



AVVISO PUBBLICO

PER LA FORMULAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO E/O DI SOSTITUZIONE, NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE (CONTINUITA' ASSISTENZIALE, GUARDIA MEDICA TURISTICA, ASSISTENZA PRIMARIA, EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE) PRESSO L' AREA VASTA 1 - ANNI 2021/2022

SI RENDE NOTO

che questa Area Vasta n. 1, procederà alla formulazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni, nei settori della medicina generale (continuità assistenziale, guardia medica turistica, assistenza primaria, emergenza sanitaria territoriale e attività territoriali programmate) presso l'Area Vasta 1.

Per quanto riguarda il conferimento degli incarichi presso le postazioni di **Continuità Assistenziale** della Area Vasta 1, , potranno essere conferiti, con priorità per i medici residenti nell'Area Vasta 1 (art. 70 comma 4 ACN 23/03/2005 e s.m.i.), per un periodo fino ad un anno ai medici inseriti nella graduatoria regionale di medicina generale ed ai medici in possesso dell'attestato del Corso di Formazione specifica in Medicina Generale seppur non ancora iscritti in graduatoria regionale, e per un periodo fino a tre mesi continuativi, eventualmente rinnovabili fino ad un anno, per tutte le restanti categorie.

Per quanto riguarda il conferimento degli incarichi necessari a garantire le attività di cure intermedie e gestione ambulatori di assistenza primaria (ACAP) presso le sedi di Fossombrone Cagli e Sassocorvaro, si farà riferimento alla graduatoria che seguirà al presente avviso ed avendo caratteristiche particolari, pur sempre restando nell'ambito della continuità assistenziale, andranno retribuiti in misura superiore, rispetto al compenso previsto per quest'ultima e comunque secondo gli Accordi siglati con le OO.SS. maggiormente rappresentative e comunque fino a nuove e/o diverse disposizioni regionali, ASUR, Area Vasta.

I medici inseriti nella suddetta graduatoria, all'atto della scelta dovranno specificare, qualora decidessero per le sedi di Fossombrone e Cagli a quale attività vorranno dedicarsi:

- attività di gestione dell'ambulatorio di Assistenza primaria (ACAP);
- attività di continuità assistenziale e cure intermedie.

I medici che accetteranno l'incarico presso la sede di Sassocorvaro saranno invece dedicati esclusivamente alla gestione dell'ambulatorio di Assistenza primaria (ACAP) e cure intermedie.

Nel caso in cui intervenissero nuove disposizioni modificative e/o integrative regionali o ASUR, relativamente alla gestione organizzativa dei suddetti servizi, gli incarichi conferiti ai medici presso le sedi di Cagli, Fossombrone e Sassocorvaro, potrebbero cessare anticipatamente.

Presso tutte le altre sedi di continuità assistenziale dell'Area vasta 1, l'attività prevista sarà quella ordinaria.

La presente graduatoria, del settore continuità assistenziale, potrà essere anche utilizzata per la copertura di eventuali turni di pronta disponibilità o incarichi di reperibilità.

Relativamente agli incarichi provvisori e/o di sostituzione **dell'assistenza primaria**, nel conferimento degli stessi sarà data priorità ai medici inseriti nella graduatoria regionale, secondo l'ordine di punteggio, e ai medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria, residenti nell'ambito territoriale carente.

Qualora non vi siano medici disponibili appartenenti alle suddette categorie, potranno essere incaricati anche quelli inseriti ai punti c), d) e), di cui all'art. 15 dell'ACN 23/03/2005, così come



modificato dall'art. 2 dell'ACN 21/06/2018, sempre interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito territoriale carente.

I medici aspiranti al conferimento di incarichi per **l'emergenza sanitaria territoriale**, il cui incarico avrà la durata massima di un anno, dovranno essere obbligatoriamente in possesso dell'attestato di abilitazione all'esercizio dell'attività e saranno interpellati prioritariamente i residenti nell'Area Vasta.

Per quanto riguarda gli incarichi attinenti alle **attività territoriali programmate** (a titolo esemplificativo ma non esaustivo, attività assistenziale c/o RSA, medicina necroscopica, attività distrettuali, STP, terapia infusiva, attività assistenziale presso gli istituti penitenziari, ecc.), questi avranno la durata massima di un anno e saranno conferiti prioritariamente in base a quanto stabilito dall'art. 37 dell'AIR del 29/07/2009 e, successivamente, secondo quanto disposto dall' art. 15 dell'ACN 23/03/2005, così come modificato dall'art. 2 dell'ACN 21/06/2018.

Per quanto concerne gli incarichi di **Guardia Medica Turistica**, disciplinati dall'art. 32 dell'ACN del 23/03/2005 e s.m.i. e dall'art. 36 dell'AIR 29/05/2007, saranno conferiti nelle località a forte afflusso turistico e limitatamente a periodi dell'anno stabiliti dall'articolazione territoriale del Comitato Aziendale AV1.

