



FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: AS_BO66
REGISTRO: Protocollo generale
NUMERO: 0004097
DATA: 10/02/2020
OGGETTO: Richiesta di disponibilità a prestare l'assistenza medico generica agli anziani non autosufficienti ospitati nella Casa Residenza Anziani Cassiano Tozzoli Imola Via Venturini n. 16/E

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Andrea Neri

CLASSIFICAZIONI:

- [15-10-02]

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
PG0004097_2020_Lettera_firmata.pdf:	Neri Andrea	1BCFDF3B23B5E286236DE5C4B5D0185A BD75705AD59CF1791602284585717B71
PG0004097_2020_Allegato1.doc:		6764E377692206F98383E7756671BE820B F01477016368AE67D309798968F65A



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



Medici C.A. titolari
Vario

MMG PROGETTO SOLE
Vario

OGGETTO: Richiesta di disponibilità a prestare l'assistenza medico generica agli anziani non autosufficienti ospitati nella Casa Residenza Anziani Cassiano Tozzoli Imola Via Venturini n. 16/E

Con la determinazione n. 0000080 del 07/02/2020 (pubblicata all'Albo Aziendale on line nel sito istituzionale dell'Ausl di Imola) questa Direzione ha stabilito di avviare le procedure finalizzate alla individuazione del seguente incarico:

- n. 1 incarico di diagnosi e cura nella Casa Residenza Anziani Cassiano Tozzoli di Imola a n. 38 ospiti anziani non autosufficienti per 7,40 ore settimanali con la possibilità di incremento dell'orario per n. 6 ospiti occupanti posti temporanei per complessive n. 8,50 ore settimanali;

Si precisa che, stante la necessità di copertura dell'assistenza, l'incarico presso la Casa Residenza Anziani di Cassiano Tozzoli di Imola dovrà **iniziare il giorno 09/03/2020**.

La remunerazione per l'incarico di assistenza medico generica sopra descritto è la seguente:

- n. 38 posti definitivi: quota forfettaria annuale di € 254,00 per ospite per i medici di assistenza primaria e € 30,00/orari per i medici di continuità assistenziale;
- n. 6 posti temporanei: € 35,00/orari;

Il numero delle ore di assistenza sono definite dal parametro di cui dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 514/2009 che prevede l'obbligo della presenza medica all'interno della struttura da un minimo di 5 ore settimanali ad un massimo di 15 ore settimanali ogni 25 ospiti non autosufficienti, in relazione alle condizioni e alle necessità sanitarie degli ospiti. Tale parametro viene definito annualmente a seguito della classificazione e pertanto può subire delle variazioni.

In caso di mancata assegnazione dell'incarico ad un medico di assistenza primaria, l'incarico potrà essere assegnato ad un medico di continuità assistenziale, titolare a tempo indeterminato secondo quanto previsto nell'Accordo Aziendale per attività aggiuntive nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale valido in regime di prorogatio approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 54 del 24 aprile 2014.



L'articolazione oraria dovrà essere adeguata alla tipologia degli ospiti e all'organizzazione della struttura e definite in accordo tra il Medico incaricato, il Coordinatore della struttura e il Geriatra Territoriale Dott.ssa Anna Lucicesare dell'Ausl di Imola.

Tenuto conto che l'accordo attuativo regionale vigente (delibera di Giunta Regionale n. 1398 del 9.10.2006) prevede di sottoporre a verifica triennale le attività mediche realizzate nelle strutture protette, al fine di valutare il perseguimento degli obiettivi prefissati, l'incarico di che trattasi viene conferito per la durata di tre anni.

Sulla base delle dichiarazioni di disponibilità pervenute dai medici di assistenza primaria, al fine di conferire l'incarico, verrà formulata una graduatoria secondo i criteri indicati nell'accordo attuativo regionale, dando priorità ai medici iscritti nell'ambito territoriale del Comune di Imola e Mordano.

Per quanto riguarda il criterio del numero delle scelte verrà preso in considerazione il numero delle scelte in carico dei medici di assistenza primaria interessati, accertato il giorno successivo alla data di scadenza di presentazione delle domande.

