

REGIONE PIEMONTE BU24 15/06/2023

Azienda sanitaria locale Citta' di Torino

**Medicina Generale – Avviso pubblico per il conferimento di incarichi di Medici convenzionati del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria, da espletarsi presso le RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) dell'ASL Città di Torino.**

Documento allegato

REGIONE PIEMONTE

AZIENDA SANITARIA LOCALE "CITTA' DI TORINO"

**AVVISO PUBBLICO  
PER LA FORMAZIONE DI GRADUATORIE AZIENDALI DI DISPONIBILITA' ALLA COPERTURA DI INCARICHI DI MEDICI DI  
MEDICINA GENERALE A CICLO DI SCELTA E AD ATTIVITA' ORARIA PRESSO LE RSA UBICATE SUL TERRITORIO  
DELL'ASL CITTA' DI TORINO**

E' indetto avviso pubblico, ai sensi dell'AIR sull'Assistenza di medicina generale agli ospiti in RSA, di cui alla DGR n. 37-6241 del 16/12/2022, per la formazione di graduatorie di disponibilità alla copertura di incarichi di Medicina Generale a ciclo di scelta e ad attività oraria presso le RSA ubicate sul territorio dell'ASL Città di Torino, di cui al sottostante elenco:

DISTRETTO	STRUTTURA RSA	SEDE
Nord - Est	Botticelli	Via Botticelli 130
	Cottolengo Frassati	Via San Giovanni Cottolengo 14
	Cottolengo Santi Innocenti	Via San Pietro in Vincoli 9
	Cottolengo Annunziata	Via San Giovanni Cottolengo 14
	Il Porto	Via Torre Pellice 25
	Il Trifoglio	Via Andorno 17
	Piccola Mole	Lungo Po Antonelli 59
	San Gaetano	Lungo Dora Napoli 76
	Mario Soldati	Str. di Settimo 166/11
	San Giuseppe - Farini	Corso Carlo Luigi Farini 26
Villa Anna Maria	Via Parma 70	
Nord - Ovest	Casa Serena	Corso Lombardia 115
	Itaca	Strada Antica di Collegno 168/8
	Le Terrazze	Corso Toscana 204
	Residenza Richelmy	Via San Donato 97
	San Giuseppe - Faa di Bruno	Via San Donato 37
	Senior Residence	Via Servais 80
	Servais	Via Servais 125
	Villa Primule	Via Delle Primule 7
Sud - Est	Carlo Alberto	Corso Casale 56
	Chiabrera 34	Via Chiabrera 34
	Comunità Ebraica Salomon ed Augusto Segre	Via Bernardino Galliani 13
	Convitto Principessa Felicita di Savoia	Via Principessa Felicita di Savoia 8/11
	La Pineta	Strada Val Salice 152
	La Trinitè	Via Vespucci 33
	Madama Cristina	Via Madama Cristina 125
	Massimo D'Azeglio	Via Marocchetti 11
	Millenium	Corso Moncalieri 207
	Opera Pia Lotteri	Via Villa Della Regina 21
	Residenza Crocetta	Via Cassini 14
	Residenza Il Valentino	Via Saluzzo 50
	Residenza Principe Oddone	Corso Principe Oddone 24
San Vincenzo	Strada San Vincenzo 49	
Sud - Ovest	Alchemica	Via San Marino 10
	Anni Azzurri	Via Delleani 19
	Buon Riposo	Via San Marino 30
	Gradisca	Via Gradisca 10
	Residenza Cardinal Ballestrero	Via Plava 75
	Residenza Valletta	Via Farinelli 25
	San Giacomo	Via G. Dina 19
	Santa Maria Mazzarello	Via Santa Maria Mazzarello 114/C
	Santa Rita	Via Ada Negri 3
	Residenza Lingottino	Struttura Issiglio in Via Issiglio 75
		Struttura Lancia in Via Lancia 40
	Spalato	Via Spalato 14

La finalità del presente avviso è garantire, attraverso la presenza programmata di Medici di Medicina Generale presso le suddette sedi, un'adeguata risposta assistenziale ai pazienti ricoverati nelle Strutture.

E' previsto un rapporto ottimale medio di 1 medico ogni 30 ospiti che può acquisire scelte in una o più Strutture fino al raggiungimento del massimale di 60 ospiti.

Se un MMG convenzionato con la RSA ha raggiunto l'ottimale (30 pazienti), in caso di esigenze espresse dal Distretto e in assenza di altri MMG convenzionati capienti è obbligato ad arrivare al massimale in deroga (60 pazienti).

L'attività è organizzata per l'assistenza secondo quanto previsto dall'AIR di cui alla D.G.R. n. 37-6241 del 16/12/2022 e i medici sono tenuti ad effettuare tutte le prestazioni previste dal citato AIR a cui si rimanda.

