrica (CAP). Con questa seconda parte si affronta il tema dei fattori produttivi e di tutte le tematiche normalmente ricomprese in un AIR. Pertanto,

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

#### 2. CONSOLIDAMENTO DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT)

2.1. Prosegue nel 2025 e 2026 il percorso avviato negli scorsi anni per il pieno sviluppo dell'operatività delle Cure Primarie nel Distretto e nelle Case di Comunità, in coerenza con la DGR n. 4817 del 28/07/2025 ad oggetto "Approvazione linee di indirizzo regionali per l'adozione dei regolamenti di funzionamento interno delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) da parte delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST)" e con gli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2026.

2.2. **Attività e obiettivi:** Come definito in ACN vigente 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 specifici risultati declinati annualmente in sede di Delegazione Trattante regionale e che per il 2025 si concorda siano quelli di seguito elencati:

2.3.1. Redazione del Regolamento di AFT secondo le linee di indirizzo regionali fornite dalla DGR 4817 del 28.07.2025.

*Area di risultato:* invio del Regolamento di AFT adottato alla Direzione del proprio Dipartimento di Cure Primarie entro il 31.12.2025.

2.3.2. Proattività nel favorire il raggiungimento degli obiettivi in tema di a) vaccinazione antinfluenzale; b) immunizzazione anti-RSV; c) Continuità Assistenziale Pediatrica (CAP).

*Area di risultato:*

- Organizzazione di almeno un incontro con i propri Colleghi di AFT su queste tematiche entro il 31.12.2025 con invio del verbale entro la stessa data alla Direzione del proprio Dipartimento di Cure Primarie oppure
- Organizzazione di un incontro per valutare a posteriori la partecipazione alle campagne e alla CAP entro il 28.02.2026, con invio del relativo verbale entro il 28.02.2026.

2.3.3. Proattività nel favorire il raggiungimento degli obiettivi del progetto di AFT 2025.

*Area di risultato:* adempiere ai compiti di referente previsti dal progetto.

### 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 e consolidato al 2024 – è distribuito alle ASST in relazione al numero degli assistibili per ASST. Pur restando invariato nella sua totalità per il 2025, il fondo (storicizzato) trova disponibilità per nuovi riconoscimenti di indennità per personale di studio e forme associative avanzate (FAA), a seguito delle cessazioni e dei trasferimenti, avvenuti e che avverranno, di PLS percepenti le succitate indennità che risulteranno vacanti.

#### 3.1. GESTIONE DELLE INDENNITA' RESESI VACANTI PER CESSAZIONE O TRASFERIMENTO

Ai sensi dell'art. 44.1 parte D comma VI del vigente ACN, ogni qual volta un PLS cessi la propria attività o si trasferisca in altra ASST, le indennità eventualmente percepite – per forma associativa e/o per personale di studio – si rendono disponibili per le medesime finalità all'interno della stessa ASST. Al fine di mantenere lo stesso standard erogativo ed organizzativo assicurato alla popolazione assistita da parte delle **forme associative che risentirebbero fortemente della perdita di un loro componente**, a partire dalla pubblicazione del presente Accordo, la gestione delle indennità rese vacanti dovrà rispettare le seguenti regole:

3.1.1. Nel caso in cui il PLS cessante usufruisca di indennità per forma associativa

- a) **senza sede unica (anche non avanzata ma dotata di modulo di rete) costituita da soli 2 membri**
- b) **a sede unica non avanzata ma dotata di modulo di rete, costituita da soli 2 membri**
- c) **a sede unica avanzata (FAA), indipendentemente dal numero di membri che la costituiscono,**

tali indennità e quelle eventualmente percepite per personale di studio saranno assegnate – per un **subentro isorisorse** – all'incaricato provvisorio, se subentrante, fino al termine dell'incarico e successivamente al PLS dello stesso ambito che si sia attivato o si attivi per entrare nella forma associativa stessa, applicando il criterio prioritario dell'anzianità di attivazione e successivamente – in caso di parità – dell'anzianità di convenzionamento. Pertanto, il PLS neo-titolare potrà entrare nella forma associativa ed usufruire delle indennità lasciate vacanti, solo nel caso in cui non vi sia un altro PLS già titolare nello stesso ambito che si sia attivato per entrare nella forma associativa stessa e sia da questa stato accolto. Di questa eventualità il PLS, in procinto di insediarsi nell'ambito come neo-titolare, deve essere messo al corrente prima che operi la scelta.

