

ALLEGATO C1

Azienda Sanitaria Distretto

Protocollo TRASMESSA AL COMITATO D'AZIENDA IN DATA

.....

RICHIESTA DI MANTENIMENTO

DELL'ASSISTENZA PEDIATRICA OLTRE I 14 ANNI

Al Comitato di Azienda per la Pediatria (EX ART. 11 DPR 272/00)

Il sottoscritto/a

residente nel comune di

in via

.....
per conto del seguente familiare:

COGNOME E NOME Data di nascita

chiede di poter mantenere l'assistenza pediatrica fino al compimento dei 16 anni, per la seguente motivazione/situazione:

.....
.....

Data Firma

Il sottoscritto Dott. dichiara

· che l'assistito presenta:

.....
.....
.....

· di essere disponibile ad accettare la scelta della presente domanda

Timbro e Firma

Data

Parere del Comitato aziendale: o favorevole o negativo

Eventuali motivazioni:

ALLEGATO C2

RICHIESTA DI INDENNITÀ PER COLLABORAZIONE INFORMATICA

ALL' AZIENDA USL

Il Sottoscritto Dott./ssa

Pediatra di Famiglia Convenzionato nel Comune di

chiede di poter usufruire della quota di indennità di collaborazione informatica prevista dall' Art 41 c.5 del DPR 272/00 e al punto 3.12 degli Accordi integrativi Regionali.

A tal fine dichiara:

1. di svolgere attività Libero Professionale strutturata si q no q
2. di usufruire della suddetta indennità secondo il DPR 613/96 si q no q
3. di aver presentato domanda ai sensi del DPR 613/96, ma non ne era stato riconosciuto il diritto causa superamento del tetto previsto si q no q
4. di aderire ad una forma associata (pediatria di gruppo o in associazione) si q no q
5. di possedere apparecchiature e programmi idonei ad assicurare la gestione informatizzata delle schede sanitarie individuali si q no q
6. di assicurare la stampa prevalente (non inferiore al 70%) delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche si q no q
7. di possedere un Modem per collegamento in rete si q no q
8. di non possedere un Modem per il collegamento in rete, ma di essere disponibile a dotarsene se verrà concordata con l'Azienda la obbligatorietà si q no q
9. che le apparecchiature informatiche sono idonee ad eventuali collegamenti con il CUP, ad elaborare dati per ricerche epidemiologiche, monitoraggio dell'andamento prescrittivo e verifica di qualità dell'assistenza si q no q

Data Timbro e Firma

ALLEGATO C3

RICHIESTA DI INDENNITÀ PER COLLABORATORE DI STUDIO

ALL' AZIENDA USL

Il sottoscritto/a Dott./ssa Codice Reg.le.....

Pediatra di Famiglia Convenzionato nel Comune di

con ambulatorio principale situato in via/p.zza

chiede di poter usufruire della quota di indennità di Collaboratore di Studio prevista dall' Art 41 c.6 del DPR 272/00 e al punto 3.12 degli Accordi integrativi Regionali.

A tal fine dichiara:

- 1. di svolgere attività Libero Professionale strutturata si q no q
- 2. di usufruire della suddetta indennità secondo il DPR 613/96 si q no q
- 3. di aver presentato domanda ai sensi del DPR 613/96, ma non ne era stato riconosciuto il diritto causa superamento del tetto previsto si q no q
- 4. di avere già assunto un collaboratore senza aver fatto richiesta di indennità causa superamento del tetto previsto dal DPR 613/96 si q no q
- 5. di aderire ad una forma associativa di cui all'art. 51 del DPR272/00 si q no q
- 6. che il collaboratore
 - q è stato assunto secondo il contratto dei dipendenti degli studi professionali di IV livello
 - q è utilizzato con contratto Libero Professionale di natura coordinata e continuativa
 - q è stato assunto dalla Società
- 7. di utilizzare il Collaboratore per un numero di ore settimanali pari a

Si allega:

q Copia del contratto

q Dichiarazione della Società, da cui risulta il tipo di contratto di assunzione e il numero di ore settimanali che il suddetto medico ne usufruisce

Data Timbro e Firma

ALLEGATO C4

RICHIESTA DI INDENNITÀ PER PEDIATRIA DI GRUPPO

ALL' AZIENDA USL

I/il Sottoscritto/i Dott./ssa

.....

