

Spett.le Direttore Generale  
ASL

Spett.le Ordine Provinciale di Roma dei  
Medici chirurgi e degli Odontoiatri  
Via G. B. De Rossi, 9  
00161 ROMA

e, p.c. Alla Regione Lazio  
Assessorato alla Sanità  
Direzione Regionale  
Risorse Umane Finanziarie  
Area 43/01  
Via Rosa Raimondi Garibaldi,7  
00145 ROMA  
(RM)

## **ATTO COSTITUTIVO DELLA FORMA ASSOCIATIVA MEDICINA IN RETE**

I sottoscritti medici di medicina generale o pediatri di libera scelta:

1 - .....	6 - .....
2 - .....	7 - .....
3 - .....	8 - .....
4 - .....	9 - .....
5 - .....	10 - .....

### **PREMESSO**

1. che l'art. 54 dell'Accordo Collettivo Nazionale per i medici di Medicina Generale del 29/07/2009 pubblicato sul supplemento ordinario n. 167 della GU n. 208 del 08/09/2009 ha disciplinato le forme associative;
2. che sono medici di Medicina Generale convenzionati o pediatri di libera scelta e che operano all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta;
3. che non svolgono attività di libera professione strutturata per un orario superiore a quello previsto dall'art. 58, comma 5 dell'ACN in vigore;
4. che aderiscono solo a questa forma associativa

## CONCORDANO DI REALIZZARE UNA FORMA ASSOCIATIVA DI

### **MEDICINA IN RETE**

#### DICHIARANO

1. di eleggere la loro sede rappresentativa unica in ....., Via .....
2. di eleggere quale delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale il dott. ....
3. di accettare tutti e integralmente i criteri generali delle forme associative dell'attività di assistenza primaria, come di seguito riportati:
  - a. la forma associativa è libera, volontaria e paritaria fra i medici partecipanti;
  - b. l'accordo di costituzione della forma associativa è liberamente concordato tra i medici partecipanti, i quali si impegnano a comunicare ai cittadini iscritti nei propri elenchi le forme e le modalità organizzative dell'associazione;
  - c. fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, ciascun partecipante alla forma associativa si impegna a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, se assenti o, per particolari situazioni o necessità, anche se non assenti, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
  - d. l'esecuzione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive (previste da Accordi nazionali, regionale e/o aziendali) è effettuata da tutti i medici partecipanti alla forma associativa, anche con il criterio della rotazione interna;
  - e. ciascun medico garantisce la sua presenza in studio per cinque giorni la settimana, con la possibilità di limitarla a quattro giorni la settimana qualora sia impegnato in altre attività previste dall'ACN;
  - f. gli orari dei singoli studi sono coordinati in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio;
  - g. nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi è assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari dalle ore 08.00 alle ore 10.00;
  - h. i medici della forma associativa coordinano le proprie attività di Assistenza domiciliare in modo tale da garantirne la continuità;
  - i. all'interno della forma associativa è possibile adottare il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni;
  - j. la suddivisione delle spese di gestione è liberamente concordata tra i componenti della forma associativa;
  - k. i medici associati si riuniscono periodicamente, con cadenza mensile o bimensile a seconda della necessità, per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale;
  - l. in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri l'Ordine provinciale dei medici, per le questioni deontologiche, e il comitato di cui all'art. 24 del detto A.C.N., per le questioni contrattuali
4. di accettare tutti e integralmente i criteri della forma associativa di Medicina in rete, come di seguito riportati:
  - a. gli studi di assistenza primaria hanno distribuzione territoriale, non sono vincolati a sede unica e sono coerenti con l'articolazione territoriale del distretto;

- b. i medici della forma associativa gestiscono la scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;
- c. è attuato il collegamento reciproco degli studi medici con sistemi informatici tali da consentirne l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;
- d. ogni medico della forma associativa utilizza sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione dell'Azienda e l'eventuale trasmissione di dati, nonché per la realizzazione di attività di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi;
- e. chiusura pomeridiana di uno degli studi dell'associazione non prima delle ore 19;
- f. il numero dei medici associati è comunque non superiore a 10, di cui almeno 3 di assistenza primaria;

### CONVENGONO

1. che a ciascun medico della forma associativa vengano liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;
2. che non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta.
3. che nell'ambito degli Accordi regionali stipulati con i sindacati maggiormente rappresentativi, possono essere individuate forme organizzative, caratteristiche aggiuntive e attività integrative per la forma associativa in oggetto, definendone anche i relativi compensi integrativi.

Gli orari di studio per ogni singolo medico della forma associativa sono i seguenti:

### ORARI

1. Dott. ....

	Mattino	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

2. Dott. ....

	Mattino	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

3. Dott. ....

	Mattino	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

4. Dott. ....

	Mattino	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

5. Dott. ....

	Mattino	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

6. Dott. ....

	Mattino	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

7. Dott. ....

	Mattino	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

8. Dott. ....

	Mattino	Pomeriggio
Lunedì		

Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

9. Dott. ....

	Mattino	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

10. Dott. ....

	Mattino	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

Data:

Firme: