



COMUNE DI S. CRISTINA E BISSONE

Provincia di Pavia

*27010 Via V. Veneto n° 5 - c.f. 00414310185
tel. 0382/70121 - 720187 fax 0382/71351*

**LINEE GUIDA PER LA CONCESSIONE IN USO
DI LOCALI COMUNALI ADIBITI A STUDI MEDICI
approvate con DGC n.82 del 19/12/2023**

* * * * *

ART. 1 – OGGETTO

Le presenti linee guida definiscono la concessione e l'utilizzo degli studi medici di proprietà comunale siti in via XXI Febbraio in località Bissone 6 ed in Santa Cristina in: via Pertini 6, per l'esercizio di attività ambulatoriali professionali ove:

- 1) l'attività sanitaria è esercita direttamente dal titolare
- 2) non sia presente attrezzatura per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale
- 3) ove non si attuino procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente.

ART.2 – SOGGETTI ASSEGNATARI

- 1) medici di medicina generale convenzionati ATS che operano sul territorio mediante concessione regolata da apposito contratto di locazione
- 2) medici e professionisti dell'area sanitaria, in condivisione fra le varie figure professionali.

ART. 3 - MODALITA' DI CONCESSIONE ED USO

La concessione e l'utilizzo dei locali è prioritaria per i medici di medicina generale convenzionati secondo gli orari definiti da ATS.

La concessione e l'utilizzo dei locali a medici e professionisti dell'area sanitaria, avverrà secondo un calendario di turnazione giornaliero definito in base alle richieste pervenute.

La concessione, che potrà avere anche natura meramente occasionale per uno o più giorni, viene regolata da apposito contratto di locazione stipulato fra il Comune ed il medico

ART. 4– REQUISITI SOGGETTO RICHIEDENTE L’UTILIZZO

Possono fare richiesta di utilizzo degli ambulatori indicati all’art. 1, i medici di medicina generale convenzionati ATS che operano sul territorio nonché i medici e professionisti dell'area sanitaria, singoli e/o associati, in possesso di idoneo titolo di studio e regolare iscrizione al proprio albo professionale (se previsto), abilitati alla libera professione e titolari di P.IVA, in possesso dei requisiti previsti dagli artt. 95, 95 e 98 del D.Lgs. 36/2023.

ART. 5 – AVVISO PER DISPONIBILITÀ AMBULATORI

In caso di disponibilità, il Comune di Santa Cristina e Bissone, mediante avvisi pubblici, procede a raccogliere eventuali richieste di utilizzo.

Qualora pervengano richieste di utilizzo, al di fuori degli avvisi predisposti, e sempre qualora vi sia disponibilità temporale di utilizzo degli ambulatori medici, l’Ente potrà comunque provvedere alla loro verifica e le stesse saranno accolte se compatibili con i giorni già assegnati e con le modalità specificate nelle presenti.

ART. 6 – MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI UTILIZZO

Gli interessati devono far richiesta dell’utilizzo tramite domanda scritta da inviare:

- a mezzo PEC all’indirizzo comune.santacristinaebissone@pec.regione.lombardia.it
- a mani presso l’ufficio protocollo dell’ente, redatta su apposito modulo che si allega alle presenti linee di indirizzo.

Nella domanda deve essere specificata la tipologia di attività esercitata, i titoli abilitativi e devono essere indicate le preferenze dei giorni e degli orari di utilizzo.

Il Responsabile del Procedimento procederà alla verifica dei requisiti e della disponibilità dei giorni/orari richiesti. Nel caso di coincidenza di orari e giorni richiesti verrà data priorità:

- ai medici di medicina generale

in subordine

- all’ordine di arrivo delle domande.

ART. 7 – CONDIZIONI PER L’USO DEI LOCALI

I locali dispongono di un loro arredamento, eventualmente da integrare in relazione alle necessità del medico/professionista sanitario, il cui onere compete al medesimo.

Non è consentita la modifica dei giorni e/o degli orari stabiliti, senza preventivo accordo e verifica delle eventuali disponibilità.

