



Sede legale: Via Venezia 6

15121 Alessandria

Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Determina 1349 del 12/11/2024

OGGETTO: AVVISO PER AFFIDAMENTO DI N. 1 INCARICO PROVVISORIO QUALE MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA, AMBITO ALLUVIONI PIOVERA, DISTRETTO NOVI LIGURE - TORTONA, CON APERTURA NEL COMUNE DI ALLUVIONI PIOVERA

S.C. DISTRETTO NOVI LIGURE TORTONA

IL DIRETTORE – **Barresi Orazio Francesco**

Il Responsabile Procedimento

Ferrari Cristina

Favorevole

Il Dirigente Proponente

Barresi Orazio Francesco

Favorevole

Visto il D.Lgs. 30/12/92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
vista la D.C.R. n. 136-39452 del 22/10/2007 di individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali;
visto il D.P.G.R. n. 85 del 17/12/2007 di costituzione dell'Azienda Sanitaria Locale AL;
richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 678 dell'11/10/2017 ad oggetto: "Individuazione degli atti di indirizzo e di governo e degli atti di gestione. Ripartizione delle competenze tra la Direzione Generale e le Strutture dell'A.S.L. AL";
visto il Regolamento per l'adozione delle determinazioni dirigenziali approvato con Deliberazione Commissario n. 229 del 25/03/2011;

Vista la norma transitoria n. 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale recepito dalla Conferenza Stato – Regioni in data 04/04/2024 (ACN MMG), che richiama l'applicazione della norma transitoria n. 4 dell'ACN MMG 28/04/2022 (ACN 2022), che stabilisce che fino all'istituzione delle AFT, per l'assegnazione di incarichi provvisori del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta si applicano le procedure di cui all'art. 38 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. (ACN 2005);

Preso atto che la dott.ssa Cristina Bottazzi, medico di assistenza primaria a ciclo di scelta nell'ambito di Alluvioni Piovera, Distretto Novi Ligure – Tortona, con ambulatorio nel Comune di Alluvioni Piovera e n. 1.430 pazienti ca., con nota prot. n. 110079/24 del 16/10/2024 ha dichiarato di recedere dal rapporto convenzionale;

Visto l'art. 24 comma 1 lett. a) del vigente ACN MMG, che prevede che il medico possa recedere dal rapporto convenzionale con almeno 30 giorni di preavviso in caso di trasferimento e con almeno 60 giorni di preavviso negli altri casi;

Considerato che il recesso della dott.ssa Bottazzi rientra nella seconda fattispecie sopra enunciata e che pertanto il rispetto del limite di preavviso comporta che l'ultimo giorno lavorativo della dott.ssa Bottazzi quale medico convenzionato sia il giorno 15/12/2024;

Verificato pertanto che, a far data dal 16/12/2024, nell'ambito succitato non sono presenti altri medici convenzionati con disponibilità di scelte sufficienti a garantire la continuità dell'assistenza;

Dato atto che l'art. 38 dell'ACN 2005 stabilisce che qualora in un ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte disponibili, l'Azienda, sentito il Comitato Aziendale, possa conferire ad un medico residente nell'ambito territoriale carente, scelto nel rispetto della graduatoria regionale di settore o, se esistente, alla graduatoria aziendale di disponibilità, un incarico temporaneo;

Considerato che per il suddetto ambito è tuttora in corso la procedura di assegnazione di n. 6 titolarità residue (fase Sisac 2024) e che, tra i n. 9 medici convenzionati attualmente rimanenti:

- n. 2 sono a massimale limitato, per autolimitazione pregressa o per titolarità di tipo temporaneo;
- n. 5 hanno completato il massimale;
- n. 2 hanno accettato temporaneamente in servizio oltre il 70esimo anno di età;

Ritenuto pertanto di richiedere la pubblicazione di n. 1 incarico provvisorio nell'ambito di Alluvioni Piovera, con obbligo di apertura nel Comune di Alluvioni Piovera, Distretto Novi Ligure – Tortona, per sopperire alla cessazione della dott.ssa Bottazzi a far data dal 16/12/2024 e, in caso di mancata accettazione di titolarità nell'ambito della procedura per l'assegnazione delle carenze residue attualmente in corso (fase Sisac 2024), di attingere alla graduatoria per l'attivazione di n. 1 ulteriore incarico;

Visto il parere favorevole del Comitato Aziendale MMG, consultato via mail in data 24/10/2024;