Nel caso in cui non venga insediato alcun incaricato provvisorio o questi non entri a far parte della forma associativa, le indennità resesi vacanti resteranno "congelate" fino ad un mese dopo l'insediamento del neo-titolare, e comunque per un periodo non superiore ai 12 mesi dalla data di cessazione del PLS uscente. Tuttavia – in presenza di un PLS titolare dell'ambito interessato al subentro – l'assegnazione di dette indennità potrà avvenire fin dal giorno successivo alla cessazione di attività del PLS uscente.

Si precisa che il subentro isorisorse per le forme associative non avanzate è ammesso solo entro il 30/06/2026; oltre tale data non sarà più consentito, al fine di generare il più possibile uno sviluppo delle forme associative avanzate.

Nel caso in cui le indennità non vengano assegnate per mancanza di interesse al subentro da parte dei PLS dell'ambito, il controvalore economico delle stesse confluirà nel fondo aziendale dei fattori produttivi insieme a quello di tutte le altre indennità resesi vacanti per cessazione dell'attività di PLS singoli o in forma associativa (senza sede unica anche avanzata o in sede unica non avanzata) costituite da più di 2 membri e dovrà essere utilizzato con i criteri di cui al punto 3.2.

3.1.2. Si precisa che il trasferimento intraziendale (all'interno della stessa ASST) da parte di un PLS singolo non comporta la perdita delle eventuali indennità percepite, che dunque diventano oggetto di "trascinamento", sempreché vengano rispettati i requisiti per il loro mantenimento.

### **3.2. CRITERI DI ASSEGNAZIONE DELLE INDENNITA' PER PERSONALE DI STUDIO E FAA**

Le indennità a valere sul fondo, resesi disponibili per cessazione o trasferimento di PLS singoli o in forma associativa (senza sede unica anche avanzata o in sede unica non avanzata) costituite da più di 2 membri e quelle resesi disponibili per assenza di subentro in forme associative di cui ai soprastanti commi a), b), c) del punto 3.1.1, saranno riconosciute secondo le seguenti priorità:

- A. Le indennità per il personale di studio amministrativo e/o infermieristico già contrattualizzato entro l'entrata in vigore del presente AIR e in attesa di riconoscimento;
- B. Le indennità per FAA già attivate entro l'entrata in vigore del presente AIR e in attesa di riconoscimento;
- C. Le indennità aggiuntive per personale di studio infermieristico (pari a 2,50 euro/assistito/anno) per coloro che lavorando in FAA abbiano già contrattualizzato l'infermiere per almeno 10 ore settimanali fra l'1.1.2025 e l'entrata in vigore del presente AIR;
- D. Le indennità per il personale di studio amministrativo e/o infermieristico contrattualizzato dopo l'entrata in vigore del presente AIR;
- E. Le indennità per FAA attivate dopo l'entrata in vigore del presente AIR;
- F. Le indennità aggiuntive per personale di studio infermieristico (pari a 2,50 euro/assistito/anno) per coloro che, lavorando in FAA, contrattualizzeranno l'infermiere per almeno 10 ore settimanali dopo l'entrata in vigore del presente AIR.

Le indennità relative ai punti B ed E si intendono anche per singoli pediatri che siano entrati (non in subentro isorisorse, ma quali componenti aggiuntivi) a far parte di una FAA già percepente le relative indennità.

Si ricorda che tutte le comunicazioni di attivazione di (o inserimento in) una FAA e quelle di contrattualizzazione di personale di studio, devono avvenire esclusivamente tramite posta elettronica certificata (PEC), con idonea documentazione a corredo, al Dipartimento di Cure Primarie di competenza.

