REGIONE DEL VENETO

ULSS4 VENETO ORIENTALE

Allegato alla deliberazione n. 427 del 11/05/2022

prot. n.30076 del 12/05/2022

AVVISO PUBBLICO

per il conferimento di incarichi a tempo determinato di medico di continuità assistenziale nell'ambito del progetto sperimentale "codici bianchi ed emergenza sanitaria territoriale".

In applicazione della deliberazione del direttore generale n. 427 dell' 11 maggio 2022 è indetto un avviso pubblico per il conferimento di incarichi a tempo determinato di medico di continuità assistenziale nell'ambito del progetto sperimentale "codici bianchi ed emergenza sanitaria territoriale".

1. PROGETTO SPERIMENTALE.

Il progetto sperimentale, di durata annuale, prevede attività diurna rivolta a garantire in un ambulatorio attrezzato dei pronti soccorsi dei presidi ospedalieri di San Donà di Piave e Portogruaro, prestazioni sanitarie in codice bianco e all'occorrenza di emergenza territoriale.

Il servizio è organizzato con i seguenti orari:

- dal lunedì al sabato (feriali) dalle 08:00 alle 20:00;
- festivi dalle 08:00 alle 20:00.
- i turni saranno di sei ore (con possibilità di accorpamento al massimo di due turni consecutivi).

Il compenso orario lordo è fissato nell'importo pari a € 40,00 per i turni feriali, incrementato del 20% per quelli festivi.

Il medico in servizio presso l'ambulatorio potrà adottare uno dei seguenti provvedimenti:

- rinvio al curante dopo visita medica con o senza prescrizione farmacologica;
- avvio del percorso delle urgenze differibili secondo i protocolli aziendali;
- accertamenti strumentali richiesti in urgenza attraverso la procedura informatica;
- accertamenti monospecialistici;
- reinvio in pronto soccorso dei casi clinici di maggiore complessità, qualora al termine dell'inquadramento diagnostico se ne ravvisi la necessità.

Tra i compiti del medico in attività presso lo stesso ambulatorio destinato alla gestione dei codici bianchi non rientra la selezione dei casi da inviare all'ambulatorio in quanto i pazienti che giungono presso l'ambulatorio sito all'interno del pronto soccorso ospedaliero dovranno essere preventivamente registrati attraverso la procedura informatica già in essere, dopo l'avvenuta esecuzione del triage secondo le linee guida vigenti.

Il servizio verrà organizzato dal rispettivo responsabile u.o. pronto soccorso, nonché la redazione dei turni dei medici in servizio.

2. NATURA DEGLI INCARICHI.

Gli incarichi di medico di continuità assistenziale oggetto del presente bando sono conferiti a tempo determinato e correlati alla durata annuale del sopra descritto progetto sperimentale "codici bianchi ed emergenza sanitaria territoriale", con impegno massimo pari a 38 ore settimanali, e sono regolati secondo la disciplina dei vigenti accordi collettivi nazionali, regionali e aziendali di categoria.

I medici possono recedere dall'incarico previo preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni, fatta salva la facoltà dell'azienda di rinunciarvi, anche parzialmente, in relazione alla verifica sulle ricadute organizzative e sull'erogazione dei servizi.

L'Azienda si riserva altresì la facoltà di revocare gli incarichi, con almeno 30 giorni di preavviso, in relazione all'esito della pubblicazione regionale di incarichi MEST ed eventuali disposizioni in merito.

Si applicano le coperture assicurative ordinariamente previste per tali categorie relativamente ai rischi da RCT.

3. REQUISITI.

I requisiti per partecipare alla selezione oggetto del presente avviso sono i seguenti:

a. diploma di laurea in medicina e chirurgia;
b. iscrizione all'albo dell'ordine dei medici chirurghi;
c. attestazione del corso di Medicina di Emergenza Sanitaria territoriale (MEST);
d. corso di formazione per codici bianchi;
e. assenza nel biennio precedente alla data di presentazione della domanda (quadriennio precedente nei casi all'art.19, c. 4), di provvedimenti in base alle procedure di cui all'art. 30 comma 7, del vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

4. MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE.

Le domande di partecipazione, redatte utilizzando lo schema allegato al presente avviso, complete in ogni sua parte, provviste di marca da bollo secondo le vigenti disposizioni in materia (€ 16,00) e debitamente sottoscritte, devono pervenire entro la scadenza sotto fissata come segue:

- consegna all'ufficio protocollo generale dell'Azienda - Piazza de Gasperi n. 5 - San Donà di Piave, con i seguenti orari di apertura: dal lunedì al venerdì 8,30 – 13,00; il lunedì e il mercoledì anche dalle 15,00 alle 17,00;
- spedizione a mezzo pec al seguente indirizzo: protocollo.aulss4@pecveneto.it;
- spedizione al seguente indirizzo di posta elettronica: ufficio.convenzioni@aulss4.veneto.it.

Alla domanda deve essere allegato quanto segue:

- un curriculum vitae aggiornato e redatto secondo il modello europeo in uso;

- eventuale altra documentazione ritenuta utile ai fini della verifica di idoneità e relativa selezione.