.....

.....

.....

Pediatra di Famiglia Convenzionati nel Comune di

chiede/ono:

q di poter usufruire della quota di indennità per lo svolgimento dell'attività di Pediatria di gruppo prevista dall' Art 41 c.8 e dall'Art 52 del DPR 272/00 e al punto 3.12.4 degli Accordi integrativi Regionali.

q di entrare a far parte della Pediatria di Gruppo già riconosciuta dall'Azienda con delibera..... e formata dai Dott. :

.....

A tal fine dichiara/ano:

- 1. di svolgere esclusiva attività di Pediatra di Famiglia
- 2. di usufruire della suddetta indennità secondo il DPR 613/96 si q no q
- 3. di non far parte di altre Pediatria di Gruppo

Data Firma

ALLEGATO C5

RICHIESTA DI INDENNITÀ PER PEDIATRIA IN ASSOCIAZIONE

ALL' AZIENDA USL

I Sottoscritti Pediatri di Famiglia

Dott./ssa sede Studio

..... Via P.zza
..... Via P.zza
..... Via P.zza
..... Via P.zza
..... Via P.zza
..... Via P.zza
..... Via P.zza
..... Via P.zza
..... Via P.zza
..... Via P.zza
..... Via P.zza

Chiedono di poter usufruire della quota di indennità per lo svolgimento dell'attività di Pediatria in associazione prevista dall' Art 41 c.7 e dall'Art 53 del DPR 272/00 e al punto 3.12.4 dell'Accordo integrativo Regionale.

A tal fine dichiarano:

1. di svolgere attività Libero Professionale strutturata si q no q
2. di coprire in associazione tutto il Distretto si q no q
3. di coprire in associazione un ambito territoriale di scelta comprendente zone disagiate si q no q
4. di coprire in associazione un ambito territoriale di scelta comprendente più comuni si q no q
5. di coprire in associazione un intero ambito comunale si q no q
6. che nessun componente percepisce un'indennità di rete si q no q

Data Firma

ALLEGATO C6

SCADENZE E CONTENUTO DEGLI INTERVENTI ALL'INTERNO DEL PROGETTO SALUTE INFANZIA

ETÀ	PIANO BASE (Bilancio di Salute)	EDUCAZIONE SANITARIA (libretto)	SCREENING
1 m ± 15 gg	<ul style="list-style-type: none"> · Rilevazione di patologie rilevanti · Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica · Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> · Consegna e/o verifica linee guida per la prevenzione della SIDS 	
3 mesi ± 15 gg	<ul style="list-style-type: none"> · Rilevazione di patologie rilevanti · Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica · Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> · consegna e/o illustrazione calendario vaccinale 	
6 mesi ± 15 gg	<ul style="list-style-type: none"> · Rilevazione di patologie rilevanti · Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica · Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> · consegna e/o illustrazione linee guida di comportamento in caso di febbre 	
8 mesi ± 30 gg	<ul style="list-style-type: none"> · Rilevazione di patologie rilevanti · Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica · Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> · consegna e/o illustrazione linee guida di comportamento in caso di diarrea 	BOEL TEST (se l'esame è dubbio o è impossibile eseguirlo, può essere fatto successivamente e comunicato nel BdS successivo)
12mesi ± 30 gg	<ul style="list-style-type: none"> · Rilevazione di patologie rilevanti · Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica · Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> · consegna e/o illustrazione linee guida prevenzione incidenti 	
18 mesi ± 90 gg	<ul style="list-style-type: none"> · Rilevazione di patologie rilevanti · Esame fisico, misurazione peso, altezza · Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> · consegna e/o illustrazione linee guida prevenzione incidenti 	STEREOTEST (l'esame può essere fatto successivamente e comunicato nel BdS successivo)
3 anni ± 90gg	<ul style="list-style-type: none"> · Rilevazione di patologie rilevanti · Esame fisico, misurazione peso, altezza · Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> · consegna e/o illustrazione linee guida di comportamento sulle infezioni respiratorie ricorrenti 	
6 anni ± 90 gg	<ul style="list-style-type: none"> · Rilevazione di patologie rilevanti · Esame fisico, misurazione peso, altezza · Valutazione psicomotoria e sensoriale 	<ul style="list-style-type: none"> · Promozione dell'attività fisica e di avviamento allo sport 	
10 anni ± 180 gg	<ul style="list-style-type: none"> · Rilevazione di patologie rilevanti · rilevazione problemi scolastici e/o comportamentali · Esame fisico, misurazione peso, altezza, pressione arteriosa 	<ul style="list-style-type: none"> · consegna e/o illustrazione linee guida di comportamento per la prevenzione del rischio cardio vascolare 	

