



AVVISO

PER LA VERIFICA DELLA DISPONIBILITA' DEI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER L'AFFIDAMENTO DELLA RESPONSABILITA' CLINICO - TERAPEUTICA DELLA R.S.A. DI PETRITOLI.

SI RENDE NOTO

Che questa Area Vasta n. 4, intende procedere, a seguito del pensionamento della Dr.ssa Carosi Natalia preso atto con Determina n. 33/AV4 del 18/01/2021, all'affidamento di un incarico dal 03/03/2021 al 31/12/2021 di Responsabilità Clinico - Terapeutica della R.S.A. di Petritoli.

Tale incarico si affianca a quello già in essere ed affidato con Determina 840/AV4 del 17/11/2020 fino al 31/12/2021 a cui intende riallinearsi temporalmente.

Il presente avviso è emesso ai sensi dei commi 6 e 21 dell'art.15 A.I.R. vigente come da Accordo sottoscritto in seno al Comitato della Medicina Generale in data 10.06.2014, verbale del Comitato Aziendale Area Vasta 4 Fermo dei Medici di Medicina generale del 24/05/2018 e verbale del Comitato Aziendale Area Vasta 4 Fermo dei Medici di Medicina Generale del 04/07/2019.

L'organizzazione delle attività nelle strutture R.S.A. di questa Area Vasta n.4 è prevista come di seguito indicato:

- Obiettivi: monitoraggio clinico – assistenziale di una tipologia di pazienti legata ad una grave non autosufficienza e ad una scarsa residualità delle autonomie;
 - Ruoli e responsabilità degli operatori: nelle citate strutture, la responsabilità clinico-terapeutica è affidata esclusivamente al Medico di Medicina Generale, individuato con le procedure di cui all'art. 15 comma 6 AIR, mentre la responsabilità organizzativa è affidata al Dirigente Medico del Distretto;
 - Modalità di accesso del Medico di Medicina Generale:
 - ✓ **RSA Petritoli** 1:30 ore/die dal lunedì al venerdì da assegnare ad un medico per un totale di 7:30 ore settimanali;
- quanto precede tenuto conto della tipologia degli ospiti, del turn-over dell'intensività del trattamento;
- Disponibilità di lavoro associato dei Medici da reperire eventualmente a domanda sulla base dell'avviso;
 - Modalità di pagamento per ogni ora di accesso giornaliera nei giorni feriali è corrisposto un compenso orario di € 40,00 (quaranta/00) al lordo delle trattenute previdenziali e fiscali di legge, compresa la reperibilità, intesa come disponibilità telefonica a costo zero e comprensiva di ogni prestazione ivi erogata;
 - Rapporti con UVD e criteri di ammissione alla struttura: le ammissioni nelle tre strutture verranno determinate attraverso l'operato della UVD e delle risultanze;
 - Modalità di accesso dei pazienti: come al punto precedente;

- Eventuali protocolli per dimissioni protette: come da protocollo aziendale vigente;
- Criteri di appropriatezza dei ricoveri dei pazienti e lista delle patologie assistibili: come da protocollo aziendale vigente;
- Modalità di integrazione con le strutture specialistiche e l'ospedale: come da protocollo aziendale vigente;
- Modalità di integrazione con i servizi di emergenza e continuità assistenziale: come da protocollo aziendale vigente;
- Modulistica prevista: quella attualmente disponibile ed utilizzata;
- Valutazione delle risorse necessarie: affidata alla Direzione del Distretto.

Fermo restando la facoltà per ogni assistito della libera scelta del Medico Curante, prevista dall'art. 15 comma 17 dell'AIR, si stabilisce che, superati 180 giorni consecutivi di degenza, si proceda d'ufficio la cancellazione dagli elenchi del Medico Curante dell'Ospite, con contestuale iscrizione dello stesso negli elenchi di uno dei due Medici operanti in struttura, tenuto conto della continuità della fruizione.

Si precisa, relativamente alla dizione *“con preferenza per quelli del comune ove insiste la struttura”* è da intendersi, per il Medico di Assistenza Primaria: prioritariamente per il Medico che nel Comune stesso ha l'ambulatorio principale, ed in via secondaria, per il Medico che ha altro ambulatorio attivo nel Comune; per il Medico di Continuità Assistenziale: *il Medico titolare di Continuità Assistenziale con assegnazione nel punto di continuità assistenziale del Comune ove insiste la struttura.*

In caso di più domande, ha prevalenza il Medico con il minor numero di assistiti.

