

## **ASL2 LANCIANO VASTO CHIETI**

### **BANDO DI AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER MEDICI FINALIZZATO AL CONSEGUIMENTO DELL' IDONEITA' ALLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PER N.75 MEDICI NELLA ASL DI LANCIANO-VASTO –CHIETI- anno 2024**

#### **Art.1**

##### **(Contigente)**

In attuazione della Delibera del Direttore Generale dell'Asl Lanciano-Vasto-Chieti n.665 del 29 aprile 2024 è indetto bando di ammissione per la partecipazione al Corso di Formazione per il conseguimento dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale ai sensi dell'art.66 dell'ACN 2022 , per n. 75 laureati in medicina e chirurgia ed in possesso dei requisiti di cui all'articolo successivo. Il corso è riservato ad un totale di 75 medici che non siano già in possesso dell'idoneità all'esercizio dell'Emergenza Sanitaria. Per l'attivazione del corso deve esserci l'iscrizione di almeno 20 medici.

#### **Art.2**

##### **(Requisiti di ammissione )**

Nelle more della definizione dei criteri di accesso e modalità di partecipazione così come previsto al comma 4 dell'art.66 dell' Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 04.04.2024, le priorità di accesso al corso sono quelle previste all'art. 96 commi 4, 5 e 6 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 23.03.2005 e s.m.i., per n.60 posti costituiscono requisiti di ammissione al corso:

Costituiscono pertanto requisiti di ammissione al Corso :

- Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- Abilitazione alla professione e iscrizione all' Albo Professionale dell'Ordine dei Medici.
- Essere tra queste tipologie di professionisti e secondo l'ordine di precedenza definita dal citato art.96 dell'ACN e precisamente :
  - medici titolari di incarico nei servizi di continuità assistenziale residenti nella ASL di Lanciano-Vasto -Chieti secondo l'anzianità di incarico;
  - in caso di posti disponibili medici incaricati nei servizi di continuità assistenziale nelle AA.SS.LL. della Regione Abruzzo limitrofe , secondo l'anzianità di incarico;
  - in caso di ulteriore disponibilità a medici titolari di continuità assistenziale in altre AA.SS.LL della Regione Abruzzo, secondo l'anzianità di incarico;
  - in caso di ulteriore disponibilità a medici residenti nel territorio della ASL Lanciano-Vasto-Chieti iscritti nella graduatoria regionale, secondo l'ordine della vigente graduatoria;

**n.15 posti** , di cui all' AIR, art 5, comma 2, a medici non iscritti alla graduatoria regionale, secondo il seguente ordine di preferenza:

- Minore età al conseguimento del diploma di Laurea;
- Voto di Laurea;
- Anzianità anagrafica;

**In caso di non raggiungimento della quota stabilita per uno dei gruppi è ammessa l'implementazione dell'altro fino al raggiungimento del numero complessivo di 75.**

### **ART.3**

#### **( Durata e struttura del corso)**

La durata del corso è di almeno 300 ore per un periodo non inferiore a 4 mesi. L'impegno orario settimanale non potrà superare in media le 36 ore. Le assenze giustificate non potranno superare il 10% del monte ore totale, pena l'esclusione dal corso. I candidati dovranno mettersi nella condizione di garantire la presenza alle lezioni teoriche e la frequentazione dei tirocini pratici, senza possibilità di deroghe, secondo il calendario che verrà comunicato dal Responsabile organizzativo. Non sono ammesse assenze per il tirocinio pratico, né per le esercitazioni simulate. Il programma del corso, comprensivo di lezioni teoriche e di esercitazioni e tirocinio pratico, è dettagliatamente descritto nell' allegato "C" ed è ispirato alle linee guida descritte nell'allegato 10 del vigente ACN ed è così articolato:

- Parte teorico-pratica
- Esercitazioni simulate
- Tirocinio con frequenza nei reparti di urgenza e affiancamento di un tutor nei seguenti reparti:
  - RIANIMAZIONE E SALA OPERATORIA
  - PRONTO SOCCORSO
  - CENTRALE OPERATIVA 118 E MEZZI DI SOCCORSO
  - CARDIO-UTIC
  - OSTETRICA (SALA PARTO)
  - ORTOPEDIA (SALA GESSI)

### **Art.4**

#### **(Presentazione delle domande di ammissione)**

Le domande di ammissione al corso, redatte in carta semplice e in modo conforme al modello di cui all'allegato "B", dovranno essere inoltrate a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento( farà fede la data di spedizione) oppure mediante PEC all'indirizzo: **info@pec.asl2abruzzo.it** entro 20 giorni dalla data di pubblicazione del bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo. qualora detto termine cada in un giorno festivo, lo stesso è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

**(IMPORTANTE!!)** La domanda di partecipazione dovrà essere debitamente sottoscritta (pena la non ammissione al corso). Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di

validità. Le domande pervenute in data antecedente alla pubblicazione sul B.U.R.A. non saranno prese in considerazione.