Le prestazioni effettuate dai medici incaricati, saranno compensate direttamente dall'assistito sulla base di quanto previsto dall'art.57 dell'A.C.N. MMG del 23/03/2005.

L'organizzazione del servizio sarà anticipatamente concordata con l'articolazione territoriale del Comitato Aziendale, sulla base delle richieste avanzate dai Direttori di Distretto.

I suddetti incarichi saranno conferiti con priorità per i medici residenti nell'AV1.

I medici interessati all'inserimento in graduatoria, saranno graduati secondo quanto stabilito **dall'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 23/03/2005, così come modificato dall'art. 2 dell'ACN del 21/06/2018** che recita:

" le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 gg. dalla pubblicazione della graduatoria definitiva (regionale) pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;

b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.

Ai sensi dell'articolo 19, comma 11, della L. 28 dicembre 2001, n. 448, per il solo affidamento di sostituzione:

c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, così come modificato dall'art. 1 dell'ACN del 26/03/2020;

d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

e) medici iscritti ai corsi di specializzazione,



Ai sensi dell'art. 15, dell'ACN 23/03/2005, così come modificato dall'art. 2 dell'ACN 21/06/2018, i medici appartenenti alle categorie b), c), d) ed e), saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

I requisiti richiesti per l'inserimento nella graduatoria in oggetto, debbono essere maturati al momento della scadenza del presente avviso.

La presente graduatoria avrà validità annuale e comunque fino all'approvazione di quella successiva.

E' FATTO D'OBBLIGO UTILIZZARE L'ALLEGATO MODULO DI DOMANDA CORREDATO DI FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'.

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Gli Uffici competenti dell'AREA VASTA 1, stante il particolare momento caratterizzato dall'emergenza epidemiologica, provvederanno all'interpello dei medici aventi titolo a mezzo mail, da considerarsi quale unica modalità valida, per l'assegnazione degli incarichi secondo l'ordine della graduatoria di settore.

A tal fine il medico è tenuto a dichiarare obbligatoriamente il proprio indirizzo di posta elettronica. La mancata risposta entro 24 ore dall'invio, equivarrà a rinuncia.

La partecipazione al presente avviso comporta l'accettazione di tutte le disposizioni in esso contemplate.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda in bollo (euro 16,00), secondo il modello che si allega al presente avviso, corredato della dichiarazione relativa all'assolvimento del bollo, al seguente indirizzo

**A.S.U.R. – AREA VASTA N. 1
UFFICIO CONVENZIONI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE
VIA CECCARINI, 38 - 61032 FANO (PU)**

esclusivamente con una delle seguenti modalità:

- a) **servizio postale** – Sulla busta dovrà essere riportata la seguente dicitura: "avviso pubblico per graduatoria aziendale annuale per i settori della medicina generale".
- b) **posta elettronica certificata** - (indirizzo P.E.C. areavasta1.asur@emarche.it). Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la seguente dicitura "avviso pubblico per graduatoria aziendale annuale per i settori della medicina generale". Sia la domanda che la documentazione allegata dovranno essere inviate esclusivamente, a pena di esclusione, in un unico file formato pdf, firmata in maniera autografa, unitamente a fotocopia di documento di identità o in formato p7m, se firmato digitalmente. Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del medico di posta personale certificata. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria, anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificato sopra indicato.



E' esclusa ogni altra forma di presentazione e trasmissione. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Le domande dovranno pervenire, a pena di esclusione, entro il termine perentorio di 15 giorni dalla pubblicazione del presente avviso sul sito dell'ASUR Marche – sezione professionisti e imprese, area della medicina convenzionata

(NON FARA' FEDE IL TIMBRO POSTALE)

- La firma in calce alla domanda, ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000, non deve essere autenticata.
- La mancata sottoscrizione della domanda, ancorché spedita tramite PEC, costituisce motivo di esclusione.
- Saranno escluse le domande prive di fotocopia di documento di identità in corso di validità (art. 38, c.3 DPR 445/2000)

L'Area Vasta n. 1 declina ogni responsabilità per eventuale smarrimento della domanda o dei documenti spediti a mezzo Servizio Postale, nonché per il caso di dispersione di comunicazioni dipendenti dalla inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o da mancata, oppure tardiva, comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda o per eventuali disguidi postali, telematici non imputabili a colpe dell'Amministrazione stessa, nonché per le domande inviate tramite PEC e non leggibili dal Sistema PALEO di Protocollo Informatico, poiché trasmesse in formato diverso da quello PDF.

Tutti i dati di cui l'Amministrazione verrà in possesso, a seguito della presente procedura, saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/2016. La presentazione della domanda di partecipazione da parte dei candidati implica il consenso ai trattamenti dei dati personali compresi i dati sensibili, a cura dell'ufficio preposto alla conservazione delle domande e all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure finalizzate all'avviso

Per ulteriori informazioni telefonare:

0721/1932577 – 0721/1932305, Dr.ssa Cecchi M. Maddalena e Dr.ssa Cavallo Rossella.