Relativamente al Medico di Continuità Assistenziale, si precisa che dovrà essere posto in confronto con il Medico di Medicina Generale (Assistenza Primaria) moltiplicando il numero di ore di cui è incaricato per 37,5.

In caso di eventuale parità, prevale il Medico con minore età.

Verrà stilata apposita graduatoria con utilizzo dei criteri appena sopra indicati.

In caso di assenza del Medico, il Sostituto sarà individuato dal Medico stesso con scorrimento della graduatoria di cui sopra, in base alla disponibilità ricevuta con comunicazione formale al Direttore del Distretto o suo delegato.

Per tutto quanto non previsto dal presente accordo, si applica l'art. 15 dell'AIR vigente .

Pertanto i Medici di Assistenza Primaria ed i Medici titolari di incarichi di Continuità Assistenziale che intendono partecipare al presente Avviso dovranno far pervenire dichiarazione di disponibilità utilizzando l'allegato scheda di domanda.

In caso di indisponibilità o di un numero insufficiente di domande da parte dei Medici di Assistenza Primaria e Titolari di Continuità Assistenziale, saranno valutate anche le domande dei Medici individuati con le procedure di cui alla Regolamentazione dell'Assistenza Territoriale Programmata ex art. 37 dell'AIR vigente.

In questo ultimo caso, fatta salva, ogni situazione di incompatibilità o limitazione, potranno partecipare, utilizzando il modello Allegato, i seguenti sanitari, secondo l'ordine delle seguenti priorità:

- a) Medici convenzionati esclusivamente per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiore a 400, con precedenza per quello con minor numero di scelte;
- b) Medici convenzionati esclusivamente per la continuità assistenziale per 24 ore di incarico settimanale a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 65 dell'ACN secondo l'anzianità di incarico;
- c) Medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con minore numero di ore di incarico;
- d) Medici inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 2 del presente Accordo.

In caso di assenza di medici di cui ai punti precedenti, possono essere utilizzati i medici non iscritti nella graduatoria degli aspiranti al convenzionamento della Regione Marche graduati ai sensi del comma 7 art. 15 ACN nell'ordine della minore età al conseguimento del Diploma di Laurea, del voto di Laurea e della anzianità di Laurea.

Non è utilizzabile il medico che esercita altre attività presso soggetti pubblici o privati con accreditamento e contratto con SSR.

L'attività non può superare il tetto orario settimanale in cumulo con eventuali altri incarichi ed attività (ex art. 37 comma 4).

I sanitari interessati dovranno far pervenire domanda utilizzando esclusivamente l'allegato schema di domanda **entro e non oltre il 15° giorno** dalla data di pubblicazione del presente Avviso all'Albo Pretorio ASUR sezione di questa Area Vasta 4 di Fermo, rinvenibile al sito www.asur.marche.it, e nella sezione Amministrazione trasparente Area medicina convenzionata, pena l'esclusione dalla graduatoria, con una delle seguenti modalità:

- a) **servizio postale** - Nella busta dovrà essere fatta la seguente menzione: "avviso RSA Petritoli". Non farà fede il timbro postale di spedizione, ma saranno inserite in graduatoria le domande che perverranno all'Ufficio protocollo Area Vasta 4 entro la data di scadenza dell'avviso stesso.
- b) **posta elettronica certificata** - (indirizzo P.E.C. areavasta4.asur@emarche.it). Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la seguente dicitura "avviso RSA Petritoli". 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.
- c) **Consegna a mano all'Ufficio Protocollo** (sito in Via Zeppilli 18, aperto dalle ore 9,00. alle ore 13.00 dal lunedì al venerdì). Si precisa che gli operatori dell'Amministrazione non sono abilitati al controllo circa la regolarità della domanda e dei relativi allegati.

dichiarando le proprie generalità, recapito telefonico, indirizzo mail, la disponibilità all'incarico, lo svolgimento o non di altre attività presso soggetti pubblici o privati, con accreditamento e contratto con SSR, iscrizione all'Ordine dei medici, voto e data di laurea, di trovarsi o non in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'A.C.N. siglato il 23.03.2005 e ss.mm.ii., punteggio in Graduatoria Regionale e autodichiarare la titolarità del tipo di incarico, di cui alle sopraindicate priorità, numero scelte e ore d'incarico e la sua anzianità alla data di scadenza (emissione) del presente bando.