La ASL non si assume nessuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da mancata, tardiva o inesatta indicazione del recapito da parte dell'interessato. **L'indirizzo di posta elettronica certificata, ovvero l'indirizzo mail indicato dall'interessato costituirà domicilio digitale dello stesso per l'intero procedimento. Eventuali variazioni dovranno essere tempestivamente comunicate.**

## Art.5

### ( Quota d'iscrizione e obblighi assicurazione)

È prevista una quota di iscrizione, a parziale copertura delle spese di organizzazione e gestione del corso, comprensiva delle quote per la certificazione dei corsi dell'area dell'emergenza effettuati nelle esercitazioni simulate (BLS-D, ACLS, ATLS, PBLIS-D). Tale quota ammonta ad € 500,00 (cinquecento/euro) da versare sul c/c intestato alla ASL di Lanciano-Vasto-Chieti – **Banca Popolare dell'Emilia Romagna SpA CODICE IBAN:IT80W053871550000000549294** indicando la seguente causale: ***“Quota di iscrizione al corso di formazione per l'acquisizione dell'idoneità alle attività di emergenza sanitaria territoriale”***. Il versamento va effettuato al momento della comunicazione dell'avvenuta ammissione al corso, prima del suo inizio. Il mancato versamento della quota comporterà esclusione automatica dal corso. Copia dell'avvenuto pagamento dovrà essere consegnata al responsabile organizzativo del corso in occasione della prima convocazione.

Per la frequenza al corso i partecipanti non avranno diritto ad alcun compenso (rimborso).

Per gli ammessi verrà stipulata una polizza assicurativa per il rischio infortunio e per responsabilità civile per danni a carico dell'Asl Lanciano- Vasto- Chieti

## Art.6

### (Trattamento dei dati personali)

Ai sensi del “ *Codice in materia di protezione dei dati personali* “ (d.lgs 30 giugno 2003 n.196), come modificato dal d.lgs 10 agosto 2018 n.101 e del Regolamento (UE) 679/2016 (General Data Protection Regulation), il trattamento dei dati personali che riguardano gli interessati, effettuato da parte dell' Azienda Asl Lanciano-Vasto-Chieti, si svolgerà nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, con particolare riferimento alla riservatezza delle informazioni e alla protezione dei dati personali. Il trattamento dei dati personali sarà quindi, improntato a principi di correttezza, liceità, legittimità, indispensabilità e non eccedenza rispetto agli scopi per i quali i dati stessi sono raccolti. Il conferimento dei dati personali è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di cui al presente bando. Gli interessati godono dei diritti di cui all'art. 7 del citato D.lgs. al quale si rimanda.

## **Art.7**

### **( Valutazione Finale)**

L'esame finale per l'accertamento dell'idoneità verrà effettuato davanti ad una Commissione nominata con formale provvedimento. Ai candidati che avranno superato positivamente le prove d'esame verrà rilasciato l'attestato di idoneità all'esercizio di attività di medico dell'Emergenza Sanitaria Territoriale valido su tutto il territorio nazionale.

Per ogni informazione e/o chiarimenti si potrà far riferimento all'Ufficio Formazione Aziendale

Responsabile : dott. Rocco Mangifesta email [rocco.mangifesta@asl2abruzzo.it](mailto:rocco.mangifesta@asl2abruzzo.it)

Dott. Edda Primavera email [edda.primavera@asl2abruzzo.it](mailto:edda.primavera@asl2abruzzo.it)

## SCHEMA DI DOMANDA

### Allegato B

**Al Direttore Generale**  
**Asl 02 Lanciano-Vasto-Chieti**

Via dei Vestini

66100 Chieti

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di essere ammesso al Corso di Formazione finalizzato al conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale "118", indetto ai sensi dell'art. 66 vigente A.C.N. di categoria e del Decreto Commissariale n° 102, del 9 novembre 2015.

A tal proposito, ai sensi degli arti 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n° 445, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

### **DICHIARA:**

- di essere nato/a il a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ ;
- di essere residente in \_\_\_\_\_ ( )  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_
- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di essere abilitato all'esercizio della professione medica dal \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a all'Albo dei medici della provincia di \_\_\_\_\_;
- di non essere già in possesso dell'idoneità all'esercizio dell'Emergenza Sanitaria;
- di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale della Regione Abruzzo anno \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;

- di essere/non essere titolare di rapporto convenzionale di continuità Assistenziale, presso la AUSL di \_\_\_\_\_, con decorrenza dal \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere iscritto al seguente corso di specializzazione dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;
- di essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale nella Regione dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- di aver/non aver acquisito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale (di cui al D.Lgs n° 295/91) il \_\_\_\_\_;
- di essere disponibile a frequentare con regolarità il corso di formazione in parola.

**N.B. Si allega copia del documento di riconoscimento (a pena esclusione)**

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_