



VERSO UN NUOVO SSN

Un nuovo modello di assistenza: qualità e sicurezza

Il DM 71

DM 71 *Sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN.*

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito con la legge 833 del 1978, è ancora oggi uno dei primi al mondo per qualità e sicurezza.

Ha tre principi fondanti: universalità, uguaglianza e equità.

Per attuare questo ha la necessità di operare vicino alla comunità, di essere progettato per le persone con le persone.

Quindi vi è la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per garantire i LEA, per ridurre le disuguaglianze, per costruire un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo su tutto il territorio nazionale.

L'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta di accesso al servizio sanitario.

FIGURA 1.

L'approccio di trasformazione: fattori rilevanti (non esaustivi) di rilevanza in salute, ambiente e clima (fonte WHO 2020. WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and wellbeing sustainably through healthy environments.)

Il settore sanitario – attraverso la leadership e la governance intersettoriale, modello evidence based, i programmi operativi, la sorveglianza e il monitoraggio – può favorire il progresso nell'affrontare i rischi ambientali, sociali e climatici, per ottenere benefici congiunti a breve e lungo termine.

Il settore sanitario avrà un ruolo di leadership e coordinamento, collaborando con altri settori afferenti alla salute, all'ambiente e al cambiamento climatico, per il miglioramento delle condizioni di vita.



Community Health

Population Health

Opportunità per una dieta bilanciata
Attività fisica e programmi di
alimentazione nelle scuole

Target di prevalenza della
obesità
Ridurre il fumo e il consumo
di alcool negli adolescenti

Aumentare
I comportamenti
sani

Aumentare il numero di fornitori
Traporto per i servizi sanitari

Aumentare i fornitori e i servizi di
salute mentale
Migliorare l'assistenza alla
navigazione / coordinamento

Aumentare
L'accesso
all'assistenza
sanitaria

Aumentare la formazione
sulle vaccinazioni
Consapevolezza delle
opportunità di screening

Aumentare
Le cure
preventive

Aumentare le vaccinazioni
Aumentare gli screening oncologici
Di routine



CASA DELLA COMUNITÀ

AL CENTRO DEL TERRITORIO PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ

- l'**accesso** all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la **prevenzione e promozione** della salute;
- la **valutazione del bisogno** della persona e l'accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile;
- la risposta alla **domanda di salute** della popolazione e la garanzia della **continuità dell'assistenza** anche attraverso il coordinamento di tutti i servizi sanitari territoriali (H 12 e H 24 di norma a livello distrettuale);
- la **presa in carico** della cronicità e fragilità secondo il paradigma della medicina d'iniziativa;
- l'attivazione di **percorsi di cura** multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la **partecipazione** della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei caregiver;
- la promozione dell'**integrazione** con la Rete ospedaliera e gli Ospedali di comunità per garantire la continuità dell'assistenza.



CASE DELLA COMUNITA'

1 Casa di Comunità HUB ogni **40.000 – 50.000** abitanti

(1350 case da realizzare con fondi PNRR)

Struttura fisica, distribuita in modo capillare sul territorio, dove opera una equipe multi-professionale:

- MMG e PLS
- Medici Specialisti
- Infermieri di Famiglia e di Comunità
- altri professionisti della salute
- può ospitare anche assistenti sociali

Punto di riferimento per la popolazione

- per garantire la presa in carico
- attraverso infrastruttura informatica
- punto prelievi
- strumentazione polispecialistica
- diagnostica di base