La Area Vasta 1 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione, agli interessati, tramite pubblicazione sul sito internet dell'Asur Marche

**IL DIRETTORE AREA VASTA 1
Dr. Romeo Magnoni**



Marca da
bollo da
€ 16,00

DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE 2021/2022 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO E/O DI SOSTITUZIONE NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE (CONTINUITA' ASSISTENZIALE, GUARDIA MEDICA TURISTICA, ASSISTENZA PRIMARIA, EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE, ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE) PRESSO L' AREA VASTA 1

AL DIRETTORE DI AREA VASTA N. 1
VIA CECCARINI, 38
61032 FANO (PU)

Pec areavasta1.asur@emarche.it

Il/La sottoscritto/a Dott.

chiede di essere inserito nella/e graduatoria/e per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato e/o di sostituzione nei settori della medicina generale presso l'Area Vasta 1 (*barrare una o più caselle che interessano*):

- CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
- GUARDIA MEDICA TURISTICA**
- ASSISTENZA PRIMARIA**
- EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
- ATTIVITA' TERRITORIALE PROGRAMMATA (RSA, MEDICINA NECROSCOPICA, ATTIVITA' DISTRETTUALE, STP, TERAPIA INFUSIVA, ASSISTENZA SANITARIA C/O ISTITUTI PENITENZIARI)** A completamento della domanda per l'inserimento nella graduatoria di questo settore, ai sensi dell'art. 37 AIR/2007, il medico dovrà dichiarare se detiene:
 - convenzione per l'assistenza primaria c/o _____ n. assistiti _____ alla data del 01/04/2021;
 - convenzione per la continuità assistenziale c/o _____ a n. ore sett. _____ dal _____;
 - convenzione nella medicina dei servizi c/o _____ a n. ore sett. _____ dal _____;



A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000 anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", dichiara sotto la propria personale responsabilità di appartenere alla categoria di cui al punto:

- a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;
- b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.
- c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, così come modificato dall'art. 1 dell'ACN 26/03/2020;
- d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RESA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART 46 DPR 445/2000

(da compilare in stampatello e barrando la voce che non interessa):

- 1) di essere nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____;
- 2) di essere residente a _____ Prov. _____ Cap. _____ in via _____ n. ____
- 3) di essere contattabile ai seguenti recapiti: cell _____ e-mail _____
- 4) di avere il seguente CODICE FISCALE _____
- 5) di essere/non essere cittadino italiano
- 6) di essere/non essere cittadino di altro Paese appartenente all'U.E. _____
- 7) di godere/non godere dei diritti civili e politici
- 8) di avere/non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di giudizi civili e/o amministrativi iscritti nel casellario giudiziale
- 9) di essere/non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- 10) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli studi di _____ il ____/____/____ con voto ____/____
- 11) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ____/____/____ presso l'Università di _____



- 12) di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi-Odontoiatri di _____ il
_____/_____/_____ al n° _____ codice ENPAM _____
- 13) di essere/non essere inserito nella graduatoria definitiva della medicina generale della Regione Marche, nel settore/i di _____ (BUR n. 1 del 02/01/2020) con il punteggio di _____
- 14) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 conseguito in data ____/____/____ presso la Regione _____
- 15) di avere/non avere acquisito il titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (art.15 comma 6 ACN 21/06/18)
- 16) di essere/non essere iscritto a corso di formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 dal ____/____/_____ nella Regione _____
- 17) di essere/non essere iscritto a scuola di specializzazione di cui al D.Lgs. 257/91 dal ____/____/_____ presso l'Università degli Studi di _____
- 18) di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso _____ il ____/____/_____
- 19) Di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 dell'ACN/2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

Il/la sottoscritto/a, dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 27/04/2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D. Lgs. 196/2003 e s.m.i, e che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; che i dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale.

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Azienda al trattamento dei propri dati personali e si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenga in merito a quanto sopra dichiarato.

Luogo e data _____

in fede _____

- Si allega copia documento d'identità.
- Si allega (se non cittadino italiano) copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.



DICHIARAZIONE ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

Ex Art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto _____, nato a _____
(prov. _____) il _____ M_ F_ Codice Fiscale _____
Residente a _____ (prov. _____)
Via _____ n. ____ Cap _____ telefono _____
Indirizzo mail/PEC _____

relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

essendo obbligatorio indicare la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del Decreto Interministeriale 10/11/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e dall'art 483 del CP nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

Dichiara

- Che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da 16€ sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. seriale identificativo:

- Che la marca da bollo indicata è destinata **esclusivamente alla presentazione della presente istanza e** non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

La presente dichiarazione deve essere firmata in forma autografa o digitale da chi la rende. Qualora la stessa sia firmata autografamente la dichiarazione deve essere accompagnata da copia di un documento di identità valido.

Data, _____
