

Atto tra Medici per l'esercizio della Medicina in Rete

I sottoscritti convengono di costituire tra loro una 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 8 dell'A.C.N., del cui contenuto i sottoscritti sono pienamente consapevoli.

a) Sede rappresentativa della forma associativa:

Indirizzo _____ n. _____
Cap |_|_|_|_|_| localit /citt  _____
Tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| fax _____
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

b) elenco 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 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 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 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 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 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 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 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 Toscana Centro, iscritto negli elenchi del comune di _____ cod. reg. _____

9. _____ nat __ a _____ il _____ con studio sito in _____ prov. _____ via _____

medico di assistenza primaria di medicina generale, convenzionato con l'Azienda Toscana Centro, iscritto negli elenchi del comune di _____ cod. reg. _____

10. _____ nat __ a _____ il _____ con studio sito in _____ prov. _____ via _____

medico di assistenza primaria di medicina generale, convenzionato con l'Azienda Toscana Centro, iscritto negli elenchi del comune di _____ cod. reg. _____

c) medici costituenti la forma associativa che settimanalmente sono impegnati in attività quali consulti con 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 _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

dott. _____ attività svolta il giorno _____

- d) 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. _____
- e) l'associazione è costituita da n. _____ medici;
- f) ciascun medico dichiara di far parte solo di un'associazione tra quelle previste dal comma 6 dell'art. 54 A.C.N. per la medicina generale 2005 e ss.mm.ii. 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;
- g) sono previste modalità per l'erogazione di prestazioni incentivanti e/o aggiuntive;
- h) 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;
- i) 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 della chiamate;
- j) 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;
- k) è garantita la chiusura pomeridiana di uno degli studi della rete non anteriore alle ore 19.00;
- l) a ciascun medico vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;
- m) non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa senza la preventiva accettazione da parte del medico destinatario della scelta;
- n) all'interno della forma associativa può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni;
- o) la suddivisione delle spese di gestione della forma associativa viene liberamente concordata tra i componenti l'associazione;
- p) 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;
- q) 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
- r) è previsto il collegamento reciproco di tutti gli studi dei medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione;
- s) è previsto l'utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione dell'Azienda quando tali prestazioni siano

normate dall'Accordo Aziendale nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna dell'associazione e per la promozione dei comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione.

I sottoscritti medici costituenti la medicina in rete, 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 medici dichiarano congiuntamente:

- che la Medicina in Rete 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) _____
- 9) _____
- 10) _____

li, _____

SEDI STUDI PROFESSIONALI MEDICINA IN RETE

Num. (*)	<i>Indirizzo</i>	<i>Città</i>	<i>Telefono-fax</i>

(*) Nota: inserire il numero progressivo (da riportare sulle tabelle orari studi della pagina successiva)

ORARIO STUDI PROFESSIONALI MEDICINA IN RETE

	<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.