Casa della Comunità

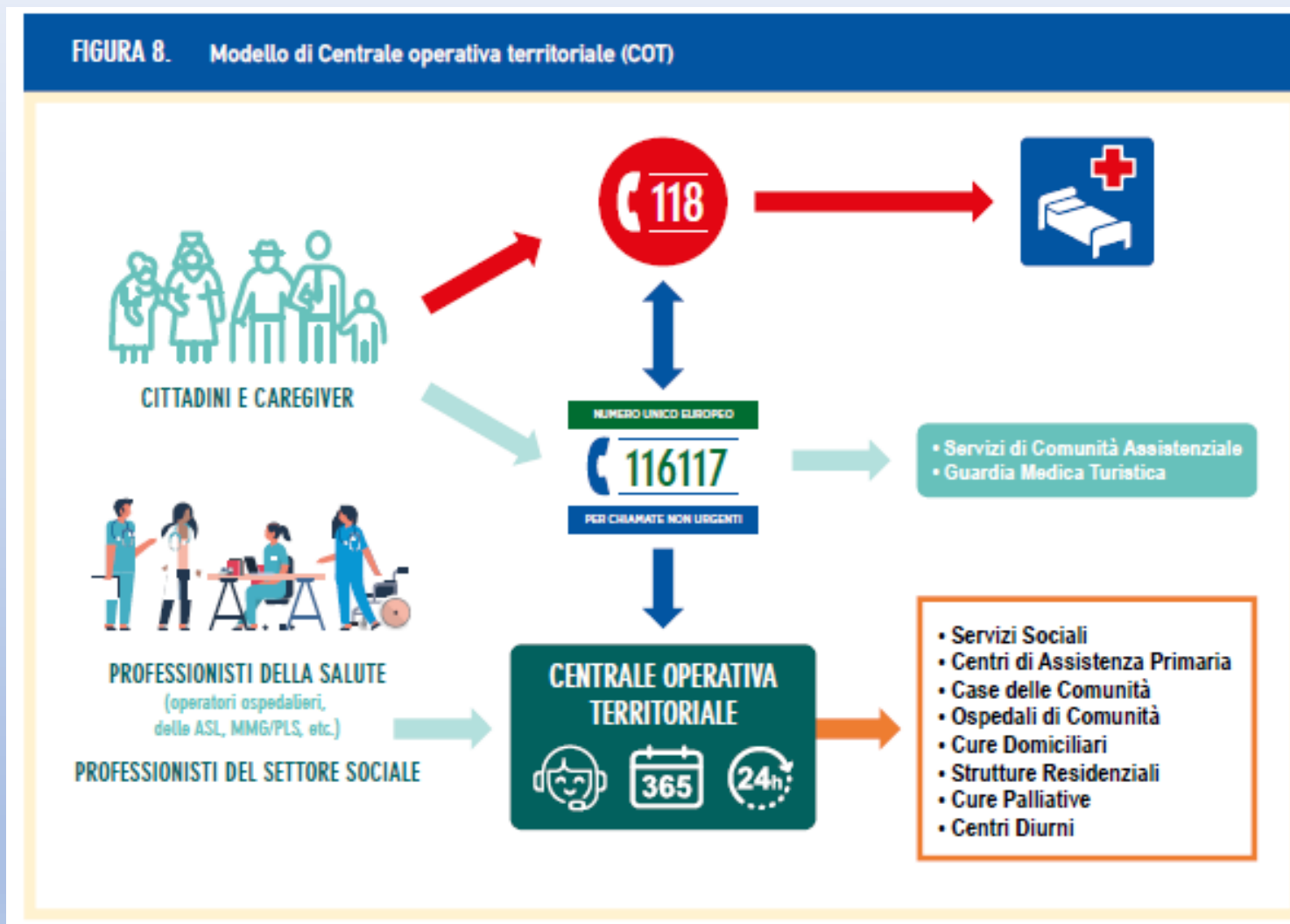
Casa della Comunità Hub

Modello organizzativo e personale

- **30-35 MMG afferenti**
 - 2 ore/settimana per MMG
 - Apertura ambulatorio h 12 – 6 giorni su 7
- **Continuità assistenziale**
 - Apertura ambulatorio: notturno e festivi h 24 - 7 giorni su 7
- **10-15 ambulatori**
 - 10-20 MMG afferenti svolgono attività ambulatoriale per i propri assistiti
- **8-12 infermieri di Famiglia e Comunità:**
 - 1 coordinatore
 - 2-3 IFeC per le attività ambulatoriali della CdC
 - 1-2 IFeC per le attività di triage e valutazione dei bisogni di salute
 - 4-6 IFeC per l'assistenza domiciliare di base, per le attività di prevenzione e teleassistenza
- **5-8 unità di personale di supporto (amministrativo, tecnico e sanitario)**
 - Apertura PUA: 8.00-18.00 – 6 giorni su 7
 - Altri servizi all'utenza anche sanitari



CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)



600 centrali

1 ogni 100.000
Abitanti
o distretto

5-6 infermieri

1-2 personale
Di supporto

Ospedale di Comunità

Standard: 1 OdC (20 PL)



ogni 50.000-100.000 abitanti

Standard minimo di personale di 1 OdC (20 PL):



