

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Avviso di manifestazione di interesse, riservato ai Medici di Medicina Generale del Municipio 8 per l'assegnazione in concessione gratuita di spazi ad uso di medicina generale di n. 2 locali, per lo svolgimento di attività ambulatoriale, ubicati presso la Casa di Comunità Farini.

I medici interessati dovranno far pervenire apposita domanda di partecipazione indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli Sacco, di seguito denominata "ASST" con sede in Via Giovanni Battista Grassi, 74 Milano, al seguente indirizzo PEC:

protocollo.generale@pec.asst-fbf-sacco.it

entro il 15 agosto 2025 sul sito web ufficiale di ASST Fatebenefratelli Sacco.

1 DURATA DELLA CONCESSIONE GRATUITA DI SPAZI AD USO DI MEDICINA GENERALE

La durata della concessione gratuita di spazi ad uso di Medicina Generale dei locali sarà fissata in sede di sottoscrizione della convenzione di assegnazione del locale. L'ASST per ragioni di pubblico interesse si riserva ogni e più ampia facoltà in ordine alla presente manifestazione d'interesse, senza che i candidati possano avanzare pretese o diritti di sorta.

2 DESCRIZIONE E LOCALIZZAZIONE DELL' UNITA' IMMOBILIARE

Negli ambulatori della CdC è garantita la presenza di:

- una o più sale per l'esecuzione delle prestazioni;

- l'area attesa è in condivisione.

Le unità immobiliari sono idonee all'uso convenuto e verranno affidate nello stato di fatto in cui si trovano.

3 - DESTINAZIONE D'USO

La porzione immobiliare viene attribuita in concessione gratuita salvo il rimborso spese specificato infra, ad uso esclusivo dei Medici di assistenza primaria convenzionati con il servizio Sanitario Nazionale, per lo svolgimento in concorso con gli altri medici dell'AFT, delle attività distrettuali definite in sede di accordi collettivi Nazionali, Regionali e Aziendali, nell'ottica di migliorare l'incrocio tra i bisogni del cittadino e la risposta da parte del sistema di assistenza primaria. L'ambulatorio della CDC può costituire quello primario in cui il MMG esercita la propria attività convenzionale.

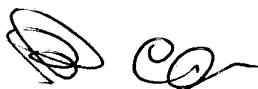
Gli spazi in concessione possono essere condivisi tra più medici ai sensi della vigente normativa.

Nella CDC i Medici parteciperanno alle attività elencate di seguito:

- confronto con i professionisti di ADI, continuità assistenziale e UCA sui pazienti condivisi;
- partecipazione agli incontri di équipe di Valutazione MultiDimensionale (VMD), su richiesta del team VMD;
- discussione di caso con specialisti / teleconsulto;
- diagnostica di base utilizzando strumentazione disponibile in CdC;
- confronto formativo periodico con AFT su PDTA e PAI facendo riferimento a EBM;
- vaccinazioni, diagnostica rapida, attività di prevenzione primaria e secondaria e altre attività previste dall'accordo integrativo;
- confronti periodici con i responsabili di distretto o CdC sui risultati raggiunti dalle cure primarie (distretto, CdC, AFT, MMG/PLS).
-

4 - CORRISPETTIVI E CONDIZIONI

I locali vengono concessi ai MMG —con addebito dei costi di gestione relativi alle spese generali - inerenti le utenze, il riscaldamento, le pulizie e tutti i servizi logistici - proporzionalmente agli spazi occupati e in relazione ai metri quadri utilizzati. Il suddetto rimborso avverrà previa fatturazione da parte di ASST ovvero ove possibile mediante addebito sulle proprie competenze stipendiali ovvero a richiesta dell'ASST previa fatturazione. Eventuali modifiche dell'orario ambulatoriale



dovranno essere preventivamente comunicate al Direttore del Distretto competente (almeno 30 giorni prima) e dallo stesso approvate.

I locali dovranno essere mantenuti in ordine e custoditi con diligenza.

5-DOMANDE DI PARTECIPAZIONE

Gli interessati dovranno presentare domanda di partecipazione all'avviso di manifestazione di interesse redatta secondo lo schema allegato. Nella domanda dovrà essere indicato quanto segue:

- cognome e nome; ,
- luogo e data di nascita;
- luogo di residenza, indirizzo, numero di telefono/telefax e casella/e e-mail;
- il possesso della laurea in medicina e chirurgia con la data ed il punteggio di conseguimento della stessa;
- il possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo con la data di conseguimento della stessa;
- l'iscrizione all'Albo professionale; ,l'eventuale partecipazione a gruppi/reti con l'indicazione dei nominativi degli altri medici partecipanti;
- di avere o non avere precedenti penali/di avere o non avere pendenze penali;
- di avere o non avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale;
- di avere o non avere rapporti con altre aziende private o pubbliche.