Tutte le indennità di cui sopra decorrono dal giorno in cui l'indennità si è resa disponibile per cessazione o trasferimento ovvero 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. Le due forme di 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, l'utilizzo di test e strumenti di diagnostica Point of Care e la telemedicina. I requisiti generali delle forme di integrazione della Pediatria di Famiglia nella AFT sono ribaditi in Allegato 1, mentre nell'Allegato 2 si riportano i requisiti per il personale di studio amministrativo e/o infermieristico. Le parti concordano che – benché al momento non obbligatoriamente, ma solo idealmente – ogni AFT debba prevedere al suo interno almeno una FAA, meglio se in sede unica e comunque con disponibilità ad aperture ambulatoriali secondarie nei contesti extra urbani caratterizzati da lunghe percorrenze in virtù dello specifico assetto orografico.

#### 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 nell'Allegato 3.
- 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 2025 il livello atteso della PPIP "ricerca SBEGA" dal 25% al 30% del totale degli assistiti.
- 4.1.4. A seguito di quanto stabilito per i progetti di Governo Clinico 2025, viene introdotta la PPIP "Gestione vomito e diarrea" avente come codice PB9 e valorizzazione pari a zero.
- 4.1.5. A seguito di quanto stabilito per l'avvio del Teleconsulto fra PLS e altri Specialisti di branca, viene introdotta la PPIP "Teleconsultazione" avente come codice PC1 e valorizzazione pari a euro 17,90. Con il presente provvedimento si determina una modifica a quanto contenuto in AIR 2025 ovvero il paragrafo che recita *"Ogni volta che lo ritiene opportuno per uno dei suoi assistiti, il PLS emette ricetta dematerializzata per una teleconsultazione specialistica e – al fine di individuare lo slot meglio compatibile con i propri orari di lavoro – la utilizza in prima persona (o tramite il proprio personale di studio) per prenotare una teleconsultazione"* viene modificato

come segue: *“Ogni volta che lo ritiene opportuno per uno dei propri assistiti, il PLS richiede e prenota sulla piattaforma aziendale di telemedicina una teleconsultazione specialistica”*.

4.1.6. La PPIP “Screening Disturbi Neurosviluppo” avente come codice PB8 ed introdotta lo scorso anno per uno dei progetti di Governo Clinico 2024, assume valorizzazione pari a euro 22,72 a partire dall’entrata in vigore del presente AIR e potrà essere somministrata solo qualora – nel corso del bilancio di salute n. 7 – il PLS ravvisi segnali di allarme per possibili disturbi del neurosviluppo. La somministrazione potrà avvenire contestualmente o anche dopo il Bds7 ma tassativamente entro il compimento del terzo anno di vita. Per questa PPIP si prevede un limite di rendicontazione pari all’1% degli assistiti totali.

4.1.7. Il PLS che non intenda dotarsi di strumentazione idonea per l’esecuzione delle PPIP plicometria (vincolata all’APA per obesità), otoscopia pneumatica ed impedenzometria (vincolate all’APA per O.M.E.), prick test e spirometria, potrà delegare l’esecuzione ad un altro PLS della stessa AFT. I volumi attesi per anno della PPIP per la quale il PLS ha ricevuto la delega, dovranno tener conto della popolazione assistita sia del pediatra delegato che di quello delegante.

#### **4.2. BILANCI DI SALUTE REGIONALI**

4.2.1. 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. Il Bilancio di salute n. 11, introdotto con il progetto di Governo Clinico, ha invece valorizzazione economica pari a zero.

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. Fa eccezione la PPIP Teleconsultazione (PC1) che attinge al finanziamento previsto dal progetto stesso.

Le parti concordano che in caso di sfioramento del fondo pari a 11,70 euro/assistito/anno, le ASST attingeranno ai fondi residui disponibili per remunerare le prestazioni in eccesso, nei limiti di capienza del fondo.