In particolare, i medici dovranno assicurare in forma programmata a favore degli assistiti attribuitigli un numero di accessi settimanali congrui, garantendo la propria presenza da quotidiana a settimanale, in proporzione al numero degli assistiti e in accordo con la Direzione Sanitaria della Struttura.

Il trattamento economico è stabilito dall'art. 6 della D.G.R. n. 37-6241 del 16.12.2022.

Il medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta può svolgere l'attività relativa all'Assistenza Programmata senza riduzione delle scelte e delle ore, ai sensi dell'art. 38, comma 7 dell'ACN del 28/04/2022.

Per il medico di medicina generale le scelte degli assistiti ospiti in Struttura sono da computarsi nel limite del massimale individuale qualora residenti nella medesima ASL. Per i Medici di assistenza primaria titolari di scelte in RSA che all'entrata in vigore del presente Accordo e per effetto dello stesso risultasse il superamento del massimale individuale, le scelte in eccesso saranno considerate in deroga fino al naturale ripristino del massimale stesso.

## REQUISITI RICHIESTI E FORMULAZIONE DELLE GRADUATORIE

Possono presentare domanda per il conferimento di tale incarico, ai sensi del citato AIR, i medici in possesso dei seguenti requisiti:

- Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta convenzionati con l'ASL Città di Torino
- Medici del Ruolo Unico di assistenza Primaria ad attività oraria convenzionati con l'ASL Città di Torino
- Medici in possesso dei requisiti per l'iscrizione alla graduatoria regionale domiciliati nell'ASL Città di Torino o confinante

I medici verranno graduati secondo il seguente ordine di priorità:

- a) Medici convenzionati nell'ambito territoriale su cui insiste la struttura, con priorità per i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta graduati per maggiore anzianità di servizio in convenzione, successivamente Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria, graduati per maggiore anzianità di servizio in convenzione;
- b) Medici convenzionati nell'ambito del Distretto dove insiste la Struttura, ma non nell'ambito territoriale, afferente alla Struttura con priorità per i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta graduati per maggiore anzianità di servizio in convenzione, successivamente Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria, graduati per maggiore anzianità di servizio in convenzione;
- c) Medici convenzionati nell'ambito di altri Distretti della stessa ASL, con priorità dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta graduati per maggiore anzianità di servizio in convenzione, successivamente Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria, graduati per maggiore anzianità di servizio in convenzione.

Nell'impossibilità di garantire l'assistenza a tutti gli ospiti, verrà proposto l'incarico provvisorio a medici in possesso dei requisiti per l'iscrizione alla graduatoria regionale, domiciliati nell'ASL Città di Torino o confinante, con priorità per quelli domiciliati nell'ambito, poi nel Distretto e infine negli altri Distretti, graduati secondo la minore età alla laurea. Tale incarico è rinnovabile in assenza di candidati con i requisiti di cui alle lettere A), B), C).

Gli incarichi verranno assegnati, scorrendo nell'ordine le 3 sezioni, secondo le esigenze che saranno via via rilevate dall'Azienda.

I Medici di Assistenza Primaria e i Medici di Continuità Assistenziale, ora Medici del Ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelte ed a attività oraria, già inseriti attualmente in RSA, continuano a operarvi alle nuove condizioni.

## PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE: TERMINI E MODALITA'

La domanda, redatta utilizzando l'allegato modulo, compilato in modo chiaro e leggibile in ogni sua parte e provvista di marca da bollo secondo le vigenti disposizioni in materia (Euro 16,00) deve pervenire entro e non oltre il 15° giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, unitamente ad un documento d'identità personale in corso di validità e alla dichiarazione sostitutiva di certificazioni ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, al seguente indirizzo di posta certificata (PEC) aziendale, esclusivamente in formato PDF: [personale.convenzionato@pec.aslcitytorino.it](mailto:personale.convenzionato@pec.aslcitytorino.it), con il seguente oggetto: *"Partecipazione all'avviso pubblico per la formazione di graduatorie di medici disponibili al conferimento di incarichi di Medici di Medicina Generale per l'assistenza agli ospiti in RSA insistenti sul territorio aziendale dell'ASL Città di Torino"*.

La validità di tale invio è subordinata all'utilizzo, da parte del candidato, di una casella di posta elettronica certificata personale. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica certificata di altro soggetto o da casella di posta elettronica semplice, anche se verso la PEC aziendale.

Le domande che perverranno oltre il suddetto termine non saranno considerate valide. Qualora detto termine coincida con un giorno festivo si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo. L'ASL declina ogni responsabilità per qualsiasi ritardo, mancato arrivo, disguidi dovuti a problemi informatici.

L'Azienda si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il presente bando o parte di esso, dandone notizia sul sito aziendale.

