

ALLEGATO AL DECRETO NR.

del

AVVISO PUBBLICO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA CREAZIONE DI UN ELENCO DI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA, CONVENZIONATI CON ASST DI MANTOVA, AI QUALI AFFIDARE, IN VIA SPERIMENTALE, LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PRESSO LE CASE DELLA COMUNITA' DELL' ASST DI MANTOVA

In esecuzione del Decreto n. ____ del _____ è indetto avviso pubblico volto a raccogliere le manifestazioni di interesse dei Medici di Assistenza Primaria convenzionati con ASST DI MANTOVA, per lo svolgimento, in via sperimentale, di attività di assistenza primaria presso le Case della Comunità (CdC) dell'Azienda.

Con il DM n. 77/2022 sono stati stabiliti gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale, al fine di perseguire una nuova strategia sanitaria volta a potenziare i servizi assistenziali territoriali a garanzia dei LEA.

In particolare, la Casa della Comunità (CdC) è stata identificata quale luogo fisico di prossimità a cui i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria e dove è prevista l'assistenza medica H24 7 giorni su 7, garantita anche attraverso la presenza dei Medici di Assistenza Primaria della AFT afferente.

L'avviso è volto a raccogliere le manifestazioni di interesse per lo svolgimento di attività di assistenza primaria nella **fascia oraria diurna ferialle dalle ore 08:00 alle ore 20:00 dal lunedì al venerdì, esclusi festivi e prefestivi**, all'interno delle CdC dell'ASST DI MANTOVA, al fine di costituire un apposito elenco aperto di Medici di Assistenza Primaria da cui attingere per l'affidamento di attività oraria ai sensi degli articoli: 31 comma 4, 44 e 38 comma 1 del vigente ACN MMG.

Tipologia di attività

L'attività richiesta ai MAP nelle ore diurne nella CdC è ricondotta a prestazioni differibili e non direttamente correlate al rapporto fiduciario, ma che permettano comunque di rispondere al bisogno di salute dei cittadini del territorio, garantendo agli stessi la continuità assistenziale. Pertanto, gli ambulatori diurni in CdC possono, secondo necessità e progettualità:

- assolvere alle funzioni degli Ambulatori Medici Temporanei (AMT) al fine di garantire l'assistenza sanitaria primaria agli assistiti che non trovano temporanea capienza nelle liste dei MAP a ciclo di scelta;
- fornire supporto alle attività del PUA (punto unico di accesso) della CdC;
- effettuare attività legate alle campagne vaccinali;
- altre attività individuate da progettualità definite negli Accordi Attuativi Aziendali e coerenti con gli Accordi regionali.

L'attività è organizzata su base oraria ed è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale, presso le seguenti CdC:

CASA DI COMUNITA' ASOLA

CASA DI COMUNITA' GOITO

CASA DI COMUNITA' VIADANA

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 – 46100 Mantova | www.asst-mantova.it

Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

CASA DI COMUNITA' BOZZOLO
CASA DI COMUNITA' QUISTELLO
CASA DI COMUNITA' SUZZARA
CASA DI COMUNITA' MANTOVA
CASA DI COMUNITA' CASTIGLIONE DELLE STIVIERE
CASA DI COMUNITA' SERMIDE

La programmazione delle attività e la relativa turnistica dei medici sarà organizzata su base mensile a livello distrettuale.

L'attingimento dei medici, inseriti nell'elenco di cui al presente avviso, avverrà secondo le necessità aziendali, senza determinare in capo ai singoli nessun diritto all'assegnazione di un monte orario mensile per lo svolgimento dell'attività di cui sopra.

Destinatari dell'Avviso

L'Avviso è rivolto ai Medici già convenzionati con ASST DI MANTOVA e precisamente:

- Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta con incarico a tempo indeterminato, determinato o temporaneo (corsisti), disponibili per lo svolgimento di attività eccedente la cura degli assistiti in carico;
- Medici di Assistenza Primaria ad attività oraria a tempo determinato, disponibili ad effettuare attività oraria aggiuntiva diurna;
- Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività a ciclo di scelta e su base oraria con incarico a tempo indeterminato o temporaneo (medici corsisti), disponibili per lo svolgimento di attività eccedente: l'attività a ciclo di scelta e l'attività oraria contrattualmente dovuta.

Requisiti per la presentazione della candidatura

Possedere un contratto di convenzione in essere con Asst di Mantova ai sensi dell'ACN MMG vigente.

