



REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE FROSINONE



Prot. n. 721
Risposta a nota n. _____
del _____

Frosinone li, 10.05.2013

ALLA REGIONE LAZIO - ASSESSORATO SANITA'
DIREZIONE REGIONALE PROGRAMMAZIONE
SANTARIA
Area Qualità e Requisiti Autorizzativi e di Accreditamento

Via Rosa Raimondi Garibaldi - ROMA

e, p.c. AL DIRETTORE U.O.C. MEDICINA GENERALE ASL FR
Dott. Bruno Ferraro

AI RESPONSABILI SIS DISTRETTI A-B-C-D ASL FR

LORO SEDE

Oggetto: DGR n. 368 del 15/05/2009. Regolamento n. 10/2009. Modificazioni al regolamento regionale n. 2/2007. Chiarimenti interpretativi

In riferimento alla nota della Regione Lazio n. prot. 83572 del 16/07/2009, inerente i chiarimenti interpretativi relativi alla DGR 368/09 e ai regolamenti regionali n. 2/2007 e n. 10/2009, si fa presente che al riguardo sono emerse difficoltà di interpretazione in merito a quanto riportato nel punto 7 della citata nota: "soggetti che possono beneficiare della nuova procedura di autocertificazione e i soggetti tenuti a semplice comunicazione".

In particolare le difficoltà interpretative riguardano l'applicazione di tali indicazioni relativamente all'apertura degli studi professionali dei medici di medicina generale laddove l'esercizio dell'attività sanitaria di più professionisti avvenga all'interno della stessa unità immobiliare (appartamento) in presenza di spazi comuni (sala d'attesa, servizi igienici, ecc).

Si chiede in pratica di chiarire se, alla luce di quanto riportato nelle indicazioni regionali, sia possibile la coesistenza di più studi di M.M.M.M.G.G. all'interno di un appartamento con condivisione di spazi comuni, in assenza di associazione professionale tra i singoli professionisti, facendo quindi ricorso alla semplice comunicazione di inizio attività (allegato 8 della nota regionale n. 83572), diversamente da quanto sarebbe invece necessario nel caso di coesistenza professionale di medici non convenzionati con il SSN.

Cordiali saluti.

IL RESPONSABILE S.C. I.S.P.

Dott. Giuseppe Di Lorenzo

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Dott. Giancarlo Pizzutelli

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Via Armando Fabi - 03100 FROSINONE

☎ 0775/882358

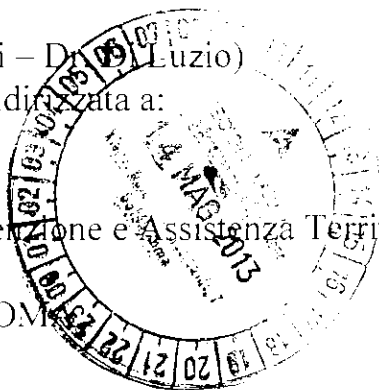
REGIONE LAZIO Dipartimento Sociale
Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assist. Territoriale
Area Autorizzazione e Accreditamento
Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00145 Roma



Mittente: **Dipartimento di Prevenzione**
ASL FROSINONE

Prot. n° 721 (DGR 368 chiarimenti interpretativi – D. L. Lazio)
Per avvenuto ricevimento di n° 1 busta chiusa indirizzata a:

REGIONE LAZIO Dipartimento Sociale
Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale
Area Autorizzazione e Accreditamento.
Via Rosa Raimondi Garibaldi n° 07 - 00145 ROMA





REGIONE LAZIO

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE FROSINONE

01-14



Prot. n. 1114
Risposta a nota n.
del

Frosinone li, 10.09.13

- AL DIRETTORE U.O.C. MEDICINA GENERALE ASI FR
Dott. Bruno Ferraro
- e.p.c. AL RESPONSABILE SS.CC. ASB DISTRETTO D ASI FR
Dott. Riccardo BATTISTA
- AL RESPONSABILE SISP DISTRETTO D
Dott. Vincenzo ALLEGRETTI
- AL PRESIDENTE ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
DI FROSINONE
Dott. Fabrizio Cristofari

LORO SEDI

Oggetto: Studi di MMG e condivisione di parti comuni. Esiti chiarimenti Regione Lazio in merito a nostra nota n. prot. 721 del 10/05/2013

