

## **Associazionismo: Aspetti normativi**

L'Associazionismo tra i Medici di Medicina Generale (MMG), storicamente, non è un fenomeno recente.

Inizialmente già la Legge 833 del 1978 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale riconosceva la possibilità di “forme di collaborazione tra i medici, il lavoro di gruppo integrato nelle strutture sanitarie” (art 48, c, 2), anche se tale definizione non si riferiva esclusivamente ai MMG; tanto che i primi tentativi sperimentali di forme associative in Medicina Generale risalgono agli anni 80.

Successivamente le Convenzioni del 1981, del 1988 e del 1996 hanno riconosciuto il fenomeno da un punto di vista legislativo.

Nella Convenzione del 1981 (art 30) si dice che i medici “possono concordare fra loro e realizzare forme di lavoro associato o di gruppo..” con il fine di “conseguire un migliore livello qualitativo delle prestazioni” per consentire “il rientro nei massimali” evitando la ricusazione volontaria delle scelte in carico eccedenti.

In quella del 1988, si sancisce come condizione dell'associazionismo la contemplazione esclusiva dell'associazione paritaria tra medici convenzionati, senza più riferimento all'associazione finalizzata al rientro degli ultramassimalisti.

Infine in quella del 1996 (DPR 484/1996) compare per la prima volta il concetto di Medicina di Gruppo, che comincia a essere percepita come una opportunità vantaggiosa sulla base di alcune motivazioni: esigenza di recupero di professionalità, desiderio di diffondere la cultura della qualità nella medicina di famiglia, promozione del miglioramento delle cure sanitarie e esistenza di un incentivo economico differenziato tra i diversi livelli di associazione.

Ma è con la Convenzione del 2000 (art 40 del DPR 270/2000) e nella nuova firmata il 20 Gennaio 2005 e resa esecutiva in data 23 Marzo 2005 (art 54) che l'Associazionismo trova il suo pieno riconoscimento a livello normativo, in questo favorito dal D.Lgs. 229/1999, “Riforma ter”, dove al MMG viene riconosciuto un ruolo centrale nell'Assistenza Primaria e nell'Organizzazione del Ausl/Distretto.

Analizzeremo in maniera dettagliata l'art 54 della nuova Convenzione che è sostanzialmente uguale all'art 40 del DPR 270/2000, tranne che pochi elementi di novità, come un ampliamento delle possibilità di fruizione dei servizi delle cooperative anche ai medici che non ne fanno parte (art 54, comma 3) e un maggiore ruolo assegnato alle Regioni, cui viene demandato attraverso la contrattazione con le organizzazioni sindacali mediche la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione dell'associazionismo stesso.

Analizzeremo inoltre “l'Accordo Regionale attuativo dell'ACN” e per ultimo “L'Accordo Quadro Locale tra l'Azienda USL e le Medicine di Gruppo” firmato dalla FMMG con l'AUSL di Ferrara.

## **Accordo Collettivo Nazionale del 23 Marzo 2005**

L'art 54 al comma 3, distingue due forme associative.

Le prime, che sono le forme associative vere e proprie e che “costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti”, sono la Medicina in Associazione, la Medicina in Rete e la Medicina di Gruppo.

Le seconde sono costituite da “società di servizio, o cooperative”; permettono di migliorare gli aspetti organizzativi delle Medicine in Associazione, Rete e Gruppo assicurando beni e servizi ai medici e non prestazioni sanitarie; i soci, per statuto, devono essere permanentemente in maggioranza medici di assistenza primaria e pediatri di libera scelta, iscritti negli elenchi dell'Azienda, o dei comuni comprendenti più Aziende.

### **- Medicina in Associazione, Rete e Gruppo**

L'articolo indica i criteri generali e specifici per l'esercizio della Medicina Generale sotto forma di Medicina in Associazione, Rete o Gruppo (comma 4,5,7,8 e 9).

I requisiti comuni prevedono che a una singola forma Associativa possono parteciparvi, in maniera libera, volontaria e paritaria MMG di Assistenza Primaria che operano nello stesso ambito territoriale di scelta, Medici di Continuità Assistenziale e Pediatri di libera scelta; il numero dei MMG di Assistenza Primaria non può essere inferiore a tre.

Il numero massimo di medici non deve essere superiore a 10 per la Medicina in Associazione e Rete (elevato di 4 unità, quando nell'ambito territoriale di scelta, una volta costituita la forma associativa, residui un numero minimo di medici tale da non consentire di costituirne una nuova) e superiore a 8 per la Medicina di Gruppo.

Non possono far parte delle forme associative Medici di Assistenza Primaria che svolgono attività libera professionale strutturata per un orario superiore alle 5 ore settimanali (si definisce strutturata l'attività libero professionale espletata in forma organizzata e continuativa al di fuori degli orari di studio dedicati all'attività convenzionale che comporta un impegno orario settimanale definito).