ALLEGATO C9

CONTENUTO, RISULTATI ED INDICATORI DEL PROGETTO SELF-HELP

AZIONE	RISULTATO ATTESO	INDICATORI DEL RAGGIUNGIMENTO DEL RISULTATO
1) Esecuzione nei casi a clinica dubbia di test rapido per la rilevazione dello streptococcus pyogenes in faringe.	Riduzione d'inutili trattamenti antibiotici nei casi negativi. Velocizzazione della guarigione e riduzione del rischio di complicanze nei casi positivi.	Riduzione prescrizione antibiotici per tonsillite acuta. Riduzione casi di ascesso tonsillare e malattia reumatica (solo su grandi popolazioni)
2) Esecuzione nei bambini altamente febbrili e con scarsi o dubbi segni di localizzazione infettiva di test rapido per la determinazione della Proteina C reattiva	Individuazione precoce dei casi che necessitano approfondimento diagnostico o ricovero. Individuazione precoce dei casi che non necessitano alcun trattamento se non quello sintomatico per la febbre.	Riduzione ricoveri non necessari (malattie acute febbrili virali a risoluzione spontanea) Riduzione spesa per esami diagnostici non necessari
3) Esecuzione stick urine per la determinazione di 10 parametri urinari	Immediata risoluzione di dubbi diagnostici. Riduzione ore di lavoro perse dai genitori	Riduzione spesa per esami diagnostici
4a) Esecuzione nei bambini con sospetta patologia allergica di Prick test per la determinazione degli allergeni alimentari e/o inalanti.	Immediata risoluzione di dubbi diagnostici con presa in carico del bambino allergico e riduzione del ricorso allo specialista allergologo	Riduzione spesa per visite allergologiche e prick test
4b) Esecuzione nei bambini con sospetta intolleranza alle proteine del latte vaccino di prick by prick con latte vaccino		
5) Esecuzione di spirometria semplice in bambini collaboranti con asma persistente o ricorrente o altre patologie respiratorie	Presa in carico globale del bambino asmatico senza necessità di ricorso allo specialista allergologo o pneumologo	Riduzione tempi d'attesa per spirometria e riduzione spesa per visite allergologiche e/o pneumologiche
6) Esecuzione di impedenzometria	Presa in carico globale del bambino con otite media essudativa senza necessità di ricorso all'ORL.	Riduzione spesa e tempi d'attesa per visite ORL
7) Esecuzione di podoscopia	· Presa in carico globale del bambino con piede piatto non strutturato (che non necessita di intervento specialistico ortopedico)	Riduzione spesa e tempi di attesa per visita ortopedica
8) Esecuzione di otoscopia pneumatica	Gestione ambulatoriale delle otiti medie acute per la prevenzione delle complicanze	Riduzione spesa e tempi d'attesa per visite ORL
9) Esecuzione di MicroVES	· Individuazione precoce di patologie infettive in soggetti a rischio	Riduzione del numero di prelievi per esami ematochimici urgenti
10) Esecuzione di conta leucocitaria (con microscopio e camera di Burker)	Individuazione precoce di patologie infettive in soggetti a rischio	Riduzione del numero di prelievi per esami ematochimici urgenti
11) Esame microscopico urine (con microscopio e camera di Burker)	Individuazione precoce di patologie infettive in soggetti a rischio	Riduzione spesa per esami diagnostici
12) Esecuzione di Agglutinine a frigore	Individuazione di patologie sostenute da Micoplasma Pneumoniae	Razionalizzazione dell'uso di antibiotici. Riduzione di esami diagnostici

ALLEGATO C11

ATTIVAZIONE ASSISTENZA AMBULATORIALE AL BAMBINO CRONICO

PEDIATRA DI FAMIGLIA

FAMILIARI

SERVIZI SANITARI E/O SOCIALI



SEGNALAZIONE DEL CASO
corredato eventualmente di diagnosi effettuata da un centro ospedaliero o universitario o dai servizi dell'ASL