La mancata autocertificazione delle informazioni chieste non darà luogo alla valutazione dei titoli corrispondenti.

6 - REQUISITI PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE/ CRITERI DI SELEZIONE

I requisiti per partecipare all'avviso di manifestazione d'interesse sono i seguenti:

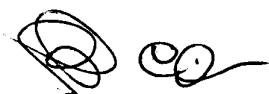


- > Laurea in Medicina e Chirurgia;
- > Abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo;
- > Iscrizione all'Albo professionale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri;
- > Titolarità di incarico nell'ambito elementare sede degli ambulatori sociosanitari territoriali.

Verrà comunque predisposta una graduatoria dei candidati per l'eventuale assegnazione d'uso del locale , stilata secondo i seguenti criteri:

Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia	N.V. (requisito di ammissione)
Abilitazione all'esercizio della professione	N.V. (requisito di ammissione)
Iscrizione all'Albo Professionale	N.V. (requisito di ammissione)
Convenzione con SSR	N.V. (requisito di ammissione)
Disponibilità a partecipare a progetti di presa in carico della cronicità/fragilità anche sul domicilio e in collaborazione con IFEC	N.V. (requisito di ammissione)
Disponibilità a partecipare a progetti di prevenzione, presa in carico del cronico con la compilazione di almeno 15 PAI /anno. Assistenza ai pazienti della propria AFT in caso di urgenze non differibili	Punti 1
Disponibilità ad articolare gli orari degli studi in modo da garantire una copertura ampia nella giornata (12 ore) dalle ore 8,00 alle ore 20,00 e il sabato a turno con gli altri colleghi	Punti 1
Disponibilità a prestare assistenza ai pazienti del municipio 8 che si trovano senza MMG per cessazione del loro medico , nelle more della nomina dell'incaricato temporaneo con debito orario compatibile con le attività di medico a ruolo unico	Punti 2

Non saranno valutate attività diverse da quelle espressamente previste, per cui altri titoli di servizio non verranno presi in considerazione ai fini del punteggio.



Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, tutte le frazioni di mese superiori a quindici giorni sono valutate come mese intero. In caso di parità di punteggio, verrà data la precedenza in graduatoria tenendo conto, nell'ordine:

- dei beneficiari della L. 05.02.1992 n.104 e s.m.i.;
- dell'anzianità di laurea (quella più anziana prevale su quella più recente);
- in caso di ulteriore parità, dall'età anagrafica (il candidato più giovane anagraficamente prevale sul più anziano, in coerenza con i contenuti della DGR del 25/07/2022, Allegato 1 pag. 9).

Non possono accedere alla manifestazione coloro che siano esclusi dall'elettorato attivo o che siano stati sospesi per reati contro la Pubblica Amministrazione passati in giudicato.

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dalla presente manifestazione.

La graduatoria predisposta dall'ASST potrà essere utilizzata per il conferimento, secondo l'ordine della stessa, degli spazi destinati alle Cure primarie negli ambulatori sociosanitari territoriali per i quali il candidato ha manifestato interesse. È possibile indicare fino a tre preferenze che saranno valutate con i criteri su definiti. L'assegnazione è comunque subordinata all'incarico convenzionale all'interno dell'ambito elementare di riferimento.

I professionisti che risulteranno utilmente collocati in graduatoria e che avranno rimosso eventuali incompatibilità dovranno, pena la decadenza dall'affidamento, entro il termine di gg.15 dalla convocazione, sottoscrivere il contratto di affidamento in uso del locale.

7 - CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

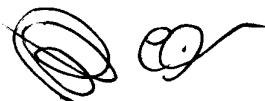
La presentazione della manifestazione comporta l'accettazione incondizionata delle sue clausole. La conseguente inosservanza, disponibilità parziale ovvero condizionata ed eventuali eccezioni



successive in merito a quanto contemplato, comporteranno di diritto la risoluzione contrattuale. Qualora intervengano nel corso dell'affidamento mutamenti di carattere organizzativo dell'ASST (quali, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo: soppressione, attività consorziata con altre Agenzie di Tutela Salute rivolta all'acquisizione di beni e servizi, trasferimento di uffici, ecc.), eventuali ulteriori indicazioni derivanti dalla legge di stabilità e/o dalle regole regionali di sistema, l'affidamento si intenderà in qualunque momento cessato di diritto previo preavviso senza che il sub conduttore abbia nulla a pretendere e verranno poste in essere le nuove condizioni definite dalla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia. Eventuali informazioni necessarie ai fini della partecipazione possono essere richieste alla Direzione Socio — Sanitaria a mezzo e-mail all'indirizzo: direzione.sociosanitaria@asst-fbf-sacco.it.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Maria Grazia Colombo

Il Direttore Socio Sanitario
Dott. Enrico Frisone

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'E' followed by a checkmark-like flourish.