Facendo seguito alla nostra nota n. prot. 721 del 10/05/2013 avente per oggetto: "DGR n. 368 del 15/05/2009. Regolamento n. 10/2009. Modificazioni al regolamento regionale n. 2/2007. Chiarimenti interpretativi", inviata alla Regione Lazio - Assessorato Sanità, per opportuna conoscenza e per gli eventuali provvedimenti di competenza si inoltra la risposta degli uffici regionali n. prot 139980 DB/27/16 del 24/07/2013 la quale cita testualmente:

"Pertanto, gli spazi riservati agli studi medici per lo svolgimento dell'attività di medici di medicina generale e pediatri del SSN devono essere riconducibili ad un unico immobile senza alcuna condivisione di spazi comuni ivi incluso ingresso e sala di attesa".

La stessa nota conclude infine con la seguente affermazione:

"La predetta condivisione può avvenire esclusivamente con la modalità di associazione professionale costituita con le modalità indicate nel predetto art. 40, comma 3, DPR n. 270/2000".

ORDINE PROV. LE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTIATRI - FROSINONE
17 SET. 2013
Prot. N. <u>1136</u>

NOT
NT
Ginecologia
Medicina
femminile
E

Cordiali saluti.

IL RESPONSABILE S.C. I.S.P.

Dott. Giuseppe Di Lizio

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Dott. Giancarlo Pizzelli

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE



Direzione Regionale Salute e integrazione socio-sanitaria
Area Autorizzazione e Accreditamento

Prot. n. 139950 DB/27/16

R.R.

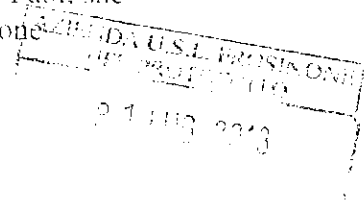
AZIENDA U.S.L. FROSINONE	
Prot. N°	15335
	31 LUG. 2013
Procedimento assegnato	D. Paveza
D.E.	DG/DS/DA 01/8/13

Direttore Dipartimento
ASL Frosinone
Via Armando Fabi, snc
00030 Frosinone

24 LUG. 2013

Roma, li.....

SISP DATA DI LUGLIO
+ copia a p. etl.
03/08/13
[Signature]



Oggetto: Riscontro nota protocollo regionale n. 88671 del 16 05 2013.

In relazione alla nota in oggetto, si rappresenta quanto segue.

La circolare interpretativa prot. 83572 del 16 07 2009, riguarda le modificazioni apportate al Regolamento Regionale 02-2007, adottate con Regolamento Regionale 10 2009. Si premette che ai medici di medicina generale non si applicano le disposizioni normative previste dalla Legge Regionale n. 4/2003, in quanto non rientranti nelle fattispecie previste dall'art. 4.

La normativa che regola l'attività dei medici di base e dei pediatri del SSN è da ricondurre alle disposizioni contenute nel DPR 270/2000, nonché nel DPR 272/2000.

In virtù di tale normativa tali medici partecipano ad una graduatoria tenuta dall'Assessorato alla Sanità di ciascuna Regione che tiene conto per l'inclusione nella stessa di diversi requisiti, ai sensi dell'art. 2 del DPR 270/2000, mentre il rapporto contrattuale si instaura direttamente con l'Azienda Sanitaria Locale dove il medico esercita la propria attività sanitaria.

Entrando nel merito del quesito posto da codesta ASI, e cioè della possibilità o meno per i medici di medicina generale di poter usufruire di spazi comuni in assenza di un'associazione professionale, si richiama l'attenzione sull'art. 40 del suddetto DPR che disciplina le forme associative dell'assistenza primaria stabilendo in particolare al comma 3 che:

Le forme associative oggetto del presente articolo sono distinte in:

a) forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;

b) forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della Azienda, o dei comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente.

In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

Pertanto, gli spazi riservati agli studi medici per lo svolgimento dell'attività di medici di medicina generale e pediatri del SSN devono essere riconducibili ad un unico immobile senza alcuna condivisione di spazi comuni ivi incluso ingresso e sala di attesa.

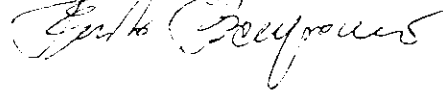
FAC: SISP
03/08/2013

Risulta, altresì, necessario precisare che vigono le disposizioni dell'art. 20, comma 4, del medesimo DPR: *"Se lo studio e' ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche o sanitarie soggette ad autorizzazione, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione tra le due strutture."*

La predetta condivisione può avvenire esclusivamente in presenza di un'associazione professionale, costituita con le modalità indicate nel predetto art. 40, comma 3, DPR n. 270/2000.