9-10 Infermieri

1-2 unità di personale di supporto (sanitario e amministrativo)

6 operatori sociosanitari

1 medico per almeno 4,5 ore al giorno 7 giorni su 7

Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020:



- **Strutture sanitarie** della rete territoriale a ricovero breve e destinate a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica
- **Strutture intermedie** tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto)
- Struttura a **gestione prevalentemente infermie**



VERRANNO REALIZZATI 400 OSPEDALI DI COMUNITÀ CON I FONDI PNRR

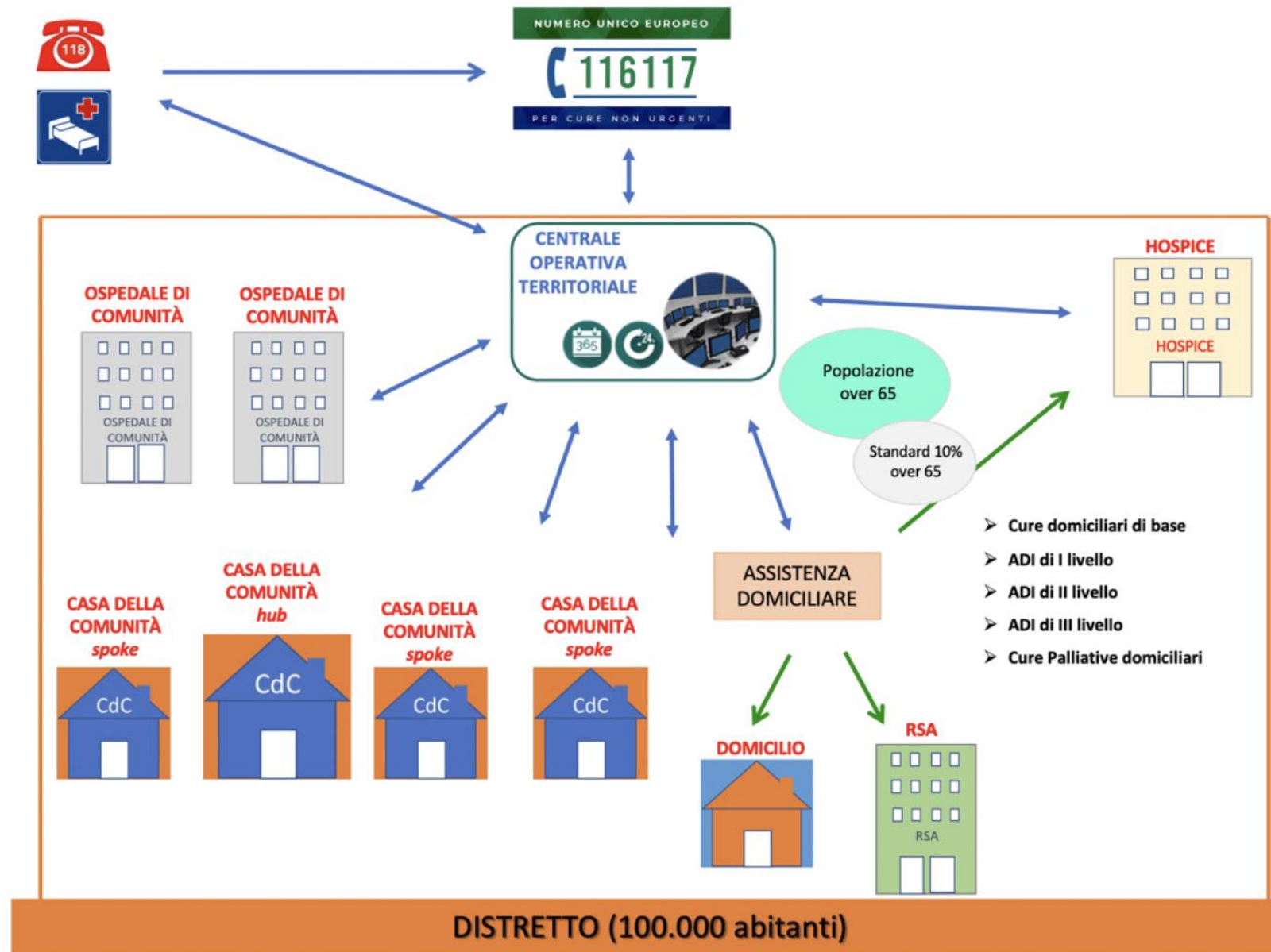


Figura 1: Organizzazione di un Distretto ideale/tipo di 100.000 abitanti di un'area urbana.