#### **5. RAPPORTO OTTIMALE, COPERTURA ETA’ DI ESCLUSIVA E MASSIMALE**

Le parti concordano i seguenti punti:

5.1. 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 2025 pari a 1:500 assistiti 0-5 anni (fino a 5 anni e 364 giorni), ma non più calcolato sulla popolazione residente dell’ambito, bensì di tutto il Distretto (coincidente con l’AFT). Sarà poi compito del Comitato Aziendale porre un vincolo di apertura nell’ambito (ed eventualmente nel Comune) che presenti la maggior criticità. A questa regola fanno eccezione i grandi Comuni (es.: Milano), che ricomprendono più Distretti e quindi più AFT, per i quali il calcolo riguarderà tutta la popolazione del Comune e spetterà poi al Comitato Aziendale porre un vincolo di apertura nel Distretto (AFT) che presenti la maggior criticità.

- 5.2. Al fine di garantire l'assistenza pediatrica in tutti i territori, con particolare riguardo alla copertura della fascia di esclusività, le parti convengono di:
- 5.2.1. Confermare tutte le deroghe al massimale in essere, fino a 1.300;
  - 5.2.2. Ridurre a 1.300 le attuali deroghe al massimale a 1.400, per consentire le iscrizioni in deroga di cui al punto 5.5. La riduzione dovrà essere resa operativa entro la fine del mese successivo alla pubblicazione del presente Accordo.
  - 5.2.3. 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 1.300, proporzionali alle necessità assistenziali sia verso i nuovi nati che verso gli ultra13enni, previa valutazione da parte delle Aziende, sentito il referente di AFT.
- 5.3. In merito alle autolimitazioni:
- 5.3.1. Si confermano quelle in essere;
  - 5.3.2. Se ne consentono di nuove, previa valutazione da parte delle Aziende e sentito il referente di AFT, con massimale non inferiore a 700 assistiti.
- 5.4. All'inserimento di un nuovo PLS, 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, 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 sono autorizzate senza limite per:
- a) Ricongiungimento familiare;
  - b) Re-iscrizione di iscritto a termine, con decorrenza – per i minori extracomunitari – dal giorno successivo alla scadenza precedente, dal momento che il PLS è tenuto a garantirne l'assistenza nelle more del rinnovo del permesso di soggiorno;
  - c) Mantenimento dell'assistenza per trasferimento fuori ambito, previa accettazione del PLS, con decorrenza dal giorno successivo alla scadenza precedente;
  - d) Mantenimento dell'assistenza oltre il compimento del 14° anno, previa accettazione del PLS (vedi Allegato 4), con decorrenza dal giorno successivo al compimento del 14° anno.
- 5.6. Tutte le iscrizioni in deroga, di cui al punto precedente, non devono essere conteggiate a parte, in quanto rientranti nel computo del massimale e sono autorizzate anche per gli incaricati provvisori.
- 5.7. Previa accettazione del PLS è possibile accogliere scelte di nuovi assistiti non residenti né domiciliati nell'ambito, ma solo fino alla concorrenza del massimale.
- 5.8. Si precisa che in farmacia e tramite Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) i genitori possono operare solo le scelte fino al massimale che non prevedano l'accettazione del PLS. Per le scelte che invece prevedono l'accettazione del PLS e per tutte quelle in deroga oltre il massimale, la scelta può essere operata solo agli sportelli scelta/revoca o tramite portali sui quali caricare la richiesta che sarà poi vagliata da un operatore.
- 5.9. 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 4 da presentare allo sportello scelta/revoca o da inviare attraverso canale telematico da parte del PLS o del genitore).