IL DIRIGENTE DELL'AREA

Dr. Emilio Bongiovanni



Il Funzionario

Dr.ssa Katiuseia Lai



IL DIRETTORE

Dot.ssa Flori Degrossi



DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 luglio 2000, n. 270

Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto l'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante norme per la disciplina del rapporto fra il Servizio sanitario nazionale e i medici di medicina generale, da instaurarsi attraverso apposita convenzione di durata triennale conforme all'accordo collettivo nazionale stipulato con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale;

Visto l'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, come modificato dall'articolo 74, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, che individua la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardante il personale sanitario a rapporto convenzionale;

Visto il provvedimento n. 706 del 18 giugno 1999, della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, di nomina della delegazione di parte pubblica;

Visto l'articolo 17, comma 1, lettera d), della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Vista la legge 12 giugno 1990, n. 146, così come modificata e integrata dalla legge 11 aprile 2000, n. 83 recante norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati;

Preso atto che è stato stipulato, in data 9 marzo 2000, un accordo collettivo nazionale regolante il trattamento normativo ed economico dei medici di medicina generale, sottoscritto in pari data dalla delegazione di parte pubblica e dai sindacati F.I.M.M.G., S.N.A.M.I. e intesa sindacale S.U.M.A.I. - S.I.M.E.T. - C.I.S.L. Medici/C.O.S.I.M.E.:

Visto il parere n. 106/1991 del 12 settembre 1991 con il quale il Consiglio di Stato, in adunanza generale, ha precisato che gli accordi collettivi nazionali per il personale sanitario a rapporto convenzionale sono resi esecutivi su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, sentito il parere del Consiglio di Stato;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 4 maggio 2000;

Considerato che i rilievi espressi dal Consiglio di Stato appaiono superabili, anche alla luce dei provvedimenti di attuazione della delega di cui all'articolo 10, comma 1, secondo periodo, della legge 13 maggio 1999, n. 133;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 18 luglio 2000;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro della sanità;

EMANA il seguente regolamento:

Art. 1.

1. È reso esecutivo l'accordo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, stipulato il 9 marzo 2000, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato ed integrato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 28 luglio 2000

1. Le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 23 aprile 1981, n. 155, sono rilasciate dal medico di fiducia del lavoratore utilizzando i moduli allegati sub allegato "F" fatte salve eventuali modifiche degli stessi concordate ai sensi dell'art. 2, comma 1, della Legge n. 33/80. La certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi fa parte dei compiti di cui all'art. 31, comma 3.

2. Le certificazioni relative ad assenze dal lavoro connesse o dipendenti da prestazioni sanitarie eseguite da medici diversi da quelli di libera scelta non spettano al medico di fiducia, che non è tenuto alla trascrizione.

Art. 39 - Assistenza domiciliare programmata

1. L'assistenza domiciliare programmata, erogata anche secondo indirizzi e modalità operative definiti a livello regionale costituisce, come previsto dall'art. 32 comma 2, livello assistenziale da garantire al cittadino da parte del medico iscritto negli elenchi. Le seguenti forme di assistenza domiciliare programmata, devono essere, comunque,

- a. assicurate con interventi a domicilio di:
- b. assistenza domiciliare integrata (ADI);
- c. assistenza domiciliare programmata nei confronti dei pazienti non ambulabili (ADP);
- d. assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR).

2. L'erogazione dell'assistenza nell'ambito degli istituti di cui al comma 1, lettere a) e b), è disciplinata dai protocolli allegati sotto le lettere G) e H); l'istituto di cui lettera c) è disciplinato nell'ambito degli accordi rimessi alla trattativa regionale.

3. Le Regioni, previo accordo con le Organizzazioni Sindacali della medicina generale maggiormente rappresentative a livello Regionale, possono disciplinare diversamente le forme di assistenza domiciliare di cui alle lettere a) e b).

Art. 40 – Forme associative dell'assistenza primaria

1. Il presente articolo disciplina le attività dei medici di medicina generale convenzionati nell'ambito delle forme associative, ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera e) ed f), del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni.