Per il sistema del governo distrettuale risultano di fondamentale importanza sia il **profilo epidemiologico** che gli **indicatori dei bisogni e degli esiti di salute** della popolazione assistita.

L'adozione di modelli comuni sul territorio nazionale è garanzia di equità di accesso ed omogeneità di presa in carico.

DM 71 *Sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN.*

Questo modello che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona consente di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati, definiti nel **Progetto di Salute**.

Il **Progetto di Salute rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico – assistenziali** prima dello sviluppo di una patologia tramite l'identificazione dei suoi fattori di rischio e la registrazione dei suoi accessi al SSN, alimentando il FSE.

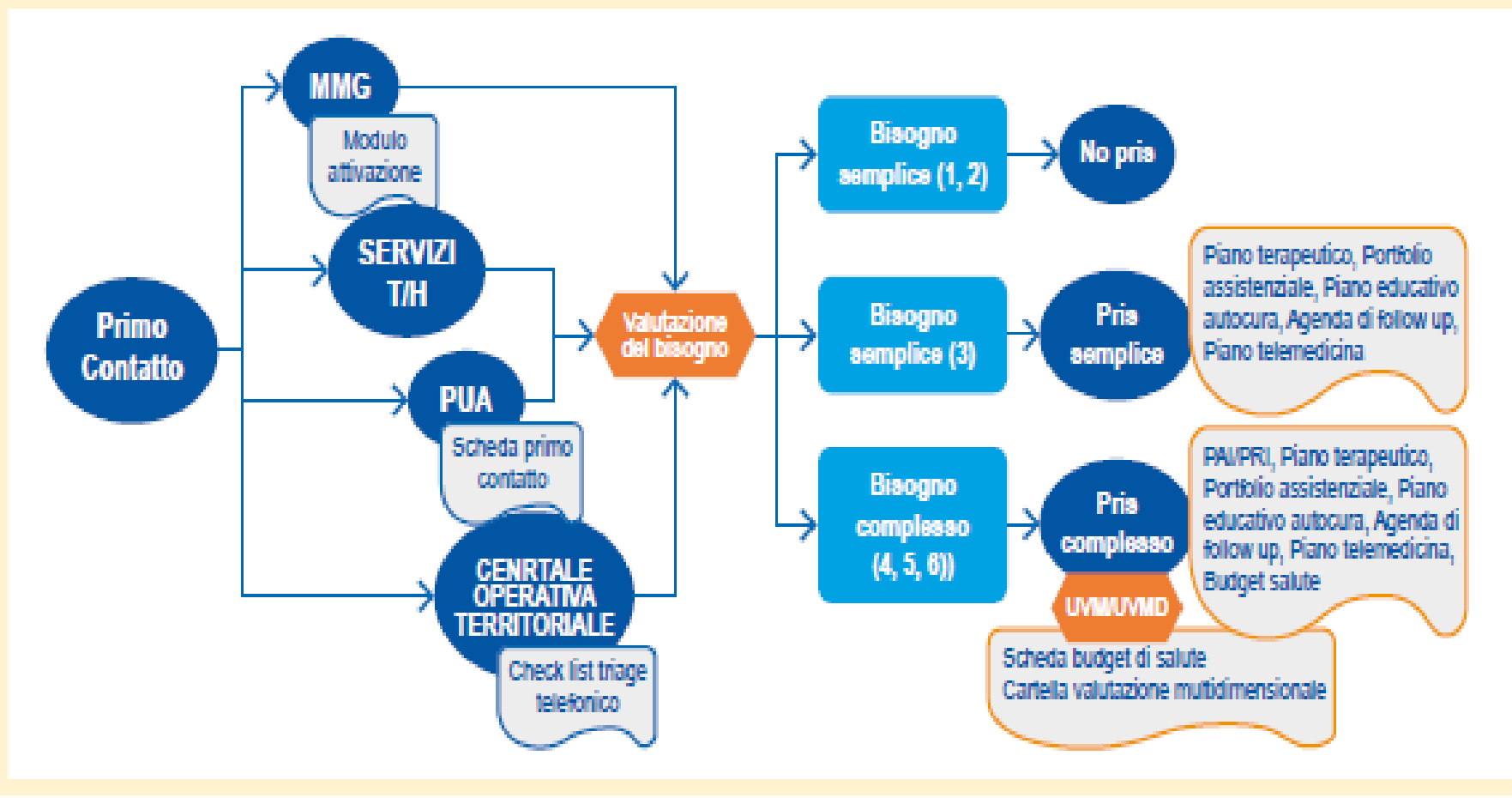
Il Progetto di Salute è anche uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico.