Possono dichiarare la disponibilità all'incarico i medici di assistenza primaria convenzionati con l'Azienda USL di Imola che non abbiano nessun altro impegno professionale che comporti riduzione del massimale.

Nel caso pervengano più dichiarazioni di disponibilità da parte dei medici di continuità assistenziale, i criteri per la formulazione della graduatoria sono indicati nell'Accordo Aziendale sopracitato.

La domanda, da redarsi secondo il fac-simile (allegato n. 1) può essere presentata direttamente agli uffici della Direzione del Dipartimento Cure Primarie (modalità preferenziale) oppure inviata *per posta raccomandata AR* all'Azienda USL di Imola Distretto – Dipartimento Cure Primarie – Via Amendola n. 8 Imola o *per fax N. 0542/604456* o per posta elettronica certificata (PEC) cureprimarie@pec.ausl.imola.bo.it; il termine perentorio per la presentazione della domanda è fissato **per il giorno _02/03/2020** (fa fede il timbro postale).

Per quanto riguarda i compiti e le funzioni del medico, la verifica delle attività svolte, le condizioni dell'incarico ed i criteri per la formulazione delle graduatorie si fa riferimento all'accordo attuativo regionale vigente, all'allegato 1 della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1378 del 26/07/1999 "Direttiva per l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti nei Servizi integrati socio-sanitari di cui all'art. 20 della L.R. 5/94" e all'allegato D.2.3 della Delibera di Giunta Regionale n. 514/2009 "Primo provvedimento della giunta Regionale attuativo dell'art. 23 della L.R. 4/2008 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari" e successive integrazioni.

La suddetta documentazione può essere visionata e scaricata sul sito aziendale alla voce "Avvisi e Graduatorie Personale Convenzionato".

Distinti saluti.

Firmato digitalmente da:

Andrea Neri

Responsabile procedimento:
Monica Dall'Aglio

Dipartimento Cure Primarie
Viale Amendola, 8 – 40026 Imola (BO)
T. +39 0542 604155 – F. +39 0542 604456
segr.distretto@ausl.imola.bo.it

Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola
Sede legale Viale Amendola, 2 - 40026 Imola (BO)
Tel +39.0542.604111 Fax +39.0542.604013
Partita IVA 00705271203

AZIENDA U.S.L. DI IMOLA
Distretto
Viale Amendola, 2
40026 Imola (BO)

In riferimento alla Vostra nota del _____ avente ad oggetto: “Richiesta di disponibilità a prestare l’assistenza medico generica agli anziani non autosufficienti ospitati nella Casa Residenza Anziani Cassiano Tozzoli di Imola”, il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____, medico di assistenza primaria convenzionato/medico di continuità assistenziale dichiara di essere disponibile ad assumere il seguente incarico:

- 1) n. 1 incarico di diagnosi e cura nella Casa Residenza Anziani Cassiano Tozzoli di Imola a n. 38 ospiti anziani non autosufficienti per 7,40 ore settimanali con la possibilità di incremento dell’orario per n. 6 ospiti occupanti posti temporanei per complessive n. 8,50 ore settimanali;

L’incarico, sopraindicato, viene conferito per la durata triennale, in base ai compiti e alle funzioni indicate nell’accordo attuativo regionale dell’ Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 1398 del 09/10/2006, nell’allegato 1 della deliberazione della Giunta Regionale n. 1378/1999 “Direttiva per l’integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani on autosufficienti assistiti nei Servizi integrati socio-sanitari di cui all’art. 20 della L.R. 5/94” e nell’allegato D.2.3 della Delibera di Giunta Regionale n. 514/2009.

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli (barrare la voce che interessa):

- attestato di formazione specifica in medicina generale*
conseguito il _____
presso la Regione _____
- specializzazione di geriatria*
conseguita il _____
presso l’Università di _____
- specializzazione in medicina interna*
conseguita il _____
presso l’Università di _____
- altre specializzazioni (indicare quali):* _____
conseguita _____
presso l’Università di _____

Data, _____

Firma