

**CONCESSIONE DELL'INDENNITA' DI CUI AL FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI- FONDI PER PERSONALE DI STUDIO E FONDI PER FORME ASSOCIATIVE AVANZATE – ACN 28 APRILE 2022, ART 44, COMMA 2 LETTERA D)**

**DOMANDA PER LA FORMA ASSOCIATIVA AVANZATA**

Il/la sottoscritto/a Dr/Dr.ssa....., in qualità di

REFERENTE della forma associativa composta da:  
(generalità dei medici componenti la forma associativa)

Dr/Dr.ssa .....

Dr/Dr.ssa .....

Dr/Dr.ssa .....

Dell'ambito territoriale di PEDIATRIA di FAMIGLIA.....

**PRESENTA DOMANDA**

di concessione del contributo indicato nella tabella più sotto riportata, in attuazione all'AIR PDF 2022 (indicare la/le riga/he di interesse).

<b>INDENNITÀ FORME ASSOCIATIVE AVANZATE</b>	<b>APPORRE UNA x SULLA SCELTA</b>
Senza sede unica	<input type="checkbox"/>
Con sede unica	<input type="checkbox"/>

**A TAL FINE**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR

## **ALLEGATO 1)**

445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti

### **DICHIARA**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
(ART. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

**Di garantire**, già al momento della presentazione dell'istanza, i seguenti requisiti previsti dall' AIR 2022:

#### **NUMERO COMPONENTI**

- ★ Minimo 2 pediatri facenti parte dello stesso ambito, salvo deroghe in essere

#### **COMPITI**

- ★ Utilizzo di test di diagnostica rapida per un'adeguata gestione dell'acuzie
- ★ Utilizzo di strumentazione per un'adeguata gestione della cronicità
- ★ Disponibilità a svolgere la propria attività nei confronti degli assistiti degli altri pediatri della forma associativa per le prestazioni non differibili, PPIP comprese

#### **OBBLIGHI**

- ★ comunicare l'atto costitutivo della forma associativa all'Agenzia che, verificati entro 15 giorni i requisiti di validità, ne prende atto con provvedimento del Direttore Generale
- ★ garantire sempre la sostituzione degli assenti (ad esclusione di periodi superiori a 30 gg)
- ★ aderire ad almeno uno dei progetti di Governo Clinico
- ★ redigere una carta dei servizi, trasmetterla all'azienda per le valutazioni di competenza, esporla in studio e metterla a disposizione dell'utenza.
- ★ gestire la scheda sanitaria su supporto informatico con utilizzo di software tra loro compatibili in modo che ciascun pediatra e anche il personale di studio abbia accesso alla scheda sanitaria di tutti gli assistiti della forma associativa.

#### **RAPPRESENTANZA**

- ★ all'interno della forma associativa può essere eletto un delegato con funzioni di raccordo e di rappresentanza organizzativa nei confronti dell'Agenzia.

**Dichiara altresì, (spuntare la scelta desiderata):**

**ALLEGATO 1)**

CON SEDE UNICA		valore dell'indennità
□	<ul style="list-style-type: none"><li>★ 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;</li><li>★ il numero minimo di ore per ciascuna fascia (mattutina o pomeridiana) non può essere inferiore a 3;</li><li>★ la chiusura della sede unica non può essere prima delle 19.00</li><li>★ ogni pediatra deve rispettare gli orari minimi individuali di apertura del proprio studio;</li><li>★ presenza di una organizzazione atta ad assicurare la contattabilità di un pediatra per tutti i pazienti della associazione.</li><li>★ presenza del collaboratore di studio per tutto l'orario di apertura.</li><li>★ presenza dell'infermiere per almeno il 50% dell'orario di apertura (75% in caso di operatore socio-sanitario);</li><li>★ possibilità di riduzione dell'orario di apertura nei mesi di luglio e agosto previa comunicazione e conseguente autorizzazione di ATS/ASST, con permanenza del vincolo della doppia apertura mattutina e pomeridiana</li></ul>	<b>euro 17,00/assistito/anno</b>

**ALLEGATO 1)**

SENZA SEDE UNICA		valore dell'indennità
□	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ 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.</li> <li>★ il numero minimo di ore per ciascuna fascia ambulatoriale (mattutina o pomeridiana) non può essere inferiore a 3</li> <li>★ per ogni giornata la chiusura di almeno una sede ambulatoriale dei Pediatri costituenti l'associazione non può avvenire prima delle 19.00;</li> <li>★ i pediatri sono organizzati ciascuno nel proprio studio, ma è individuata una sede comune che può essere un ambulatorio condiviso, anche presso la CdC, oppure uno degli ambulatori dei PdF, dove tutti i PdF devono prestare la loro opera per attività comuni, come ad esempio le vaccinazioni e le aperture a turno dei prefestivi;</li> <li>★ ogni pediatra deve rispettare gli orari minimi individuali di apertura del proprio studio;</li> <li>★ presenza di una organizzazione atta ad assicurare la contattabilità per tutti i pazienti della associazione</li>   <li>★ presenza di almeno un infermiere condiviso, disponibile a supportare le attività eseguite nella sede comune</li> <li>★ possibilità di riduzione dell'orario di apertura nei mesi di luglio e agosto previa comunicazione ad ATS/ASST, con permanenza del vincolo della doppia apertura mattutina e pomeridiana.</li> </ul>	<p><b>euro</b> <b>16,00/assistito</b> <b>/anno</b></p>

**ALLEGATI ALLA DOMANDA**

È obbligatorio allegare la seguente documentazione:

**ALLEGATO 1)**

INDENNITA' FORME ASSOCIATIVE AVANZATE	
	<input type="checkbox"/> atto costitutivo della forma associativa avanzata o sua integrazione
	<input type="checkbox"/> carta dei servizi o integrazione
	<input type="checkbox"/> nota tecnica, che documenti integrazione schede informatiche
	<input type="checkbox"/> modalità con la quale viene assicurata la contattabilità

**DISPOSIZIONI FINALI**

L'ATS potrà effettuare controlli a campione allo scopo di accertare la veridicità di quanto qui dichiarato.

Luogo e data

Firma digitale \*

\*firma del medico singolo o del Referente della forma associativa