Il termine ultimo di presentazione della documentazione è fissato entro le ore 24.00 del giorno 30 novembre 2022. In relazione alle domande che perverranno effettivamente e alle necessità organizzative ai fini dell'avvio e mantenimento dell'operatività del progetto, saranno formulate periodiche selezioni con cadenza settimanale, quindicinale o mensile.

5. PROCEDURA DI SELEZIONE E CONFERIMENTO INCARICHI.

L'assegnazione degli incarichi, in relazione al fabbisogno progettuale, avviene su proposta del direttore dell'u.o.c. del pronto soccorso di Portogruaro o, in subordine, del direttore della u.o.c. pronto soccorso di San Donà di Piave, previo accertamento di idoneità da parte del medesimo dirigente, verificato attraverso la valutazione del curriculum vitae e dell'eventuale ulteriore documentazione prodotta dai candidati, nonchè a seguito di specifico colloquio con i candidati medesimi, se non acquisita agli atti. L'accertamento dell'idoneità non verrà effettuata se tale idoneità è già stata accertata in procedure di selezione precedenti.

La convocazione per lo svolgimento del colloquio verrà inviata ai candidati tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica indicato dagli stessi nell'istanza di partecipazione, almeno tre giorni prima della data fissata per la prova.

6. DETERMINAZIONI FINALI.

Fatte salve le condizioni richiamate nel presente avviso, l'attività e i rapporti contrattuali di cui agli incarichi oggetto del presente avviso sono soggetti alla disciplina normativa prevista dai vigenti accordi collettivi nazionali, regionali e aziendali di categoria.

L'amministrazione si riserva ogni più ampia facoltà di modificare, prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone tempestiva comunicazione agli interessati.

Per informazioni è possibile rivolgersi all'unità operativa complessa risorse umane – ufficio convenzioni, mail ufficio.convenzioni@aulss4.veneto.it e telefono 0421/228052 – 228051 con i seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 13.00 ed il martedì e giovedì anche dalle ore 15.00 alle ore 17.00.

San Donà di Piave lì 12/05/2022

IL DIRETTORE SOSTITUTO
U.O.C. DIREZIONE
AMINISTRATIVA TERRITORIALE
f.to - dott. Fabrizio Iannitti -

AL DIRETTORE GENERALE
A.U.L.S.S. - 4 "Veneto Orientale"
Piazza de Gasperi n. 5
30027 - SAN DONA' DI PIAVE (VE)

Allegato alla deliberazione n. 427 del 11/05/2022

Spazio riservato al protocollo dell'Azienda

Applicare qui la
MARCA DA BOLLO
(€ 16,00)

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE A TEMPO DETERMINATO DI MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELL'AMBITO DEL PROGETTO SPERIMENTALE "CODICI BIANCHI ED EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE"

Rif.to Avviso prot. n. 30076 del 12/05/2022

_Il_ sottoscritt_____ dr._____ nat_ a _____
Cognome Nome

il _____ residente a_____ c.a.p. _____ prov. _____

in via _____n._____ Tel._____ Cell. _____

e-mail _____pec. _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico in oggetto e a tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi del combinato disposto degli artt. 46 e 47 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio), nonché dell'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

[N.B. compilare tutti i campi in maniera completa e in stampatello leggibile; barrare con una "X" le caselle interessate]

1) di essere in possesso di diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____/_____ (per i titoli conseguiti nei Paesi extra Unione Europea, indicare la data di riconoscimento del titolo in Italia da parte del Ministero della

Salute: _____) e abilitat_ all'esercizio professionale il _____ a _____;

2) di essere iscritt_ all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____

3) di essere in possesso dell'attestazione del corso di Medicina di Emergenza Territoriale (MEST) conseguito presso _____ in data _____;

4) di essere in possesso dell'attestazione del corso di formazione per codici bianchi conseguito presso_____in data_____;

5) di ☐essere ☐ non essere incorso, nel biennio precedente alla data di presentazione della domanda (quadriennio precedente nei casi all'art. 19, c. 4), di provvedimenti in base alle procedure di cui all'art. 30 comma 7, del vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Allega altresì:

a) curriculum vitae aggiornato e redatto secondo il modello europeo in uso;
b) la seguente documentazione ritenuta utile ai fini della verifica di idoneità:

- .....
- .....
- .....
-

DICHIARA altresì:
(solo in caso di trasmissione tramite pec o posta elettronica)

a) di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16.00; a comprova indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:
   - data e ora di emissione _____;
   - IDENTIFICATIVO n. _____;
b) di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa;
c) di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'amministrazione.

_I_ sottoscritt_ accetta, infine, le condizioni di cui all'avviso in oggetto e si impegna a:

- comunicare all'Azienda ULSS n. 4 di San Donà di Piave – Ufficio Convenzioni, entro 5 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione intervenga sulle notizie fornite con la presente dichiarazione;

- far cessare eventuali situazioni di incompatibilità dalla data di decorrenza dall'incarico di medico di continuità assistenziale attribuito da codesta Azienda ULSS.

ALLEGA FOTOCOPIA LEGGIBILE, FRONTE/RETRO, DI DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.

data _____ firma _____(*)

(*) La presente domanda deve essere firmata e integralmente compilata, a pena di esclusione dall'elenco. La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.** – Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti, si informa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali sono stati acquisiti.