CENTRO SOCIO SANITARIO DISTRETTUALE Di COMPETENZA
valutazione congiunta tra Medico dell'Azienda e Pediatra del bambino



DEFINIZIONE DEL PROGRAMMA INDIVIDUALE DI ACCESSI AMBULATORIALI
con indicazione:

- della frequenza delle visite di controllo e delle prestazioni che il pediatra ritiene di poter garantire presso il suo ambulatorio e quelle che eventualmente si prevede di effettuare presso altra sede;
- del periodo di validità del programma (non superiore a 12 mesi) e, quindi, della data entro la quale il Pediatra di Famiglia e il Medico dell'Azienda dovranno rivalutare il programma stesso.

Il pediatra di famiglia può richiedere una rivalutazione del programma ogniqualvolta ritenga che le condizioni del bambino in assistenza ambulatoriale lo rendano necessario.

Il medico dell'Azienda, qualora lo ritenga opportuno ai fini di una migliore definizione del programma di assistenza, può chiedere o suggerire al pediatra una consulenza specialistica presso la struttura di II° o III° livello di riferimento per il caso in questione.

Il medico dell'Azienda conserva copia del programma concordato presso il centro socio sanitario distrettuale di riferimento per il pediatra.

Il pediatra di famiglia compila ed aggiorna presso il proprio ambulatorio la scheda clinica del piccolo paziente registrando gli accessi e le annotazioni che riterrà opportune.

Il pediatra presenterà al Distretto il riepilogo mensile degli accessi effettivamente avvenuti entro il 15° giorno del mese successivo a quello di rilevazione, con indicazione del cognome, nome, data e numero degli accessi.

ALLEGATO C12

PROGETTO DIMISSIONI PRECOCI DEL NEONATO SANO

La riconosciuta centralità del rapporto madre-neonato al momento del parto e nell'immediato periodo che lo segue, oltre che a migliorare le modalità assistenziali in molti punti nascita e a ripensare in senso più fisiologico l'intero complesso delle cure fornite, hanno reso possibile una permanenza breve in ospedale.

La presa in carico del neonato entro il primo mese di vita, compito del Pediatra di Famiglia retribuito con compenso a quota fissa secondo quanto stabilito dall'Accordo Collettivo Nazionale, DPR 272 del 28/07/2000, avviene spesso in modo disomogeneo ed a volte tardivo.

Se si tiene conto che la prima settimana dopo la dimissione è un periodo che presenta aspetti rilevanti sia per il neonato (calo ponderale, disidratazione, ittero, infezioni, evidenziazione di anomalie congenite...), che per la madre (difficoltà di allattamento, mancata risposta a quesiti di puericultura, "postpartum blues", depressione post-partum ...), e se si considera che la mancata soluzione di problemi anche banali può portare a seri disturbi di relazione all'interno della nuova famiglia, non si può che concludere sulla necessità di arrivare ad una dimissione che non sia solo precoce e concordata ma anche protetta da una adeguata risposta assistenziale del territorio.

OBIETTIVO GENERALE

Colmare il vuoto assistenziale che si è creato con l'attuazione della dimissione del neonato in terza giornata senza il coinvolgimento concordato della pediatria di famiglia, fatto che rischia di penalizzare tutta la popolazione ed in particolare quella a maggior rischio sociosanitario.

Fornire, con uno specifico progetto di dimissione precoce del neonato sano, sostegno ed assistenza alla madre e al neonato nell'immediato periodo dopo la dimissione dal nido, al fine di promuovere il fisiologico adattamento postnatale, l'allattamento al seno, la prevenzione e la diagnosi tempestiva di patologia, organica e relazionale e il benessere della famiglia.