2. Al fine di:

- a. facilitare il rapporto tra cittadino e medico di libera scelta, nonché lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda.
- b. garantire un più elevato livello qualitativo e una maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate, anche attraverso l'attivazione di ambulatori dedicati al monitoraggio di patologie croniche ad alta prevalenza individuate concordemente a livello aziendale,
- c. realizzare adeguate forme di continuità dell'assistenza e delle cure anche attraverso modalità di integrazione professionale tra medici,
- d. perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei medici di medicina generale con i servizi e le attività del Distretto in coerenza con il programma delle attività distrettuali e quale parte integrante delle équipes territoriali di cui all'art. 15, se costituite,
- e. realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità, da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività dei medici di medicina generale, anche prevedendo la presenza di almeno uno studio nel quale i medici associati svolgono a rotazione attività concordate.

- f. perseguire maggiori e più qualificanti standard strutturali, strumentali e di organizzazione della attività professionale,
- g. condividere ed implementare linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza e attuare momenti di verifica periodica,

i medici di medicina generale, possono concordare tra di loro e realizzare forme di lavoro associativo, secondo i principi, le tipologie e le modalità indicate ai successivi commi.

3. Le forme associative oggetto del presente articolo sono distinte in:

- a. forme associative, che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti, per sviluppare e migliorare le potenzialità assistenziali di ciascuno di essi;
- b. forme associative, quali società di servizio, anche cooperative, i cui soci siano per statuto permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta iscritti negli elenchi della Azienda, o dei comuni comprendenti più Aziende, in cui esse operano e che garantiscono anche le modalità operative di cui al comma precedente. In ogni caso dette società di servizio non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

4. Le forme associative dell'attività di assistenza primaria di cui alla lettera a) del comma 3 sono ispirate ai seguenti criteri generali:

- a. la forma associativa è libera, volontaria e paritaria fra i medici partecipanti;
- b. l'accordo che costituisce la forma associativa, stipulato sulla base dei criteri definiti dal presente articolo, è liberamente concordato tra i medici partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici di competenza; i medici aderenti alla associazione sono tenuti a comunicare ai cittadini iscritti nei propri elenchi le forme e le modalità organizzative dell'associazione anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti;
- c. della forma associativa possono far parte:

∑ medici che svolgono l'attività di medico convenzionato ai sensi del presente Capo, esclusi quelli di cui all'art. 25, comma 8, e che operano all'interno del medesimo ambito territoriale di scelta di cui all'articolo 19 del presente Accordo, nei limiti fissati dalla successiva lettera e);

∑ medici di continuità assistenziale;

∑ medici pediatri di libera scelta;

- a. La sede rappresentativa della forma associativa è unica ed è indicata dai suoi componenti;
- b. la forma associativa è costituita da un numero di medici di assistenza primaria non inferiore a 3 e non superiore a quanto previsto dai commi 7, 8 e 9. Le forme associative composte da soli due medici e già in essere all'atto di pubblicazione del presente Accordo sono fatte salve, se previste dagli Accordi Regionali e fino a che le rispettive condizioni associative restino immutate. Gli Accordi regionali di cui al Capo VI disciplinano modalità e tempi per l'adeguamento delle forme associative costituite da soli due medici ai criteri di cui al presente articolo.
- c. ciascun medico può aderire ad una sola delle forme associative di cui al successivo comma 6;
- d. 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, secondo l'accordo di cui alla lettera b), la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici della forma associativa medesima, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico;
- e. nell'ambito della forma associativa devono prevedersi le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti e/o aggiuntive, previste da Accordi nazionali, regionali c/o aziendali;
- f. 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, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili, partecipazione a incontri o convegni formativi, tale presenza può essere limitata a quattro giorni la settimana;
- g. fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 22, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e secondo quanto stabilito all'art. 22, comma 5. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, ad estensione di quanto previsto dal comma 5 dell'art. 33 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale dal capo III del presente Accordo, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico;
 - h. i medici della forma associativa realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo tale da garantire 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 dal presente Accordo in materia di recepimento delle chiamate;
 - i. a ciascun medico della forma associativa vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;
 - j. non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta, salvaguardando in ogni caso la possibilità da parte del cittadino di effettuare un'altra scelta nello stesso ambito territoriale;
 - k. all'interno della forma associativa può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, ecc.. allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità;
 - l. la suddivisione delle spese di gestione dello studio viene liberamente concordata tra i componenti della forma associativa;
 - m. devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della programmazione distrettuale, anche in merito a progetti relativi a livelli di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito;
 - n. all'interno della forma associativa deve essere eletto un delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale, particolarmente per quanto previsto alla precedente lettera p), con il direttore del Distretto e con la componente rappresentativa della medicina generale nell'Ufficio di Coordinamento delle attività Distrettuali, oltre che di rappresentanza organizzativa e deontologica rispettivamente nei confronti della Azienda e dell'Ordine dei medici;
 - o. in caso di conflitti insorti in seno alla forma associativa sono arbitri:

Σ per le questioni deontologiche, l'Ordine provinciale dei medici;
 Σ per le questioni contrattuali, il Comitato di cui all'art 12.

- a. l'Azienda, ricevuto l'atto costitutivo, ne verifica i requisiti di validità ed, entro 15 giorni, ne prende atto con provvedimento del Direttore Generale. Gli effetti economici decorrono dal ricevimento dell'atto costitutivo.

5. Ai sensi di quanto disposto dall'art. 8, comma 1, lettera c), del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni e tenuto conto delle norme in materia di libera professione previste dal presente Accordo, non possono far parte delle forme associative di cui al successivo comma 6 i medici di assistenza primaria che svolgano attività di libera professione strutturata per un orario superiore a quello previsto dall'art. 44, comma 5.

6. Le forme associative disciplinate dalla lettera a) del comma 3 sono:

- A. La medicina in associazione.
- B. La medicina in rete.
- C. La medicina di gruppo.

7. Oltre alle condizioni previste dal comma 4, la medicina in associazione si caratterizza per:

- a. distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto;
- b. chiusura pomeridiana di uno degli studi della associazione non prima delle ore 19,00;
- c. numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 19 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituire una nuova;
- d. la condivisione e implementazione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza;
- e. la realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione.

8. La medicina in rete, oltre al rispetto delle condizioni previste al comma 4, si caratterizza per:

- a. distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, non vincolati a sede unica, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto. Possono essere presenti, inoltre, uno o più studi nel quale i medici associati svolgano a rotazione attività concordate;
- b. gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;
- c. collegamento reciproco degli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;
- d. utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;
- e. chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non prima delle ore 19,00;
- f. numero dei medici associati non superiore a quelli del relativo ambito territoriale di scelta di cui all'art. 19 del presente Accordo e comunque non superiore a 10. Tale limite non opera, ed è elevato di 4 unità, quando nell'ambito di cui sopra, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituire una nuova.

9. Oltre alle condizioni previste al comma 4, la medicina di gruppo si caratterizza per:

- a. sede unica del gruppo articolata in più studi medici, ferma restando la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale ma in orari aggiuntivi a quelli previsti, nella sede principale, per l'istituto della medicina di gruppo;
- b. presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di un uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati. Il numero degli studi di cui sopra viene arrotondato alla unità superiore in caso di coefficiente frazionale nel relativo calcolo;
- c. utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;

- d. utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo un accordo interno;
- e. gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;
- f. utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili;
- g. utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, predisposto per il collegamento con i centri di prenotazione della Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione di attività di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla forma associativa e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati della forma associativa;
- h. numero di medici associati non superiore a 8.

10. I medici di assistenza primaria convenzionati ai sensi del presente Accordo possono aderire a forme associative di cui al comma 3 lettera b), anche ove esse associno tutti i medici di assistenza primaria appartenenti alla stessa Azienda, ferma restando l'appartenenza funzionale per i compiti convenzionali ai rispettivi ambiti territoriali di scelta.

11. Per essere riconosciute quali forme associative di cui al comma 3, lettera b), della medicina generale convenzionata ai sensi del presente Accordo, le stesse debbono essere ispirate ai criteri generali previsti al comma 4, lettere a), b), d), g), h), k), l), n), p), q), r) e prevedere l'organizzazione dell'attività dei propri medici associati, secondo gruppi relativi ai rispettivi ambiti territoriali di scelta e mediante un adeguamento di tali gruppi alle condizioni normative previste dalle lettere c), e), o) ed alle condizioni previste dal comma 8.