Dal 1 Gennaio 2012, secondo quanto disposto dalla Legge 12 novembre 2011 n. 183 l'Area Vasta 4 di Fermo non può accettare certificati rilasciati da Pubbliche Amministrazioni, che restano utilizzabili solo nei

rapporti tra i privati; detti certificati devono essere sostituiti dalle autocertificazioni, di cui agli artt 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, o dall'acquisizione d'ufficio delle informazioni necessarie, previa accurata indicazione da parte dell'interessato degli elementi indispensabili per il reperimento delle stesse.

Con la presentazione della domanda di partecipazione alla procedura, nelle forme di cui al D.P.R. 445/2000, il candidato assume la responsabilità della veridicità di tutte le informazioni fornite, nella domanda e negli eventuali documenti allegati, nonché della conformità all'originale delle copie degli eventuali documenti prodotti.

L'Amministrazione procede a verifiche a campione e qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera; tale dichiarazione inoltre, quale "dichiarazione mendace", è punita ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e nei casi più gravi il giudice può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici.

I candidati dovranno inviare, insieme alla domanda, anche la fotocopia di un valido documento di riconoscimento ed eventualmente copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

LA MANCATA PRODUZIONE DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' O LA PRODUZIONE DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' NON IN CORSO DI VALIDITA' E' CAUSA DI ESCLUSIONE DEI CANDIDATI PARTECIPANTI AL PRESENTE AVVISO.

Non si prenderanno in considerazione domande non pervenute entro il termine sopra indicato e non presentate secondo le modalità previste nel presente Avviso.

Per ulteriori informazioni telefonare al n. 0734/6252004 Dott. Francesco Paletti

L'Ente si riserva la facoltà di sospendere, revocare o modificare, in tutto o in parte , il presente avviso.

(allegato modello domanda)

Fermo

10 FEB. 2021



Il Direttore Area Vasta 4
Dr. Licio Livini

Allegato

All'Area Vasta 4 Fermo
Via Zeppilli, 18
63900 Fermo
PEC: areavasta4.asur@emarche.it

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____
Il _____ residente a _____ via _____
Codice fiscale _____ telefono _____ PEC _____
mail _____

dichiara

la propria disponibilità ad assumere l'incarico di cui all'avviso "per la verifica della disponibilità dei Medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale per l'affidamento della Responsabilità clinico – terapeutica della R.S.A. di Petritoli" del _____

Pertanto consapevole delle sanzioni penali, anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", sotto la propria personale responsabilità:

dichiara

di appartenere alla categoria di cui alla lettera:

- A)** Medico di Assistenza Primaria con ambulatorio principale sito in _____
Via _____ con il seguente n. di assistiti _____
- B)** Medico Titolare di Continuità Assistenziale con sede in _____

Oppure

consapevole delle sanzioni penali, 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 alla lettera:

- a)** medici convenzionati esclusivamente per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiore a 400, e di avere un numero di scelte pari a _____
- b)** medici convenzionati esclusivamente per la continuità assistenziale per 24 ore di incarico settimanale a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 65 dell'ACN con anzianità di incarico di _____
- c)** medici della medicina dei servizi con incarico di _____ ore settimanali

- d) medici inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 2 dell'AIR al numero _____ con punteggio _____
- e) medici non iscritti nella graduatoria degli aspiranti al convenzionamento nella Regione Marche;

(barrare con una crocetta la voce che interessa)

Nel caso di cui alla lettera e) **dichiara inoltre**

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli studi di _____ il ____ / ____ / ____ con voto ____ / ____
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ____ / ____ / ____ presso l'Università di _____
- di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi-Odontoiatri di _____ il ____ / ____ / ____ al n° _____ codice ENPAM _____

di esercitare/non esercitare attività presso soggetti pubblici o privati con accreditamento e contratto con SSR. _____

di trovarsi/non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dagli ACN vigenti

Note

data _____

firma _____