## 6. PROCEDURE PER LA PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI CARENTI

- 6.1. La pubblicazione degli ambiti territoriali carenti che – ai sensi del comma 1 dell’art. 32 del vigente ACN – ha luogo entro la fine di marzo di ogni anno, deve ricomprendere sia quelli calcolati in base al punto 5.1 del presente Accordo, sia quelli resisi necessari dopo la precedente pubblicazione.
- 6.2. In ottemperanza al comma 18 dell’art. 32 del vigente ACN, successivamente alla conclusione delle procedure per la pubblicazione annuale di marzo, in qualsiasi momento dell’anno le ASST possono richiedere la pubblicazione di ambiti territoriali carenti a seguito di variazioni che rendano impossibile garantire la scelta del PLS da parte dei cittadini, come ad esempio (non esaustivo) a seguito della cessazione dell’attività di un PLS. Tale pubblicazione deve avvenire almeno una volta all’anno nei mesi autunnali.
- 6.3. Le parti concordano che motivazione necessaria e sufficiente per valutare l’eventuale richiesta di pubblicazione di un ambito carente, sia l’impossibilità di iscrivere un primogenito scegliendo fra almeno due PLS diversi dello stesso ambito. Se tale scelta può però essere garantita con aumenti di massimale dei PLS già insistenti nell’ambito – come previsto al punto 5.2.3 del presente Accordo – non si procederà alla richiesta di pubblicazione. Fa eccezione a questa regola l’ambito nel quale insistano solo 2 PLS, dove è sufficiente che un solo PLS possa accogliere primogeniti fra i suoi assistiti, eventualmente anche appartenente ad ambito limitrofo, sentito il parere del Comitato Aziendale.
- 6.4. Una volta individuata la necessità di richiedere a Regione la pubblicazione di un ambito carente, prima di procedere alla richiesta, le ASST devono ottemperare a quanto previsto dal comma 6 dell’art. 30 del vigente ACN, ovvero accogliere eventuali istanze di trasferimento – nell’ambito individuato come carente – da parte di PLS operanti come titolari nella stessa ASST da almeno 2 anni (trasferimento intraziendale). In caso di istanza accolta, l’ambito da dichiarare carente diventerà quello dal quale il PLS intende trasferirsi, fatto salvo il caso in cui gli assistiti del PLS in via di trasferimento possano essere riassorbiti dagli altri PLS dell’ambito. Se il trasferimento avverrà a partire dal primo giorno successivo alla cessazione del PLS uscente, l’incaricato provvisorio – se necessario – si insedierà nell’ambito lasciato dal PLS trasferito. In caso contrario, l’incaricato provvisorio si insedierà nell’ambito del PLS uscente e il trasferimento avverrà contestualmente all’insediamento del nuovo titolare nell’ambito lasciato libero dal PLS in via di trasferimento.

## **7. PARTECIPAZIONE DEI PLS ALLE ATTIVITA' VACCINALI**

- 7.1. Oltre a quanto previsto per le Campagne di vaccinazione antinfluenzale e di immunizzazione anti-RSV (vedi prima parte dell’AIR), prosegue sempre su base volontaria l’attività di recupero vaccinale degli adolescenti che non abbiano risposto alla chiamata attiva dei Centri Vaccinali per HPV/DTP-IPV/MenACWY/MenB. Benché quest’anno il target debba essere la coorte 2012, come previsto nella prima parte dell’AIR, anche gli assistiti delle coorti precedenti possono essere recuperati in qualsiasi momento dai PLS.
- 7.2. A seguito della DGR 4938 del 4 agosto 2025, si precisa che non è più attiva l’offerta della vaccinazione antimeningococcica B in co-pagamento, in quanto tale vaccinazione può essere somministrata gratuitamente sia ai nati prima del 2012 (2 dosi ai mai vaccinati, 1 dose di richiamo ai precedentemente vaccinati) fino al compimento del 18° anno di età, che ai nati prima del 2017 mai vaccinati (2 dosi) e che scelgano di non aspettare la chiamata attiva al 12° anno. Anche queste vaccinazioni possono essere effettuate dai PLS nel proprio studio previa richiesta dei vaccini alla propria ASST di riferimento.