Vista la determinazione n. 155 del 07/02/2024 con la quale si è provveduto a approvare la graduatoria aziendale di disponibilità per incarichi provvisori e di sostituzione nel settore dell'assistenza primaria, ai sensi dell'art. 15 comma 6 dell'ACN 2005 e s.m.i.;

Dato atto, pertanto, che con nota prot. n. 114167/24 del 25/10/2024 si è provveduto a verificare la disponibilità al convenzionamento provvisorio mediante invio di proposta ai medici iscritti alla predetta graduatoria aziendale, senza riscontrare alcuna accettazione;

Ritenuto pertanto necessario procedere alla pubblicazione di apposito avviso per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio nell'ambito di Alluvioni Piovera, con obbligo di apertura nel Comune di Alluvioni Piovera, Distretto Novi Ligure – Tortona, per sopperire alla cessazione della dott.ssa Bottazzi a far data dal 16/12/2024, mediante il bando allegato alla presente determinazione quale parte integrante della medesima;

Ritenuto inoltre, in caso di mancata accettazione di titolarità nell'ambito della procedura per l'assegnazione delle carenze residue attualmente in corso (fase Sisac 2024), di attingere alla graduatoria per l'attivazione di n. 1 ulteriore incarico;

Considerato di riservarsi la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il suddetto avviso o parte di esso o riattivare i termini di apertura, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse l'opportunità o la necessità, dandone notizia sul sito aziendale;

Preso atto che gli incarichi provvisori conferiti a seguito della presente procedura avranno durata massima di dodici mesi, o inferiore in caso di sopraggiunta definitiva assegnazione della relativa zona carente;

Ritenuto infine di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art.28 c. 2 LR 10/95, al fine di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria per la popolazione residente;

DETERMINA

1. di indire avviso per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio nell'ambito di Alluvioni Piovera, con obbligo di apertura nel Comune di Alluvioni Piovera, Distretto Novi Ligure – Tortona, per sopperire alla cessazione della dott.ssa Cristina Bottazzi a far data dal 16/12/2024, mediante il bando allegato alla presente determinazione quale parte integrante della medesima;
2. di attingere alla graduatoria per l'attivazione di n. 1 ulteriore incarico, in caso di mancata accettazione di titolarità nell'ambito della procedura per l'assegnazione delle carenze residue attualmente in corso (fase Sisac 2024);
3. di riservarsi la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il suddetto avviso o parte di esso o riattivare i termini di apertura, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse l'opportunità o la necessità, dandone notizia sul sito aziendale;
4. di pubblicare il suddetto avviso all'Albo informatico dell'ASL e sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte;
5. di dare atto che gli incarichi provvisori conferiti a seguito della presente procedura avranno durata massima di dodici mesi, o inferiore in caso di sopraggiunta definitiva assegnazione della relativa zona carente;
6. di dare atto che il provvedimento non comporta ex se alcun onere di spesa;
7. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art.28 c.2 L.R.10/95, al fine di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria per la popolazione residente

Atto sottoscritto digitalmente ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.

Azienda Sanitaria Locale AL

Avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta per l'ambito territoriale di Alluvioni Piovera, Distretto Novi Ligure - Tortona, con obbligo di apertura nel Comune di Alluvioni Piovera, dal 16/12/2024

Ai sensi della norma transitoria n. 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale recepito dalla Conferenza Stato – Regioni in data 04/04/2024, è indetto avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta, per l'ambito di Alluvioni Piovera, Distretto Novi Ligure - Tortona, con obbligo di apertura nel Comune di Alluvioni Piovera, dal 16/12/2024.

L'incarico ha durata massima di un anno e può cessare anticipatamente in caso di recesso da parte del medico o di decadenza a seguito dell'assegnazione definitiva della zona carente.

L'ambulatorio è messo a disposizione del medico, a titolo gratuito.

L'incarico sarà conferito secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici inseriti nella graduatoria regionale per l'assistenza primaria 2024 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, dal 3° anno al 1°, esclusivamente nella Regione Piemonte;

In caso di mancanza di candidati di cui ai punti precedenti, saranno prese in considerazione le domande presentate da medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

Gli interessati dovranno presentare domanda al seguente indirizzo PEC: aslal@pec.aslal.it utilizzando il fac simile allegato (compilato in modo chiaro e leggibile in tutte le sue parti) e allegando copia di un documento d'identità in corso di validità.

Le domande dovranno **PERVENIRE entro le ore 12 del 10° giorno successivo alla pubblicazione sul BURP**, risultante dalla ricevuta di avvenuta consegna del messaggio alla casella PEC dell'Azienda.

