**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).

|  |  |
| --- | --- |
|  **INDENNITÀ FORME ASSOCIATIVE AVANZATE**  | **APPORRE UNA x SULLA SCELTA**  |
|  Senza sede unica   | □  |
|  Con sede unica   | □  |

# A TAL FINE

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

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):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | CON SEDE UNICA   |  valore dell’indennità  |
| □  |  | ⚫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 3;⚫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.  |  |
|  |  | ⚫presenza del collaboratore di studio per tutto l’orario di apertura. |  |
|  |  | ⚫presenza dell’infermiere per almeno il 50% dell’orario di apertura (75% in caso di operatore socio-sanitario);  |  |
|  |  | ⚫possibilità di riduzione 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   | **euro** **17,00/assistito/anno**    |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  SENZA SEDE UNICA   | valore dell’indennità  |
| □  |  | ⚫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 3⚫per ogni giornata la chiusura di almeno una sede ambulatoriale dei Pediatri costituenti l’associazione non può avvenire prima delle 19.00;~~⚫~~ i pediatri sono organizzati ciascuno nel proprio studio, ma è individuata una sede comune che può essere un ambulatorio condiviso, anche presso la CdC, oppure uno degli ambulatori dei PdF, dove tutti i PdF devono prestare la loro opera per attività comuni, come ad esempio le vaccinazioni e le aperture a turno dei prefestivi;  |  |
|  |  | ~~⚫~~ogni pediatra deve rispettare gli orari minimi individuali di apertura del proprio studio;  |  |
|  |  | ⚫presenza di una organizzazione atta ad assicurare la contattabilità per tutti i pazienti della associazione  |  |
|  |  | ~~⚫~~presenza di almeno un infermiere condiviso, disponibile a supportare le attività eseguite nella sede comune  |  |
|  |  | ~~⚫~~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.  | **euro** **16,00/assistito****/anno**  |

#  ALLEGATI ALLA DOMANDA

È obbligatorio allegare la seguente documentazione:

|  |
| --- |
| INDENNITA’ FORME ASSOCIATIVE AVANZATE  |
|   | □ atto costitutivo della forma associativa avanzata o sua integrazione  |
| □ carta dei servizi o integrazione  |
|   | □ nota tecnica, che documenti integrazione schede informatiche  |
|  |  □ 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