I dati personali trasmessi dai candidati con le domande di partecipazione all'avviso saranno trattati per le finalità di gestione della procedura nel rispetto della normativa sulla riservatezza.

Per ogni ulteriore informazione, gli interessati potranno rivolgersi al Settore Convenzioni Nazionali Uniche MMG PLS CA – Tel. 011/5662328- 011/5662206, email: [cnu@ascittaditorino.it](mailto:cnu@ascittaditorino.it)

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Carlo PICCO  
FIRMATO IN ORIGINALE



ASL Città di Torino  
S.C. Politiche del Personale,

**Pec:** [personale.convenzionato@pec.aslcittaditorino.it](mailto:personale.convenzionato@pec.aslcittaditorino.it)

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE AZIENDALI DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE  
DISPONIBILI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PER L'ASSISTENZA DEGLI OSPITI IN RSA INSISTENTI SUL  
TERRITORIO DELL'ASL CITTÀ DI TORINO**

(Da compilare in modo leggibile in stampatello)

Il sottoscritto dott. (Cognome) ..... (Nome) .....  
Nato a ..... prov. .... il .....  
Codice fiscale..... **M** **F**  
Residente a ..... prov. ....  
Via/P.zza..... n. .... CAP .....  
Domiciliato a ..... prov. ....  
Via/P.zza..... n. .... CAP .....  
Cellulare .....  
e-mail .....  
PEC (obbligatoria al quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative al pubblico avviso):  
.....

**CHIEDE**

di poter partecipare all'avviso pubblicato sul B.U.R.P. n. .... del ..... per la formazione di apposite  
graduatorie aziendali di Medici di Medicina Generale disponibili al conferimento di incarichi per l'assistenza agli  
ospiti in RSA insistenti sul territorio dell'ASL Città di Torino.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità  
negli atti e della conseguente decadenza dei benefici, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/00

**DICHIARA**

a) di essere iscritto all' Albo dell'Ordine dei Medici di ..... al n. ....

b) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data .....  
con voto di laurea.....

c) di essere / non essere in possesso dell'Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale o Titolo  
Equipollente conseguito in data .....

d) di essere:

- Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta  
 Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale)  
 Medico in possesso dei requisiti per l'iscrizione alla graduatoria regionale domiciliato nell'ASL Città di Torino o  
ASL confinante (.....)

e) di avere l'ambulatorio principale (o unico) nell'ambito del Distretto ..... in  
via ..... n\_.....

di avere l'eventuale ambulatorio secondario nell'ambito del Distretto ..... in

via ..... n. ....

**(per i Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta)**

f) di possedere la seguente anzianità di servizio in convenzione:

Medico convenzionato del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta dal .....

Attività di Medico con incarico temporaneo del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta  
Periodo dal ..... al ..... presso ASL .....

Attività di Medico con incarico provvisorio del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta  
Periodo dal ..... al ..... presso ASL .....

Medico convenzionato del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) dal .....

Attività di Medico con incarico temporaneo del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria  
Periodo dal ..... al ..... presso ASL .....

Attività di Medico con incarico provvisorio del Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria  
Periodo dal ..... al ..... presso ASL .....

g) età alla data di laurea in medicina e chirurgia .....

Il/la sottoscritto, ai sensi del D.Lgs 30.06.2003 n. 196, autorizza, per le finalità di gestione dell'avviso e controlli sulla veridicità delle autocertificazioni fornite, il trattamento dei propri dati.

**Allega alla presente copia documento di identità e autocertificazione informativa**

Data ..... Firma del dichiarante.....

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

ai sensi e agli effetti degli artt. 45 e 46, D.P.R. 445/2000 e consapevole che, ai sensi dell'art. 76, comma 1 del citato decreto, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dallo stesso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara formalmente di:

1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, fatto salvo quanto previsto nella norma finale n. 1 e norme transitorie n. 1 e n. 2 dell'A.C.N. M.M.G. 28/04/2022;

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale 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 Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ sce lte

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 sett. \_\_\_\_\_

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2) Provincia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D. L.vo. n. 502/92:

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), nella Emergenza Sanitaria Territoriale o nella Assistenza Penitenziaria a tempo indeterminato o 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 Decreto L.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto L.vo. n°257/91, e corrispondenti norme di cui al D .L.vo. n. 368/99:

Denominazione del corso \_\_\_\_\_

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

Inizio: dal \_\_\_\_\_

199

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 n. 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'art. 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 di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

12) svolgere/non svolgere funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di Medicina dei servizi territoriali

Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

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 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 scrive: nessuna)

\_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella Medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

20

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 di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_

20) 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 \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e mi impegno a comunicare eventuali variazioni che intervengono rispetto alle dichiarazioni contenute nella presente autocertificazione.

In fede

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Note:  
(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"