ACCORDO

Requisito indispensabile per una dimissione precoce di un neonato è la valutazione delle caratteristiche peculiari di ciascuna madre e del suo neonato considerando in particolare:

- la volontà della madre
- la salute della madre
- la salute e la stabilità del neonato

Ciò premesso, tenuto conto della integrazione funzionale già in atto tra Pediatria Ospedaliera e Pediatria di Famiglia, tra Azienda ASL e Pediatri di Famiglia si stabilisce come parte qualificante dell'accordo quanto segue:

1. L'iscrizione del neonato al pediatra di famiglia va fatta entro od immediatamente dopo le dimissioni, informando i genitori che possono fare la scelta tra i pediatri disponibili presso il presidio distrettuale di scelta del medico.
2. La prima visita del pediatra deve essere effettuata entro i primi 5 giorni dalla dimissione.
3. Il punto nascita rilascia adeguata relazione in merito al decorso nella nursery, incluso esami praticati, effettuazione di screening e di profilassi, consigli per l'allattamento e per futuri screening (ecografia anche...) nell'apposito libretto verde regionale che verrà consegnato ai genitori al momento della dimissione.
4. Il pediatra alla prima visita effettua una valutazione clinica generale del neonato (vitalità, attività motoria e postura, qualità dello stato di allerta, ritmo sonno-veglia, capacità di alimentarsi, calo ponderale, stato di idratazione, adeguatezza dell'apporto calorico) ed in particolare esamina la eventuale presenza di ittero o di altre alterazioni cutanee (cianosi, pallore, macchie ed angiomi...) il respiro (frequenza respiratoria eventuale presenza di dispnea...), la attività cardiaca (frequenza, ritmo, eventuali soffi, presenza e simmetria dei polsi periferici...), la dispnea..., la attività cardiaca (frequenza, ritmo, eventuali soffi, presenza e simmetria dei polsi periferici...), la corretta mummificazione del cordone ombelicale, la presenza alterazioni oculari o di anomalie congenite

non evidenziate alla nascita, la motricità, il tono muscolare e la simmetricità dei riflessi, il comportamento del neonato (pianto, consolabilità, mimica ...) .

5. Il pediatra di famiglia è tenuto a trascrivere la valutazione clinica sull'apposito libretto verde regionale del neonato.

6. In tutti i casi in cui emergano problematiche specifiche che richiedano un intervento di secondo o terzo livello non derogabili il pediatra di famiglia deve attivare percorsi assistenziali diagnostico terapeutici concordati con la U.O. di pediatria che si attiverà per quanto di sua competenza.

7. Gli aspetti tecnici e operativi del progetto vanno concordati con gli operatori interessati prevedendo, quando ritenuto opportuno, incontri di aggiornamento e di definizione comune dei percorsi assistenziali. Incontri periodici per la verifica del servizio offerto sono auspicati con cadenza annuale.

8. Tra U.O. di pediatria e pediatri di famiglia si concordano prioritariamente linee guida comuni a cui fare riferimento per una appropriata dimissione ed una corretta ed uniforme valutazione del neonato entro i tempi stabiliti dal progetto.

9. Dato il costante incremento degli stranieri extracomunitari di varia etnia e cultura, spesso in condizioni socio sanitarie non adeguate, e di fronte ad un disagio sociale accertato, si raccomanda il coinvolgimento dei servizi sociali con compiti di informazione sui servizi e di assistenza diretta (consultorio, assistenza domiciliare, asili nido...)

SISTEMA PREMIANTE

Ai pediatri di famiglia che partecipano al progetto verrà corrisposta una retribuzione una tantum di lire 70.000 per ogni neonato preso in carico secondo quanto stabilito dall'accordo.

Il compenso verrà corrisposto il mese successivo alla presentazione, secondo i tempi e con la modulistica prevista per le prestazioni professionali aggiuntive, del prospetto riassuntivo delle visite effettuate.

ALLEGATO C13

CONSULENZA PEDIATRICA ALL'INTERNO DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Ribadito che la continuità assistenziale notturna e le visite domiciliari rimangono un compito non eludibile dei medici del servizio di continuità assistenziale, la sperimentazione di un servizio di consulenza ambulatoriale nei giorni prefestivi e festivi, ad esclusione della notte, avverrà con le seguenti caratteristiche:

1) Partecipazione volontaria dei pediatri di famiglia e/o dei pediatri non convenzionati nel rispetto della graduatoria aziendale e regionale per la pediatria di libera scelta.

2) Turni di massimo 3 ore al mattino e 3 ore al pomeriggio con la possibilità che un solo pediatra possa effettuare più turni consecutivi.

3) Locali attrezzati forniti dai distretti, dalle associazioni del volontariato o in alternativa dai pediatri di famiglia stessi.