Stante la tipologia di multidisciplinarietà e quindi la previsione di utilizzo degli ambulatori da parte di

più medici, l'uso deve avvenire in modo da non turbare l'attività dei singoli medici: sarà pertanto data debita informazione ai soggetti assegnatari di ogni variazione (cessazioni o nuove assegnazioni).

ART. 8 – CONTRATTO

L'assegnazione è preceduta dalla stipula di un contratto regolante le modalità di utilizzo ed i rapporti tra assegnatario ed Amministrazione Comunale.

Le spese di registrazione del contratto di locazione (imposta di bollo e imposta di registro) sono a carico del locatario.

ART. 9 – CANONE DI LOCAZIONE E RIMBORSO SPESE

Per l'utilizzo degli ambulatori e la determinazione del canone di utilizzo, il Comune di Santa Cristina e Bissone applicherà importi differenziati in funzione del soggetto utilizzatore e della quantità di utilizzo da parte del medico:

- **medici di base nelle funzioni istituzionali**, il rimborso spese è stabilito in base ad accordi sindacali e parametri ATS; si considera, inoltre, la valenza socio-assistenziale della messa a disposizione di ambulatori comunali, a vantaggio delle situazioni di maggior bisogno della popolazione. Si prevede un rimborso spese pari a € 0.50 (zerovirgolacinquanta) ad assistito, aggiornato annualmente in base al numero di assistiti rilevati al 31.12 dell'anno precedente.

- **medici e professionisti dell'area sanitaria**, locazione e rimborso spese pari ad € 50,00 (cinquanta/00) per ogni mezza giornata, mattina o pomeriggio, di utilizzo. Per mezza giornata di utilizzo si intende qualsiasi occupazione dell'ambulatorio per un tempo inferiore a 6 ore giornaliere.

All'atto della presentazione della domanda, l'interessato dovrà specificare le fasce orarie di utilizzo dell'ambulatorio medico.

ART. 10 - TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati pervenuti avverrà in conformità alle disposizioni del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

Titolare del trattamento è il Comune di Santa Cristina e Bissone, nei cui confronti il soggetto interessato potrà far valere i diritti previsti dall'art. 7 del citato decreto.

Allegati:

1. Richiesta di utilizzo ambulatorio

Comune di Sana Cristina e Bissone

via Vittorio Veneto 5

27010, Santa Cristina e Bissone

PEC: comune.santacristinaebissone@pec.regione.lombardia.it

Oggetto: RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE IN USO DEGLI AMBULATORI COMUNALI

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ C.F. _____
P.IVA _____ residente in via _____ n. _____ in qualità di:
 Medico di medicina generale convenzionato con ATS
 Libero professionista settore socio – sanitario o socio – assistenziale (specificare settore e qualifica/attività) _____
 Legale rappresentante della società/studio associato:
Denominazione: _____ con sede in _____
provincia _____ CAP _____ via _____ n. _____
P.I. _____

Recapito a cui si desidera ricevere comunicazioni:

Indirizzo: _____

Telefono: _____ Cell: _____

E-mail: _____

Viste ed accettate in ogni loro parte le linee guida per l'utilizzo e la gestione degli ambulatori comunali e relative attrezzature

CHIEDE

○ Di poter fruire dell'uso dell'ambulatorio comunale di Santa Cristina sito in via Pertini 6 e relative attrezzature nei seguenti giorni ed orari (indicare solo ore intere):

GIORNO	MATTINA (8.00-14.00)	POMERIGGIO (14.00-20.00)
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

○ Di poter fruire dell'uso dell'ambulatorio comunale di Bissone sito in via XI febbraio e relative attrezzature nei seguenti giorni ed orari (indicare solo ore intere):

GIORNO	MATTINA (8.00-14.00)	POMERIGGIO (14.00-20.00)
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

in accordo con le esigenze del Comune e della cittadinanza in modo da poter garantire il miglior servizio possibile.

A tal fine

DICHIARA

1. Che l'uso viene richiesto per: (*descrizione specialità per la quale intende prestare attività*)

2. Di acconsentire al trattamento dei dati di cui all'art. 8 delle linee guida per la concessione in uso di locali comunali adibiti ad ambulatori medici.

Luogo, data _____

Firma del dichiarante