- 7.3. Sempre ai sensi della DGR 4938 del 4 agosto 2025 – che ha reso la vaccinazione anti-epatite A gratuita fino al compimento del 18° anno di età per tutti gli assistiti che si recano in Paesi endemici per tale malattia – anche questa vaccinazione può essere effettuata dai PLS nel proprio studio previa richiesta del vaccino alla propria ASST di riferimento.
- 7.4. Per tutte le attività vaccinali sopra menzionate, il PLS può vaccinare anche i suoi ex-assistiti che sono passati al Medico di Medicina Generale (MMG), dal momento che non è previsto che questi offra le vaccinazioni in oggetto. Tale attività potrà essere svolta fino al compimento del 18° anno di età dell'assistito.
- 7.5. Si ricorda che dal mese di giugno 2025, tutte le vaccinazioni devono essere registrate nella piattaforma ARVAX previo caricamento delle dosi dei vaccini nell'apposito magazzino.
- 7.6. Mensilmente ogni ASST estrapolerà da ARVAX il dato delle dosi somministrate e registrate da ciascun PLS e provvederà alla retribuzione – con la stessa tempistica delle PPIP – che si conferma essere euro 10,95 per inoculo. Ne consegue che decade la necessità di rendicontarle insieme alle PPIP.
- 7.7. Saranno inoltre possibili – anche solo localmente – ulteriori coinvolgimenti dei PLS per altre vaccinazioni del calendario del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV).

## **8. CONTINUITA' ASSISTENZIALE PEDIATRICA (CAP)**

- 8.1. Oltre a quanto già stabilito nel testo della DGR n. XII/4954 dell'8.9.2025, per quanto riguarda le giornate prefestive che non cadano 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 e pertanto sarà operativa la CAP.
- 8.2. Nelle giornate in cui è attiva la CAP e che siano seguite da più di un festivo, le ASST potranno prevedere un potenziamento della stessa in uno o più ambulatori con estensione dell'apertura a tutta la giornata, coinvolgendo 2 PLS per coprire il turno raddoppiato.

## **9. 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 a 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 si attiverà uno specifico tavolo di lavoro regionale con la presenza oltre che dei rappresentanti dei PLS anche degli IRCCS e delle ASST.

## **10. DIRITTI SINDACALI**

Anche per il 2025, 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.

## **11. PARTECIPAZIONE A COMITATI, TAVOLI DI TRATTATIVA PER ACCORDI, COMMISSIONI E TAVOLI TECNICI**

Per la partecipazione al Comitato Regionale Permanente, ai Comitati Aziendali di ASST, ai Tavoli di Trattativa per la stipula di AIR e AAA, nonché a qualsiasi Commissione o Tavolo Tecnico istituita/o da Regione Lombardia, ATS o ASST, a ciascun rappresentante sindacale partecipante come titolare (in sua vece al sostituto) è riconosciuto un gettone di presenza omnicomprensivo quantificato in euro 90,00 a seduta.

## **12. INCARICHI PROVVISORI**

Si ribadisce che anche gli incaricati provvisori partecipano alla corresponsione della quota variabile di cui all'art. 44, lettera B, commi I, II e III, in ragione dei risultati raggiunti nei progetti di Governo Clinico e di AFT, rispetto agli obiettivi assegnati. Inoltre, si precisa che l'incaricato provvisorio, ricevendo automaticamente in carico tutti gli assistiti del titolare che ha cessato l'attività nell'ambito territoriale, di fatto opera con lo stesso massimale e – ai fini del mantenimento della continuità di cura sia individuale che familiare con lo stesso PLS – può acquisire le scelte in deroga previste al punto 5.5. In merito invece a nuove scelte entro il massimale, le stesse potranno essere acquisite solo in caso di impossibilità di scelta presso i PLS titolari dello stesso ambito.