4) Personale infermieristico distrettuale per la ricezione delle chiamate, per il supporto di accoglienza e visita e per la registrazione dell'accesso.

5) Funzione di visita ambulatoriale su invio da parte del medico di continuità assistenziale o per accesso diretto dell'utenza e di consulenza telefonica al servizio di continuità assistenziale od ai cittadini.

6) Compenso orario di lire 200.000 più quanto previsto dall'art.39 sulle visite occasionali per quanto riguarda prestazioni ad assistiti di altra Azienda USL.

7) Verifica annuale dell'efficienza del servizio tramite indicatori ed in particolare numero di accessi per invio da parte del servizio di continuità assistenziale, numero di consultazioni telefoniche, numero di accessi al pronto soccorso e numero di ricoveri rispetto al precedente anno.

8) Incentivazione dei medici del servizio di continuità assistenziale con il 10% dei risparmi sui ricoveri.

ALLEGATO C14

DIRETTIVE PER LA COSTITUZIONE DEL COMITATO AZIENDALE

(ex art 11 DPR 272/2000)

Delibera Regione Toscana n° 139 del 12/2/2001

L'art 11, comma 1, DPR 272 prevede che "in ciascuna Azienda è istituito un Comitato permanente aziendale composto da rappresentanti dell'Azienda e da rappresentanti delle O.O,S.S maggiormente rappresentative a livello regionale, a norma dell'art. 10".

L'Organizzazione Sindacale presente in Regione Toscana e firmataria del nuovo A.C.N., recepito con D.P.R. n.272 del 28.7.2000, pubblicato sul Supplemento Ordinario n. 165/L alla G.U. n. 230 del 2.10.2000, è la FIMP.

Il Direttore Generale e la FIMP concordano il numero dei componenti di parte sindacale e di parte pubblica variando da un minimo di 2 ad un massimo di 5 membri titolari ed altrettanti supplenti, con rappresentanza paritaria fra Organizzazione Sindacale e Azienda sanitaria locale.

Il rappresentante dell'Organizzazione Sindacale è il Segretario provinciale che ha titolo a intervenire personalmente o delegando un proprio rappresentante, eventualmente accompagnato da altri componenti, secondo il numero prestabilito.

Il Direttore generale o suo delegato, svolge anche funzioni di coordinamento e partecipa coadiuvato da tecnici della Azienda secondo l'entità numerica concordata.

In riferimento alle varie materie da trattare potrà essere prevista l'eventuale costituzione di gruppi di lavoro misti (Organizzazioni sindacali e parte pubblica) che sottoporranno gli esiti dell'attività svolta al Comitato nella sua composizione completa.

Al Comitato aziendale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 11 del DPR 272/2000, spettano due tipologie di attività:

1. attività rivolta alla predisposizione degli accordi aziendali applicativi dell'Accordo Collettivo Nazionale, per quanto demandato, e dell'Accordo Regionale.
2. attività ordinaria continuativa, come risulta dai punti da a) a g) dell'art. 11 DPR 272/2000.

Il Comitato aziendale esprimerà pareri solo sull'applicazione aziendale delle norme convenzionali di cui al punto 2).

Per quanto riguarda il rimborso per le spese di sostituzione dei medici partecipanti alle sedute del Comitato, le Aziende dovranno attenersi alle disposizioni contenute nella deliberazione della Giunta Regionale n. 880 del 3.8.98, applicata alla luce delle disposizioni contenute in proposito nell'ACN per la pediatria di libera scelta di cui al DPR 272/2000, oltre al rimborso spese previsto dalla normativa nazionale.

Il Comitato deve essere costituito entro il 31 marzo 2001.

Il Comitato aziendale deve impegnarsi a dare immediatamente avvio alle trattative aziendali una volta portati a definizione gli accordi regionali applicativi dell'ACN.

Ai sensi dell'art. 12 comma 3 gli Accordi aziendali sottoscritti dovranno essere trasmessi alla Segreteria del Comitato Regionale ex art. 12 quale sede di osservazione degli stessi.

E' opportuno che il Comitato si impegni, prioritariamente, a predisporre e approvare, per quanto non previsto, un proprio "Regolamento", che consenta, fra l'altro, lo svolgimento rapido e corretto dei compiti affidatigli.