12. Alle forme associative di cui al comma 3, lettera b), possono essere associati medici aderenti a forme associative tra quelle di cui alla lettera a), mantenendone i relativi obblighi organizzativi e diritti economici, fermo restando il disposto di cui alla f) del comma 4, e senza ulteriore incentivazione di associazionismo.

13. Nell'ambito degli Accordi regionali stipulati con i sindacati maggiormente rappresentativi, possono essere individuate forme organizzative, caratteristiche aggiuntive, attività integrative per le forme associative di cui al presente articolo, definendone anche i relativi compensi integrativi.

14. I medici di medicina generale, per l'espletamento dei compiti e delle prestazioni previste dal presente Accordo, da Accordi regionali o aziendali, nonché delle attività libero professionali consentite, possono avvalersi di strutture e servizi forniti dalle società definite alla lettera b) del comma 3 del presente articolo, in particolare per quanto concerne:
sedi associative, studi professionali, poliambulatori;

- a. beni strumentali;
- b. servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali;
- c. servizi informatici, telematici, di raccolta dati e telemedicina;
- d. servizi di verifica e revisione di qualità;
- e. ogni altro bene o servizio, ritenuto appropriato a perseguire gli obiettivi assistenziali previsti dalla programmazione nazionale e regionale, individuato nell'ambito degli Accordi regionali. In ogni caso è da escludersi la fornitura di prestazioni sanitarie.

15. La semplice appartenenza ad una forma associativa di cui alla lettera b), del comma 3 non comporta per il medico il riconoscimento di alcun incentivo, fatto salvo quanto disposto in merito da Accordi regionali già esistenti alla data di pubblicazione del presente Accordo e stipulati ai sensi del D.P.R. n. 484/96.

16. Le forme associative di cui al precedente comma 3, pur non potendo assumere carattere di soggetto contrattuale rispetto alla definizione dei bisogni assistenziali, anche in termini di tipologia, di quantità, di qualità e di modalità dei servizi da disporre per gli assistiti e per i medici di medicina generale, che rimane di esclusiva competenza dei sindacati firmatari dell'ACN, sono riconosciute quali soggetti qualificati a proporre e promuovere iniziative e progetti assistenziali da sottoporre alla contrattazione tra le parti, nell'ambito degli Accordi regionali e aziendali di cui al presente Accordo.

Art. 41 - Interventi socio-assistenziali.

1. Il medico di famiglia, sulla base della conoscenza del quadro anamnestico complessivo dell'assistito derivante dall'osservazione prolungata dello stesso anche in rapporto al contesto familiare, riferito oltreché alle condizioni sanitarie, anche a quelle sociali ed economiche, ove lo ritenga necessario segnala ai servizi sociali individuati dall'Azienda l'esigenza di intervento dei servizi socio-assistenziali.

2. La natura e la tipologia degli interventi conseguenti alla segnalazione di cui al comma precedente sono assunti, se necessario, secondo un programma specifico ed in accordo col medico di famiglia dell'assistito.

Art. 42 - Collegamento con i servizi di continuità assistenziale

1. Il medico di famiglia valuta, secondo scienza e coscienza, l'opportunità di lasciare brevi note esplicative presso quegli assistiti le cui particolari condizioni fisiopatologiche suggeriscano eventuali accorgimenti nell'esplicazione di interventi di urgenza da parte di medici addetti al servizio di continuità assistenziale.

2. Possono essere concordate con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative apposite linee guida, ad uso dei medici di medicina generale, sulla definizione delle caratteristiche di quegli assistiti per i quali si ritenga di dover rendere disponibili, presso il domicilio del paziente, la documentazione ritenuta necessaria ai fini di una corretta assistenza sanitaria da parte dei medici di continuità assistenziale.

3. Il medico di assistenza primaria, ove sussistano le linee guida di cui al comma 2, è tenuto alla osservanza del disposto di cui allo stesso comma.

Art. 43 - Visite occasionali.

1. I medici di assistenza primaria iscritti negli elenchi sono tenuti a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta solo nei confronti degli assistiti che li hanno preventivamente scelti.

2. I medici, tuttavia, salvo quanto previsto per la continuità assistenziale e per l'assistenza nelle località turistiche, prestano la propria opera in favore dei cittadini che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio comune di residenza, ricorrono all'opera del medico.

3. Le visite di cui al comma 2 sono compensate direttamente dall'assistito con le seguenti tariffe onnicomprensive:

- visita ambulatoriale L. 30.000
- visita domiciliare L. 50.000