Compenso

Le modalità di compenso sono definite dall'art. 47, comma 2, lettera B, punto IV) e comma 3, lettere A, B, C e D dell'ACN Medicina Generale vigente.

Per il Medico di Assistenza Primaria a Ruolo Unico il compenso di cui sopra è previsto per le ore eccedenti il debito orario, come previsto dall'art. 38 ACN MMG vigente.

Presentazione della domanda

La manifestazione di interesse dovrà essere espressa mediante l'invio della domanda compilata, utilizzando il modulo in allegato, unitamente a copia del documento d'identità in corso di validità, tramite PEC al seguente indirizzo: dipartimento.cureprimarie@pec.asst-mantova.it.



Trattamento dati personali- privacy

Tutti i dati personali di cui l'Azienda sia venuta in possesso in occasione dell'espletamento del procedimento di cui trattasi verranno trattati nel rispetto del Regolamento Europeo in materia di privacy; la presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento della procedura.

Informazioni

Per eventuali chiarimenti ed informazioni, gli interessati potranno rivolgersi alla S.C. Cure Primarie ai seguenti recapiti:

- cureprimarie@asst-mantova.it
- 0376 464846/47

Il Direttore Generale
Dott.ssa Anna Gerola

Allegato: modulo presentazione domanda



Al Direttore Generale

ASST DI MANTOVA

Trasmissione tramite PEC:

dipartimento.cureprimarie@pec.asst-mantova.it

Modulo di partecipazione alla manifestazione di interesse volontaria per lo svolgimento di attività oraria presso le Case di Comunità dell'ASST di MANTOVA in qualità di Medico di Assistenza Primaria

Il/la sottoscritto/a _____

cod.reg. _____

affidente alla AFT _____

MANIFESTA

la propria disponibilità a svolgere attività di assistenza primaria presso le Case di Comunità dell'ASST di MANTOVA, secondo le modalità indicate nell'Avviso indetto con decreto n. _____ del _____; a tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28.12.2000 n. 445, art. 76 e s. m. i.),

DICHIARA

- di essere iscritto nell'elenco dei Medici di Assistenza Primaria (MAP-MRUAP) di ASST MANTOVA con la seguente tipologia di incarico:

- ☐ Medici di Assistenza Primaria a ciclo di scelta con incarico a tempo indeterminato, determinato o temporaneo (corsisti);
- ☐ Medici di Assistenza Primaria ad attività oraria a tempo determinato;
- ☐ Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività a ciclo di scelta e su base oraria con incarico a tempo indeterminato o temporaneo (medici corsisti).

- di aver preso visione del relativo avviso pubblico e di sottostare a tutte le condizioni in esso stabilite ed alle norme di legge e dei regolamenti interni ed eventuali successive modifiche degli stessi;

- di essere disponibile a svolgere l'attività presso le Case della Comunità con un impegno di n° _____ ore a settimana;

- di indicare la preferenza per le seguenti sedi di CdC ove svolgere l'attività in oggetto (la disponibilità può essere espressa per più di una CdC):

- ☐ Casa della Comunità di ASOLA
- ☐ Casa della Comunità di GOITO
- ☐ Casa della Comunità di VIADANA
- ☐ Casa della Comunità di BOZZOLO
- ☐ Casa della Comunità di QUISTELLO
- ☐ Casa della Comunità di SUZZARA
- ☐ Casa della Comunità di MANTOVA
- ☐ Casa della Comunità di CASTIGLIONE DELLE STIVIERE
- ☐ Casa della Comunità di SERMIDE

Chiede inoltre che ogni comunicazione relativa alla presente procedura venga fatta al seguente indirizzo mail o PEC: _____

Si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali successive variazioni a quanto sopra dichiarato.

Allega Copia documento di identità

Luogo e Data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore.

Il sottoscritto inoltre, dichiara di essere a conoscenza che l'ASST di MANTOVA ai fini del presente procedimento, potrà richiedere ulteriore documentazione e che potrà procedere, ai sensi e agli effetti dell'art. 71 del DPR n. 445/2000, ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che l'eventuale riscontro della non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio ottenuto, ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000, e la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle norme vigenti.

Luogo e Data _____

Firma _____

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/U.

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo <http://www.asst-mantova.it/>.

DPO	P. IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo DPO
Liguria Digitale S.p.a.	02994540108	Parco Scientifico e Tecnologico di Genova – Via Melen, 77	16152	Genova	NICOLA FARAVELLI