



**Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria  
Area Risorse Umane**

Protocollo n

GR/39/06

Roma, li

AI DIRETTORI GENERALI  
DELLE ASL DEL LAZIO  
LORO SEDI

AI RESPONSABILI  
UOC PERSONALE A CONVENZIONE  
DELLE ASL DEL LAZIO  
LORO SEDI

**OGGETTO:** Attivazione procedura APP medicina generale e pediatria di libera scelta.

Allegata alla presente si trasmette la nota della SISAC n. 219/2023, acquisita in data 13 marzo 2023, relativa all'attivazione della procedura APP (Anticipo della prestazione previdenziale) prevista dall'allegato n. 5 dell'ACN della medicina generale e dell'ACN per la pediatria di libera scelta del 28 aprile 2022.

Com'è noto, al fine di favorire il ricambio generazionale, detti ACN hanno previsto la possibilità per il medico di cure primarie a ciclo di scelta e per il pediatra di libera scelta - in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi per percepire la pensione ordinaria, anche anticipata, presso la Fondazione ENPAM e con un minimo di n. 1.300 assistiti per i MMG e n. 700 assistiti per i PLS - di richiedere all'ENPAM l'anticipo della prestazione previdenziale alle condizioni e con le modalità previste dall'allegato n. 5 dei medesimi Accordi.

Sul sito istituzionale della Sisac - area "Accordi Collettivi Nazionali" - sono disponibili i moduli, che si allegano, per accedere alla procedura APP.

Le clausole negoziali dispongono che i medici e i pediatri che intendono accedere all'anticipo della prestazione previdenziale sono tenuti presentare alla ASL di appartenenza, entro il 31 dicembre di ogni anno, la domanda di adesione.

Per il solo anno in corso, stante l'attivazione posticipata della procedura, le domande di inserimento "*nell'elenco APP dei medici titolari*" di cui all'articolo 2, dei rispettivi allegati n. 5, potranno essere prodotte alle Aziende di appartenenza dai professionisti interessati entro il termine del 30 aprile p.v ed il relativo elenco dovrà essere reso pubblico dalla ASL entro il 31 maggio 2023.

Per quanto riguarda *l'elenco APP dei medici da incaricare*, previsto dall'articolo 4 dell'allegato 5 degli AACCNN già citati, sarà a cura dell'Amministrazione Regionale provvedere all'acquisizione delle istanze dei medici e dei pediatri interessati ad essere inseriti in tale elenco.

Si invitano codeste ASL a darne informativa ai medici e ai pediatri convenzionati.

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE DELL'AREA

Eleonora Alimenti

Paola Biagi

Direzione Regionale  
Salute e Integrazione Sociosanitaria  
Area Risorse Umane

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7  
00145 ROMA



Tel. 06.5168.4797  
Fax 06.5168.4674

**MODULO B**

**DOMANDA DI ADESIONE ALL'ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)**  
*( da presentare entro il 31 dicembre)*

All'Azienda Sanitaria di.....

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....  
.....(prov.....) il...../...../..... Codice Fiscale.....  
Comune di residenza..... (prov.....)  
Indirizzo.....n.....Cap.....  
Telefono.....  
PEC.....e-mail.....  
Titolare di incarico convenzionale a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di  
assistenza primaria a ciclo di scelta

**DICHIARA**

- di avere la certificazione ENPAM relativa al possesso dei requisiti per l'Anticipo di Prestazione Previdenziale, come da provvedimento prot. n..... del...../...../..... (copia in allegato);
- di essere disponibile alla riduzione dell'attività convenzionale in misura pari al.....% *(da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%)*;
- di essere a conoscenza che la scelta ha carattere vincolante per un anno;
- di avere n..... assistiti in carico *(alla data odierna)*

**CHIEDE**

di essere inserito nell' "Elenco APP dei medici titolari" di codesta Azienda.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MODULO B**

**DOMANDA DI ADESIONE ALL'ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)**  
*( da presentare entro il 31 dicembre)*

All'Azienda Sanitaria di.....

Il/La sottoscritto/a.....nato/a.....  
.....(prov.....) il...../...../..... Codice Fiscale.....  
Comune di residenza..... (prov.....)  
Indirizzo.....n.....Cap.....  
Telefono.....  
PEC.....e-mail.....  
Titolare di incarico convenzionale a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta

**DICHIARA**

- di avere la certificazione ENPAM relativa al possesso dei requisiti per l'Anticipo di Prestazione Previdenziale, come da provvedimento prot. n..... del...../...../..... (copia in allegato);
- di essere disponibile alla riduzione dell'attività convenzionale in misura pari al.....% *(da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%)*;
- di essere a conoscenza che la scelta ha carattere vincolante per un anno;
- di avere n..... assistiti in carico *(alla data odierna)*

**CHIEDE**

di essere inserito nell' "Elenco APP dei pediatri titolari" di codesta Azienda.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_