## **13. RIPARTIZIONE GOVERNO CLINICO IN CASO DI SOSTITUZIONE OLTRE IL 30° GIORNO**

In caso di sostituzione temporanea che si protragga oltre il 30° giorno (es.: per gravidanza, lunga malattia o altre situazioni previste agli art. 21 e 22 del vigente ACN) e per la quale il sostituto venga retribuito direttamente da ASST, le parti convengono che i dodici/dodicesimi della quota di Governo Clinico siano ripartiti fra titolare e sostituto in base ai mesi effettivamente lavorati nell'anno, indipendentemente da chi abbia svolto effettivamente il progetto e sempreché l'obiettivo sia stato raggiunto. Per quanto riguarda invece le campagne vaccinali e/o di immunizzazione, fermo restando che la retribuzione per le singole somministrazioni spetta a chi le effettua, gli eventuali premi per coperture target raggiunte saranno assegnati interamente a chi avrà raggiunto l'obiettivo con le proprie somministrazioni oppure ripartiti proporzionalmente al numero di assistiti vaccinati/immunizzati qualora per raggiungere l'obiettivo si sia reso necessario il contributo di entrambi. Nell'ipotesi che l'obiettivo sia stato raggiunto da entrambi separatamente, il premio spetterà soltanto al titolare.

### **NOTA FINALE n. 1.**

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.

### **NOTA FINALE N. 2**

Il progetto di Governo Clinico "Bilancio di Salute n. 11" prosegue oltre il 31.12.2025, nelle more del rinnovo dell'AIR che stabilirà il nuovo obiettivo per il 2026.

**NOTA FINALE N. 3**

Il presente Accordo resta in vigore fino alla stipula del successivo AIR.

Milano, 29.12.2025

Letto e sottoscritto digitalmente

Per la parte pubblica:

Direttore Generale Welfare

Dirigente U.O. Rete Territoriale

Dirigente Struttura Cure Primarie

Direttore Generale ATS Brianza

Per le OO.SS.

Firmato da:

LUCA BRIVIO

Codice fiscale: BRVLCU61B13F205G

Valido da: 25-03-2025 14:58:23 a: 25-03-2028 01:00:00

Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

SIMPEF

Riferimento temporale 'SigningTime': 29-12-2025 21:43:57

Motivo: Approvo il documento

FIMP

Firmato da:

ADIB SALIM

Codice fiscale: SLMDBA56H13Z240T

Organizzazione: non presente

Valido da: 04-04-2023 09:15:34 a: 04-04-2026 01:00:00

CIPE

Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

Riferimento temporale 'SigningTime': 30-12-2025 09:35:51

Motivo: Approvo il documento

**REQUISITI GENERALI DELLE FORME DI INTEGRAZIONE DELLA PEDIATRIA NELLA AFT:**

**FORME ASSOCIATIVE AVANZATE (FAA) PEDIATRICHE**

**(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 della forma associativa avanzata 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 la campagna di vaccinazione antinfluenzale e quella di immunizzazione anti-RSV previste dagli AAA e che l'abbiano contrattualizzato per almeno 10 ore settimanali

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.

## PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE (PIPP)

Livelli massimi attesi di PIPP.

| Prestazione  | Codice | Euro<br>(oneri<br>esclusi) | Volumi attesi/anno<br>(prestazioni ogni 100<br>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<br>broncodilatatore)       | P33    | 5,47                       | 5%  |
| Conta leucocitaria   | P35    | 8,21                       | 20%   |
| Esame microscopico urine (camera di Burker)                        | P36    | 5,47                       | 10%   |
| PCR  | P37    | 13,69                      | 20%   |
| Ricerca SBEGA, comprensiva di prelievo per esame<br>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<br>(oneri<br>esclusi) | Limiti di riconoscibilità   |
|---|--------|----------------------------|---|
| Vaccinazione raccomandata (campagne<br>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    | 22,72                      | con età fra 2 aa e 0 gg e 3 aa e 0 gg.<br>(max 1% degli assistiti)          |
| Gestione vomito e diarrea                         | PB9    | 0,00                       | con Governo Clinico "Sensibilizzazione<br>episodio acuto di gastroenterite" |

Teleconsultazione

PC1

17,90

solo con progetto  
"Avvio del teleconsulto"

Prestazioni attualmente non riconosciute.

| <b>Prestazione</b>  | <b>Codice</b> |
|---|---------------|
| 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.

DOMANDA DI MANTENIMENTO DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA  
DAL COMPIMENTO DEL 14° ANNO DI ETÀ' 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 ESESIONE 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 \_\_\_\_\_