TABELLA 2. Classificazione del bisogno di salute

I Livello base ▶ <i>persona in salute</i>	Azioni di promozione della salute
II livello di bassa complessità ▶ <i>soggetti "non cronici/fragili" che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri)</i>	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
III livello di media complessità ▶ <i>cronicità/fragilità/disabilità iniziale prevalentemente monopatologica</i>	Cronicità/fragilità Progetto individuale di salute semplice 
IV livello di alta complessità ▶ <i>cronicità/fragilità/disabilità con polipatologia complessa con prevalenti bisogni extra-ospedalieri ma ad alta richiesta di accessi ambulatoriali</i> ▶ <i>cronicità/fragilità/disabilità con polipatologia, frequent users delle strutture ospedaliere e/o con fragilità sociosanitarie di grado moderato</i>	
V livello di altissima complessità ▶ <i>multimorbilità con espressione di fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo domiciliare e/o ospedaliero e/o semi residenziale e/o residenziale</i>	
VI Terminalità ▶ <i>patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di cura</i>	Cronicità/fragilità complessa e avanzata Progetto individuale di salute complesso

FIGURA 3. Stratificazione del bisogno e risposta assistenziale

Stratificazione della popolazione per classi di rischio clinico e socio-assistenziale



La **Sanità di Iniziativa** è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute che prende in carico la persona in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa.

Gli strumenti di attuazione della **Sanità di Iniziativa** sono:

- la presa in carico proattiva precoce
- l'individuazione delle persone a rischio di malattia
- l'educazione ai corretti stili di vita
- la presa in carico negli stadi iniziali della patologia
- la programmazione di medio lungo periodo delle attività di assistenza
- la prenotazione delle prestazioni
- il sostegno e il controllo dell'osservanza delle indicazioni ricevute per l'esecuzione dei programmi diagnostici-terapeutici
- il coinvolgimento dei familiari e dei caregiver
- lo snellimento burocratico

I modelli della **Sanità di Iniziativa** sono messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (**AFT**) della MG e dei PLS e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (**UCCP**) tramite contatti periodici con i pazienti per migliorare gli stili di vita, per diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze.

Tutti gli strumenti di gestione del Paziente:

- modelli di stratificazione
- percorsi diagnostici terapeutici assistenziali
- piano di assistenza individuale
- piano riabilitativo individuale

dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della Persona

e dei suoi bisogni socioassistenziali attraverso la definizione del **Progetto di Salute.**

1. Tipologia contrattuale.

I MMG hanno un rapporto di lavoro convenzionato a tempo pieno con il SSN, su scelta fiduciaria del paziente.

L'impegno orario complessivo settimanale è di 38 ore:

- Da 5 a 20 ore per l'attività di assistenza svolta presso lo studio del MMG o AFT in un rapporto fiduciario con i propri assistiti
- 18 ore per attività promosse dal Distretto, almeno 6 nella CdC
- I MMG non massimalisti, con meno di 1000 scelte, completano l'impegno orario svolgendo attività organizzate e promosse dal Distretto che si aggiungono alle 18 ore sopra richiamate

2. Articolazione dell'orario di lavoro.

2.1 In ambito AFT

° ciascun MMG assicura apertura studio 5 giorni a settimana, nella fascia oraria 8,00 20,00, con due fasce mattutine e due pomeridiane, dal lunedì al venerdì ed obbligatoriamente il lunedì.