L'ASL si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il presente bando o parte di esso o riattivare i termini di apertura, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse l'opportunità o la necessità, dandone notizia sul sito aziendale.

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Convenzioni MMG-PLS – Alessandria, tel. 0131 307459 – 307422, mail convenzionemedici@aslal.it

Il Direttore S.C. Distretto Novi Ligure - Tortona
Dott. Orazio Francesco BARRESI

OGGETTO: Avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta per l'ambito territoriale di Alluvioni Piovera, Distretto Novi Ligure - Tortona, con obbligo di apertura nel Comune di Alluvioni Piovera, dal 16/12/2024

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____

Laureato il _____ università _____ punteggio _____

Iscritto all'Albo Professionale di _____ al n. _____

presenta istanza di partecipazione all'avviso pubblico in oggetto e, **consapevole delle sanzioni di cui al DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara (selezionare le voci di interesse e completare):**

- Di essere iscritto/a nella graduatoria regionale per l'assistenza primaria, valida per l'anno 2024 nel numero di posizione _____ con punteggio _____;
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma di aver acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale e precisamente in data _____
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma regolarmente iscritto al triennio di formazione in medicina generale Regione Piemonte, al 1° 2° 3° anno di corso
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, né iscritto al triennio di formazione in medicina generale, ma di essere regolarmente iscritto all'Albo Professionale e laureato successivamente al 31/12/1994 (specificare) _____
- Di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste all'art. 21 del vigente ACN MMG

Richiede inoltre di inviare le comunicazioni relative alla presente procedura al seguente recapito:

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Email _____

PEC _____

Data _____ firma _____

ALLEGARE:

- 1. SCANSIONE DOCUMENTO IDENTITA'**
- 2. Modello "AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA", debitamente compilato e sottoscritto**

Informativa ai sensi dell'art. 13 del RGPD 2016/697 e del D.lgs e s.m.i.: i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA (EX ALLEGATO L)

(1) cancellare la parte che non interessa.

(2) completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

(3) la firma deve essere corredata da fotocopia di valido documento di identità.

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____

residente in _____ Via/piazza _____

iscritto all'Albo dei medici della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n.

445, dichiara formalmente di:

1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2) o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, fatto salvo quanto previsto nelle norme finali n. 1, 11 e 12: Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

tipo di rapporto di lavoro _____ periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico (a tempo indeterminato – temporaneo – provvisorio) come medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex assistenza primaria – medicina di base) ai sensi del relativo ACN con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____

Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo ACN con massimale di n. _____ scelte periodo dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2): Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore set. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti ambulatoriali accreditati con il S.S.N. (2): Provincia _____ branca _____ periodo dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni: Azienda _____ Via _____ tipo di attività _____ periodo: dal _____

7) essere - non essere (1) titolare di incarico nel ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale - guardia medica), nell'emergenza sanitaria territoriale o nella medicina penitenziaria a tempo indeterminato - a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione (2): Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a:

- corso di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91: Regione in cui viene svolto il corso: _____ Inizio: dal _____

- corso di specializzazione di cui al D.L.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo 368/99: Denominazione del corso: _____ Soggetto pubblico che lo svolge _____ Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lvo. 502/92 e successive modificazioni (2): Organismo _____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____ tipo di attività _____ tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal: _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 L. 833/78 (2): Organismo _____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____ tipo di attività _____ tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal: _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico competente ai sensi del D.L.vo 9 aprile 2008 n. 81: Azienda _____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____ periodo dal: _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale in cui può acquisire scelte e/o attività oraria: (2) Azienda _____ Comune di _____ periodo dal: _____ ore sett. _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2) _____ periodo dal: _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare (1) attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale: _____

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale: periodo dal: _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna) _____ periodo dal: _____ ore sett. _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2): Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____ tipo di attività: _____ periodo dal: _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7): Soggetto pubblico _____ Via _____ Comune _____ tipo di attività _____ tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal : _____ ore sett. _____

19) avere/non avere riportato condanne penali (se si specificare quali): _____

20) di avere/non avere procedimenti penali in corso (se si specificare quali): _____

21) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2) _____ periodo: dal _____

22) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15 (2):
soggetto erogante il trattamento pensionistico _____
pensionato dal _____

23) esercitare/non esercitare (1) attività libero professionale strutturata dal _____ presso _____
nei seguenti giorni e orari _____
per l'espletamento delle seguenti prestazioni _____

NOTE: _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede data _____ firma _____ (3)