

Distretto  
Il direttore

Prot. n. 12335

Imola, 8 APRILE 2013

Ai Medici di Assistenza Primaria  
Ai Medici Titolari di Continuità Assistenziale  
convenzionati con l'Azienda USL di Imola  
Loro Sedi

OGGETTO: Richiesta di disponibilità a prestare l'assistenza medico generica agli anziani non autosufficienti stabilmente ospitati nella Casa Residenza Anziani Villa Armonia di Imola .

Con la determinazione n. DI / 7 del 8 aprile 2013 (pubblicata all'Albo Aziendale on line nel sito istituzionale dell'Ausl di Imola) questa Direzione ha stabilito di avviare le procedure finalizzate all'individuazione di n. 1 medico di assistenza primaria o di continuità assistenziale cui attribuire un incarico di assistenza medico generica o di continuità assistenziale per n. 27 ospiti non autosufficienti ricoprenti posti convenzionati (corrispondenti a 1 nucleo) della Casa Residenza Anziani Villa Armonia di Imola per 6,00 ore settimanali .

Il numero delle ore di assistenza potrà essere incrementato fino ad n. 8 ore settimanali in relazione al numero degli ospiti occupanti posti non convenzionati (n. 11); secondo il parametro stabilito 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, secondo quanto previsto nell'Accordo Aziendale per attività aggiuntive nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale per il periodo 01.08.2012 - 31.12.2013 approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 124 del 17 settembre 2012, l'incarico potrà essere assegnato ad un medico di continuità assistenziale, titolare a tempo indeterminato.

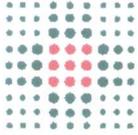
Si precisa che, stante la necessità di copertura dell'assistenza, l'incarico presso la Casa Residenza Anziani di Imola dovrà iniziare il giorno 03/06/2013.

Gli orari e il numero degli accessi dovranno essere adeguati alla tipologia degli ospiti e all'organizzazione della struttura e saranno fissati in accordo con il coordinatore aziendale delle strutture per anziani, dott.ssa Angela Morsiani.

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 gli incarichi, verrà formulata una graduatoria secondo i criteri indicati nell'accordo attuativo regionale, dando priorità ai medici iscritti nell'ambito territoriale dei Comuni 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.

Al medico di assistenza primaria incaricato verrà corrisposto il compenso previsto dall'accordo regionale vigente per l'assistenza primaria nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti; al medico di continuità assistenziale incaricato verrà corrisposta la remunerazione di € 30,00/orari.

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 all'Azienda USL di Imola Distretto – Dipartimento Cure Primarie – Via Amendola n. 8 Imola o per Fax. N. 0542/604456; il termine perentorio per la presentazione della domanda è fissato **per il giorno 04/05/2013** (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".

Nel sito internet dell'Azienda Usl ([www.ausl.imola.bo.it](http://www.ausl.imola.bo.it)) nella sezione news ed eventi è possibile consultare e scaricare la seguente documentazione:

- o Accordo Aziendale per attività aggiuntive nell'ambito del servizio di continuità assistenziale per il periodo 01.08.2012 - 31.12.2013 approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 124 del 17 settembre 2012
- o Accordo attuativo regionale dell' Accordo Collettivo Nazionale reso esecutivo in data 23/03/2005, mediante intesa nella Conferenza stato-regioni, per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 1398 del 09/10/2006
- o Allegato n. 1 della deliberazione della Giunta Regionale n. 1378 del 26/7/1999
- o Allegato D.2.3 della deliberazione della Giunta Regionale n. 514/2009
- o Determinazione Direttore del Distretto n. DI / 7 del 8 aprile 2013

Distinti saluti.

Il Direttore del Distretto

Dott. 

1) fac simile domanda per incarico in CRA Imola

GS/md

Anno 2013	categoria _____	classe _____	sottoclasse _____	fascicolo _____
-----------	-----------------	--------------	-------------------	-----------------

Allegato n. 1

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 stabilmente ospitati nella Casa Residenza Anziani Villa Armonia di Imola", il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

medico di assistenza primaria convenzionato/medico di continuità assistenziale dichiara di essere disponibile ad assumere l'incarico di assistere n. 27 anziani non autosufficienti ricoprenti posti convenzionati della Casa Residenza Anziani Villa Armonia di Imola per un impegno di 6,00 ore settimanali, che 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.

Il numero delle ore di assistenza può variare fino a un massimo di 8 ore/sett anche in relazione al numero degli ospiti occupanti i posti non convenzionati (n. 11).

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