* visite ambulatoriali per il MMG massimalista fino a 20 ore, in base al contesto epidemiologico

° deve garantire una presenza non inferiore:

5 ore fino a 500 scelte

10 ore tra 500 e 1000 scelte

15 ore tra 1000 e 1500 scelte

2.2 I MMG non massimalisti completano l'impegno orario.

A. Presso la CdC per le ore necessarie al completamento delle 20 ore previste per l'attività ambulatoriale.

° esempio: se un medico ha 700 scelte e svolge 7 ore di ambulatorio (almeno 1 ora ogni 100 scelte) le rimanenti 13 ore sono messe a disposizione per attività e progetti del Distretto.

B. Con ulteriori 18 ore per le attività promosse dal Distretto di cui almeno 6 presso la CdC.

11. Riepilogo della nuova remunerazione.

Il sistema di remunerazione è a **quota capitaria**, si articola:

A. Quota fissa del 70% che comprende:

- Le ore di attività ambulatoriale (massimo 20) e le 6 ore di attività svolte all'interno della CdC
- Per i MMG non massimalisti le ore “residue” necessarie al completamento del ciclo fiduciario (20 ore)
per le attività del Distretto.
- Ai MMG non massimalisti, tenuti alla erogazione delle ore residue, è comunque riconosciuta una quota
equivalente a quella dei massimalisti.

B. Quota variabile del 30% a completamento delle 38 ore:

- 12 ore a settimana per il raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dal Distretto

Che comprendono:

- Le ore di attività promosse dal distretto anche presso la CdC (sulla base di piani nazionali, regionali e distrettuali) per progetti di salute, PDTA, PAI, campagne di prevenzione, vaccinazioni, assistenza domiciliare, telemedicina, attività di studio e ricerca.
- La partecipazione tramite AFT ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati è condizione necessaria per accedere a questa quota della remunerazione.

3. Ruolo delle CdC.

I MMG sono parte integrante e protagonisti delle attività delle CdC, che rappresentano:

- Il luogo fisico del coordinamento e realizzazione della presa in carico delle persone a maggiore intensità assistenziale e della promozione della medicina di iniziativa, partendo dai **“bisogni di salute”** definiti dalla **“stratificazione”** e dai **“sistemi predittivi”**. La **“casa”** promuove e realizza i **“progetti di salute”** con particolare riferimento alla cronicità e alla fragilità sia in termini di assistenza che di prevenzione primaria e secondaria.
- L’HUB di riferimento del lavoro interdisciplinare tra i MMG e PLS, medici specialisti convenzionati e le altre figure presenti come medici dipendenti, infermieri di comunità e di altri professionisti sanitari e dell’integrazione sociosanitaria.

Rinnovo ACN gennaio 2022 (2019-2022) Proposta dalla parte pubblica, Commissione Salute della Conferenza Stato Regioni.

5. Compiti del MMG.

La MG è un tassello fondamentale della rete territoriale del SSN.

I MMg, nel loro studio singolo o tramite la AFT, sono il primo punto di riferimento (prossimità/spoke) di cura ed assistenza del SSN.

I MMG sono fondamentali per la presa in carico delle persone e la realizzazione di “progetti” delle CdC hub e spoke.

I MMG assicurano:

- Le attività ambulatoriali presso il proprio studio, la sede della AFT, nelle CdC
- L'assistenza domiciliare programmata o integrata per i propri assistiti
- L'assistenza residenziale, semiresidenziale e negli Ospedali di Comunità (OdC)
- La partecipazione alle attività promosse dai Distretti e dalle CdC (progetti di salute, PDTA, PAI, campagne di prevenzione, vaccinazioni, telemedicina) sulla base della programmazione nazionale, regionale ed aziendale/distrettuale

8. Rapporto fiduciario.

I MMG, nella piena valorizzazione della loro autonomia professionale, garantiscono il rapporto fiduciario con i propri assistiti che rappresenta una parte fondamentale del patrimonio di conoscenza e di legame con il cittadino, il suo territorio e l'ambiente (approccio **One Healt**).

Rinnovo ACN gennaio 2022 (2019-2022) Proposta dalla parte pubblica, Commissione Salute della Conferenza Stato Regioni.

1. Governance.

È il Distretto, tramite relazione stabile con MMG e altri professionisti sanitari, ad assicurare la Governance di questa “nuova rete territoriale” realizzata con i fondi del PNRR e della nuova legge di bilancio.

Un forte potenziamento del Distretto è indispensabile per rendere possibile un salto di qualità di questa struttura.