Per costituirsi in Associazione, bisogna stipulare un Atto Costitutivo che deve essere depositato all'Ordine dei Medici di competenza e all'Azienda; l'Azienda ne verifica i requisiti e, entro 15 giorni, ne prende atto con provvedimento del Direttore Generale.

Gli effetti economici, le cui competenze liquidate a ciascun medico in relazione alle scelte di cui è titolare e previste dall'art 59 (2.58 euro per assistito in carico per la Medicina in Associazione, 4.70 per la Rete e 7.00 per il Gruppo), decorrono dal ricevimento dell'Atto Costitutivo.

Nell'Atto Costitutivo devono essere indicati la Sede rappresentativa dell'Associazione; i mezzi con cui comunicare ai cittadini le forme e gli aspetti organizzativi; le modalità concordate per la suddivisione delle spese di gestione dello studio; l'obbligo di riunioni periodiche per la verifica degli obiettivi raggiunti; il medico eletto come delegato alle funzioni di raccordo funzionale e professionale e le modalità di erogazione delle prestazioni incentivanti e / o aggiuntive previste da Accordi nazionali, regionali e / o aziendali.

La distribuzione territoriale degli studi non è vincolata a una sede unica per la Medicina in Associazione e in Rete, anche se per questa ultima possono essere previsti uno o più studi nel quale i medici associati svolgano a rotazione attività concordate. Per la Medicina di Gruppo è obbligatoria la sede unica, articolata in più studi medici e in numero pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo con la possibilità di un uso promiscuo in orari differenziati; i medici possono operare in altri studi del medesimo ambito territoriale ma in orari aggiuntivi a quelli previsti nella sede principale.

L'orario di apertura dei singoli studi deve essere coordinato in modo tale da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso 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, tenendo anche conto delle condizioni geografiche; per la Medicina in Associazione e in Rete è espressamente indicato che la chiusura pomeridiana di uno degli studi avvenga non prima delle ore 19.

Il singolo Medico deve garantire la presenza nel rispettivo studio per cinque giorni la settimana (limitata a quattro se il Medico è impegnato in altre attività previste dall'Accordo Nazionale, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non ambulabili e partecipazione a incontri o convegni formativi) e secondo quanto previsto all'art 36 comma 5 (apertura preferibilmente dal lunedì al venerdì e comunque al lunedì, per almeno due fasce pomeridiane o mattutine, e secondo un orario non inferiore a 5 ore settimanali fino a 500 assistiti, 10 ore da 500 a 1000 assistiti e 15 ore da 1000 a 1500 assistiti).

Per la Medicina in Gruppo è possibile utilizzare per l'attività assistenziale, supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni, nonché eventuale personale di segreteria o infermieristico, secondo un accordo interno (l'art 59 comma 6, 7 e 14 prevede che a ciascun medico, anche se operante in forma associata, che utilizza un collaboratore di studio professionale o un infermiere è riconosciuta una indennità di 3,50 euro per il collaboratore di studio e di 4 euro per l'infermiere, a condizione che siano assunti secondo il relativo contratto nazionale o siano forniti da società, cooperative o associazioni di servizio; i relativi contratti di lavoro devono essere stipulati in rapporto a un impegno orario minimo, per singolo medico, come definito dalla normativa in vigore).

La gestione della scheda sanitaria individuale deve essere obbligatoriamente su supporto informatico mediante software tra loro compatibili sia per la Rete che per il Gruppo. Per la Rete deve essere previsto il collegamento reciproco degli studi medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti l'associazione; per il Gruppo i vari supporti informatici devono essere in rete.

I Medici della Medicina in Rete e in Gruppo devono prevedere l'utilizzo di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione dell'Azienda, per l'eventuale trasmissione di dati epidemiologici e/o prescrittivi (se normati da Accordi Regionali e/o Aziendali), per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione. Questi ultimi due punti riguardano anche la Medicina in Associazione insieme alla condivisione e implementazione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza.

I medici partecipanti alle forme associative, fatto salvo il principio della libera scelta del medico da parte dell'assistito e del relativo rapporto fiduciario individuale, si impegnano a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici; realizzano il coordinamento della propria attività di Assistenza domiciliare, in modo da garantirla nell'arco della giornata, nei periodi di assenza di uno o più medici o, eventualmente, nei casi di urgenza, nel rispetto di quanto previsto in materia di recepimento delle chiamate e possono adottare il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione inferiore a 30 giorni.

Affinché possano effettuarsi variazioni di scelta all'interno della forma associativa, è necessaria una preventiva accettazione da parte del medico destinatario della nuova scelta.

Infine, in caso di conflitti, sono arbitri per le questioni deontologiche l'Ordine Provinciale dei Medici e per quelle contrattuali il Comitato Regionale.