

Atto tra Medici per l'esercizio della Medicina di gruppo.

I sottoscritti convengono di costituire tra loro un'associazione libera, volontaria e paritaria con lo scopo di esercitare l'assistenza primaria di medicina generale nella forma della medicina di gruppo, secondo i criteri definiti nell'A.C.N. per la Medicina Generale di cui all'Atto di Intesa Conferenza Stato Regioni del 23.03.2005 e ss.mm.ii., del Preaccordo di cui alla delibera della Giunta Regionale 1015/2005 e degli Accordi Integrativi Regionali di cui alle delibere della Giunta Regionale 216/2006 e 1231/2012.

I sottoscritti, consapevoli delle responsabilità penali derivanti da mendaci dichiarazioni, dichiarano sotto la loro personale responsabilità, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, che i dati sotto riportati corrispondono a verità e che l'Associazione di seguito indicata opera nel rispetto di quanto previsto dall'art. 54 comma 4, 5 e 9 dell'A.C.N., del cui contenuto i sottoscritti sono pienamente consapevoli.

a) Elenco dei medici costituenti la forma associativa:

1. _____ nat __ a _____ il _____ con studio sito in _____prov. _____ via _____ medico di assistenza primaria di medicina generale, convenzionato con l'Azienda USL Toscana Centro, iscritto negli elenchi del comune di _____cod. reg. _____
2. _____ nat __ a _____ il _____ con studio sito in _____prov. _____ via _____ medico di assistenza primaria di medicina generale, convenzionato con l'Azienda USL Toscana Centro, iscritto negli elenchi del comune di _____cod. reg. _____
3. _____ nat __ a _____ il _____ con studio sito in _____prov. _____ via _____ medico di assistenza primaria di medicina generale, convenzionato con l'Azienda USL Toscana Centro, iscritto negli elenchi del comune di _____cod. reg. _____
4. _____ nat __ a _____ il _____ con studio sito in _____prov. _____ via _____ medico di assistenza primaria di medicina generale, convenzionato con l'Azienda USL Toscana Centro, iscritto negli elenchi del comune di _____cod. reg. _____
5. _____ nat __ a _____ il _____ con studio sito in _____prov. _____ via _____ medico di assistenza primaria di medicina generale, convenzionato con l'Azienda USL Toscana Centro, iscritto negli elenchi del comune di _____cod. reg. _____
6. _____ nat __ a _____ il _____ con studio sito in _____prov. _____ via _____ medico di assistenza primaria di medicina generale, convenzionato con l'Azienda USL Toscana Centro, iscritto negli elenchi del comune di _____cod. reg. _____

7. _____ nat ___ a _____ il _____ con studio sito
in _____prov. _____ via _____
medico di assistenza primaria di medicina generale, convenzionato con l'Azienda USL Toscana
Centro, iscritto negli elenchi del comune di _____cod. reg. _____

8. _____ nat ___ a _____ il _____ con studio sito
in _____prov. _____ via _____
medico di assistenza primaria di medicina generale, convenzionato con l'Azienda USL Toscana
Centro, iscritto negli elenchi del comune di _____cod. reg. _____

b) la medicina di gruppo è caratterizzata dalla sede unica della forma associativa articolata in più studi
medici, sede stabilita in via/p.zza _____ n. _____

cap. |_|_|_|_|_| località città _____

tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| fax |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

c) nella sede sono previsti n. _____ studi medici;

d) i seguenti partecipanti all'associazione dispongono di ulteriori ambulatori rispetto a quello della sede
unica e con orario aggiuntivo come specificato nell'apposito prospetto:

dott. _____

dott. _____

dott. _____

dott. _____

dott. _____

dott. _____

dott. _____

dott. _____

e) i medici costituenti la forma associativa che settimanalmente sono impegnati in attività quali consulti
con gli specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a
incontri o convegni formativi:

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

- f) membro delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale con il distretto, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti dell'Azienda e dell'Ordine dei medici: dott. _____
- g) l'associazione è costituita da n. _____ medici;
- h) ciascun medico dichiara di far parte solo di un'associazione tra quelle previste dal comma 6 dell'art. 54 A.C.N. vigente e si impegna a svolgere la propria attività nei confronti degli assistiti degli altri medici dell'associazione anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ogni medico;
- i) sono previste modalità per l'erogazione di prestazioni incentivanti e/o aggiuntive;
- j) nei giorni prefestivi viene assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità dei mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico;
- k) attraverso il coordinamento della propria attività di assistenza domiciliare, i medici associati garantiscono la continuità di tale forma assistenziale sia nell'arco della giornata sia anche nei periodi di assenza di uno o più medici della associazione o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto delle modalità previste dall'Accordo Collettivo Nazionale in materia di recepimento delle chiamate;
- l) ciascun medico aderente alla forma associativa garantisce una presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana. Qualora il medico sia impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;
- m) gli orari degli studi dei singoli medici sono coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 7 ore giornaliere dal lunedì al venerdì con chiusura non anteriore alle 19.00, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio;
- n) a ciascun medico vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;
- o) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno del gruppo senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della scelta;
- p) all'interno del gruppo può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni;
- q) la suddivisione delle spese di gestione dello studio viene liberamente concordata tra i componenti l'associazione;
- r) sono previste riunioni periodiche per la verifica degli obiettivi raggiunti e per valutare la coerenza delle attività svolte con gli obiettivi della programmazione distrettuale; sono inoltre previsti momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza delle prescrizioni per promuovere comportamenti uniformi e coerenti con gli obiettivi dell'associazione;
- s) in caso di conflitti insorti in seno all'associazione, sono arbitri: l'Ordine dei medici della provincia di _____ per le questioni deontologiche, e il Comitato Regionale per le questioni contrattuali;
- t) è previsto l'utilizzo di supporti tecnologici e strumentali comuni;

u) la scheda sanitaria è gestita su supporto informatico con collegamento in rete, con l'utilizzo di software compatibili e sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico predisposto per il collegamento con centri dell'Azienda;

v) è presente personale di segreteria SI NO

è presente personale infermieristico SI NO

x) è assicurata l'assistenza sanitaria a tutti gli assistiti del Gruppo anche negli ambulatori secondari;

Y) negli studi secondari ciascuno garantisce la presenza delle cartelle cliniche informatizzate relative ai propri assistiti aggiornate almeno quadrimestralmente;

I sottoscritti medici costituenti la medicina di gruppo, ciascuno sotto la propria personale responsabilità, dichiarano inoltre:

- di non svolgere attività di libera professione espletata in forma strutturata per un impegno orario pari o superiore alle 5 ore settimanali;
- di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare a tutti i cittadini iscritti nel proprio elenco le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti.

Dichiarazione finale:

i sottoscritti dichiarano congiuntamente:

- che l'associazione costituita è in possesso di tutti i requisiti indicati nel presente atto a decorrere dalla data sotto indicata:

|_|_| |_|_| |_|_|_|_|

- di avere depositato tale accordo all'Ordine dei Medici di competenza.

In fede

(firma degli associati)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____

ORARIO SEDE DELLA MEDICINA DI GRUPPO

	<i>LUNEDI'</i>	<i>MARTEDI'</i>	<i>MERCOLEDI'</i>	<i>GIOVEDI'</i>	<i>VENERDI'</i>
Dott.					
Dott.					
Dott.					
Dott.					
Dott.					
Dott.					
Dott.					
Dott.					

ORARIO STUDI PROFESSIONALI ALTRE SEDI

	<i>LUNEDI'</i>	<i>MARTEDI'</i>	<i>MERCOLEDI'</i>	<i>GIOVEDI'</i>	<i>VENERDI'</i>
	Orario/Stanza e Sede (*)	Orario/Stanza e Sede (*)	Orario/Stanza e Sede (*)	Orario/Stanza e Sede (*)	Orario/Stanza e Sede (*)
Dott.					
Dott.					
Dott.					
Dott.					
Dott.					
Dott.					
Dott.					
Dott.					
Dott.					
Dott.					
Dott.					

(*) Nota: inserire il numero dello studio (secondo quanto riportato nella tabella sede studi della pagina precedente) nonché il numero di stanza all'interno della quale viene svolta l'attività ambulatoriale.