Si procederà ad una specifica formazione (di altissima qualità) dei professionisti, medici dipendenti e medici convenzionati, che dovranno svolgere la funzione di capo distretto e dei coordinatori di tutte le aree sanitarie coinvolte, dipendenti e convenzionati.

I MMG lavorano, sulla base di un’agenda comune e condivisa, su base multidisciplinare e di gruppo, con le altre professioni sanitarie e gli operatori sociali, conformemente alla programmazione ed ai modelli organizzativi definiti dal Distretto, in coerenza con le linee guida nazionali e regionali.

Rinnovo ACN gennaio 2022 (2019-2022) Proposta dalla parte pubblica, Commissione Salute della Conferenza Stato Regioni.

Gestione dei dati.

L'infrastruttura informatica è un presupposto necessario per la realizzazione della rete dei servizi e la valutazione dei fabbisogni, delle attività e dei risultati.

È indispensabile procedere ad una forte integrazione dei sistemi gestionali dei MMG con la rete regionale e nazionale.

Serve garantire interoperabilità, ampliare la base dati al fine di analisi e migliorare la precisione dei sistemi predittivi, rendere disponibili al Distretto sistemi di rilevamento e tracciabilità del lavoro, ambulatoriale e domiciliare e su base progettuale svolto dai MMG e da tutte le altre figure professionali.

10. Tirocinio MMG in formazione.

Durante il triennio di formazione, i giovani MMG che svolgono parte del tirocinio in una CdC hanno diritto ad una remunerazione aggiuntiva alla borsa di studio.

ART. 8 – ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE.

- 1. I medici di medicina generale operano all'interno del nuovo assetto e aderiscono al sistema informativo, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.**
- 2. Le Regioni, entro sei mesi definiscono gli atti di programmazione volti a istituire forme organizzative mono-professionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali:**
 - a) istituzione delle AFT**
 - b) istituzione di forme organizzative multiprofessionali UCCP**
 - c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP**
- 3. La attuazione deve avvenire a seguito dei nuovi Accordi Integrativi Regionali da perfezionarsi entro dodici mesi**

ART. 9 – PARTECIPAZIONE ALLA FORMA ORGANIZZATIVA MULTIPROFESSIONALE (UCCP).

- 1. La UCCP opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Aziende sanitarie e in continuità assistenziale con le AFT.**
- 2. La UCCP garantisce il carattere multiprofessionale attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.**
- 3. Ogni AFT è collegata funzionalmente alla propria forma organizzativa multiprofessionale di riferimento. Ferma restando la diffusione capillare dei presidi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria, le Regioni possono prevedere la istituzione della AFT presso la sede della forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.**
- 4. La UCCP ha un coordinatore, individuato tramite avviso pubblico e nominato dal DG aziendale.**
- 5. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della forma organizzativa multiprofessionale sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto.
La valutazione dei risultati raggiunti dai medici costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi medici.**

ART. 29 – CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT).

- 1. Le AFT sono organizzazioni mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda.**
- 2. Le AFT condividono percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, secondo quanto previsto all'articolo 8 del presente Accordo.**
- 3. La AFT garantisce l'assistenza H24/7su7 ad una popolazione non superiore a 30.000 abitanti.**
- 4. L'AFT garantisce la diffusione capillare dei presidi dei medici**
- 5. La AFT è priva di personalità giuridica.**
- 6. I compiti essenziali della AFT sono:**
 - a) assicurare l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA)**
 - b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza**
 - c) garantire la continuità dell'assistenza tramite l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.**

ART. 29 – CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT). (segue)

7. La AFT realizza i compiti in pieno raccordo con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento, a cui si collega funzionalmente, per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.

8. I medici del ruolo unico di assistenza primaria, oltre ad esercitare l'attività convenzionale, contribuiscono alla promozione della medicina di iniziativa per una effettiva presa in carico ed una integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale.

ART. 29 – CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT). (segue)

9. I medici del ruolo unico di AP sono interconnessi tramite una struttura informatico-telematica che consenta l'accesso ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici della medesima AFT.

10. L'Accordo integrativo Regionale può integrare compiti e funzioni delle AFT,

11. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato aziendale.

ART. 30 – IL REFERENTE DI AFT.