SCHEMA TIPO DI DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE

Spett.le ASST Fatebenefratelli Sacco

Via G.B. Grassi, 74 20157 Milano

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in Via/Piazza _____

n. _____ cod.fiscale _____, Partita IVA n. _____

CHIEDE

di partecipare alla manifestazione di interesse, per soli titoli, per l'assegnazione in concessione gratuita di spazi ad uso di Medicina Generale nell'ambito della CdC dell' ASST FBF Sacco, salvo il rimborso spese di locali presso:

➤ la Casa di Comunità di Via Farini, 9



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), con la presente dichiara:

- 1) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso _____ in data _____ con punteggio _____
- 2) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data _____
- 3) di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di _____ al n. _____ dal _____
- 4) di essere convenzionato con l'ASST Fatebenefratelli Sacco in qualità di medico di assistenza primaria dal _____
- 5) di far parte/non far parte di medicina di gruppo/rete nell'ambito di _____ con i seguenti colleghi: _____
- 6) di aver/non aver riportato condanne penali;
- 7) di aver/non avere procedimenti penali in corso;
- 8) di non essere stato escluso dall'elettorato attivo o passivo;
- 9) di non aver subito sospensioni dall'attività professionale per reati contro la Pubblica Amministrazione passati in giudicato;
- 10) di aver/non aver rapporti con aziende private o pubbliche in qualità di medico;
- 11) svolgere o non svolgere attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN.

In merito alle unità immobiliari oggetto della manifestazione, il sottoscritto dichiara:



- di avere effettuato il sopralluogo di rito presso la sede dell'ASST al cui interno sono ubicate le unità immobiliari oggetto della manifestazione ed è stata presa visione della situazione;
- che non verranno accampate situazioni tipo mancata conoscenza di condizioni ovvero sopravvenienza di elementi non valutati o considerati;
- il seguente orario di studio che verrà osservato in caso di assegnazione degli spazi, come di seguito dettagliato:

GIORNO SETTIMANALE	ORARIO
lunedì	dalle ore ____:____ alle ore ____:____
martedì	dalle ore ____:____ alle ore ____:____
mercoledì	dalle ore ____:____ alle ore ____:____
giovedì	dalle ore ____:____ alle ore ____:____
venerdì	dalle ore ____:____ alle ore ____:____
sabato	dalle ore ____:____ alle ore ____:____

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre (barrare con una X):

1. La propria disponibilità a partecipare a progetti di presa in carico della cronicità/fragilità anche al domicilio;
2. La propria disponibilità a partecipare a progetti di prevenzione, presa in carico del cronico, assistenza ai pazienti della propria AFT in accordo con gli AIR,
3. La propria disponibilità ad articolare gli orari degli studi in modo da garantire una copertura ampia nella giornata (12 ore) dalle ore 8.00 alle ore 20.00;



4. La propria disponibilità ad utilizzare strumenti informatici per la gestione dei dati sanitari degli assistiti che si integrino con l'infrastruttura informatica in uso per le altre funzioni presenti nel Distretto;
5. La propria disponibilità a prestare assistenza ai pazienti del municipio 8 che si trovano senza MMG per cessazione del loro medico, nelle more della nomina dell'incaricato temporaneo con debito orario compatibile con le attività di medico a ruolo unico.

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa alla presente manifestazione venga fatta al seguente indirizzo:

Dr./Dr.ssa _____

Via _____ CAP _____ Città _____

Telefono _____ Cellulare _____ Fax _____

E-Mail _____ PEC _____

Autorizza, infine, l'ASST al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali ai fini degli adempimenti dell'espletamento della manifestazione in oggetto ai sensi del

Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679 e del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni.

Si allega fotocopia di documento in corso di validità del dichiarante e copia codice fiscale.

_____, li _____

In fede

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art.38, comma 3, del DPR 28.12.2000 n. 445