- 1. I medici componenti la AFT individuano al loro interno un referente ed il suo sostituto che si occupa dell'integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali incluso il raccordo funzionale con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento.**
- 2. Il referente predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT e collabora con l'Azienda per risolvere disservizi segnalati inerenti alla AFT.**
- 6. Al referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti.**
- 7. Il Direttore Generale dell'Azienda ratifica la designazione.**
- 8. Tra i referenti di AFT del Distretto è individuato il rappresentante dei medici di medicina generale componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.**

ART. 31 – RUOLO UNICO DEL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA.

1. Dall'entrata in vigore del presente Accordo i medici già titolari di incarico di:

a) Assistenza Primaria;

b) Continuità Assistenziale;

assumono la denominazione di medici del ruolo unico di assistenza primaria.

2. I medici del ruolo unico di assistenza primaria svolgano attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria, operando nelle AFT e nelle forme organizzative multiprofessionali (UCCP)

3. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria operanti a rapporto orario a tempo indeterminato nelle AFT è consentita l'iscrizione negli elenchi di scelta.

4. Ai medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta operanti a tempo indeterminato nelle AFT è consentita l'attribuzione di incarico orario.

ALLEGATO 1 – MEDICINA DI INIZIATIVA.

- 1. La medicina di iniziativa prevede l'interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e addestramento ed un team mono/multiprofessionale.**
- 2. Per ogni AFT si identificano i cittadini affetti da condizioni di rischio, patologie croniche e condizioni di disagio socio-assistenziale a cui assicurare assistenza, in base alla complessità delle patologie croniche e delle problematiche socio-assistenziali.**
- 3. I pazienti, classificati per complessità, sono presi in carico dal team Mono-professionale e/o dal team multiprofessionale.**
- 4. Il piano individuale di cura dettaglia le attività cliniche, valutative, di empowerment e family learning necessarie per ogni specifico paziente..**
- 5. Il responsabile clinico della formulazione e della applicazione del PDTA è il medico di scelta del paziente.**

ALLEGATO 5 – DISPOSIZIONI PER FAVORIRE IL RICAMBIO GENERAZIONALE DEI MEDICI DI CURE PRIMARIE A CICLO DI SCELTA.

ART. 1 PRINCIPI GENERALI

- 1. Al fine di favorire il ricambio generazionale, il medico di cure primarie a ciclo di scelta, in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi per percepire la pensione ordinaria e con un minimo di 1.300 assistiti, può richiedere all'ENPAM l'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP).**
- 2. Per l'attivazione del predetto istituto il medico deve ridurre l'attività convenzionale da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%, a fronte della contestuale attribuzione, con rapporto convenzionale a tempo indeterminato, della corrispondente quota di attività ad un medico da incaricare “medico incaricato APP” .**
- 3. Prima dell'avvio della APP e del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato, è previsto un periodo di affiancamento obbligatorio di 60gg.**
- 4. L'Azienda di competenza del medico titolare individua il medico da incaricare.**

ALLEGATO 5 – DISPOSIZIONI PER FAVORIRE IL RICAMBIO GENERAZIONALE DEI MEDICI DI CURE PRIMARIE A CICLO DI SCELTA.

(segue)

ART. 7 ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)

- 1. La Fondazione ENPAM provvede ad erogare la prestazione al medico titolare.**

ART. 8 TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO TITOLARE

- 1. I compensi a qualunque titolo dovuti sono diminuiti in misura pari alla percentuale di riduzione dell'attività.**

ALLEGATO 5 – DISPOSIZIONI PER FAVORIRE IL RICAMBIO GENERAZIONALE DEI MEDICI DI CURE PRIMARIE A CICLO DI SCELTA.

(segue)

ART. 9 INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEL MEDICO INCARICATO APP

- 1. A seguito della manifestazione di volontà viene instaurato il rapporto convenzionale con il medico da incaricare mediante conferimento di incarico a tempo indeterminato.**
- 2. Vi è l'obbligo di svolgere la quota percentuale di attività resasi disponibile**
- 3. All'atto del pensionamento definitivo del medico titolare cessano gli obblighi.**
- 4. Il medico incaricato APP non può concorrere per trasferimento all'assegnazione di incarichi per la copertura di ambiti territoriali carenti.**

ART. 10 TRATTAMENTO ECONOMICO DEL MEDICO INCARICATO APP

- 1. Al medico incaricato APP spetta la quota dei compensi a qualunque titolo dovuti pari alla percentuale di riduzione dell'attività.**

