



In esecuzione della Deliberazione n. 731 del 02/09/2022 è indetto:

### **AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

riservato ai Medici di Medicina Generale con studi collocati in ambiti afferenti al territorio dell'ATS della Città Metropolitana di Milano convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale per l'eventuale assegnazione in comodato d'uso di **locali con funzione erogativa di servizio socio-sanitario (Casa della Comunità), per lo svolgimento di attività ambulatoriali ubicati all'interno delle strutture in elenco:**

Casa di Comunità	Comune - municipio
"CdC Don Orione"	MILANO – municipio 2
"CdC Ricordi - Doria"	MILANO - municipio 3
"CdC Codogno"	CODOGNO
"CdC Casalpusterlengo"	CASALPUSTERLENGO
"CdC Cassano d'Adda"	CASSANO D'ADDA
"CdC Bresso"	BRESSO
"CdC Cologno Monzese"	COLOGNO MONZESE
"CdC Cusano Milanino"	CUSANO MILANINO
"CdC Cuggiono"	CUGGIONO
"CdC Corsico"	CORSICO
"CdC Passirana di Rho"	RHO
"CdC Stromboli"	MILANO – municipio 7
"CdC Monreale"	MILANO – municipio 7
"CdC Baggio Masaniello"	MILANO – municipio 7

I medici interessati dovranno far pervenire apposita domanda di partecipazione indirizzata al Direttore Generale dell'Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano, di seguito denominata "ATS" con sede in Corso Italia n. 52 Milano, al seguente indirizzo PEC:

**[dipartimentocureprimarie@pec.ats-milano.it](mailto:dipartimentocureprimarie@pec.ats-milano.it)**

entro e non oltre 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso di manifestazione d'interesse sul sito web ufficiale dell'ATS della Città Metropolitana di Milano.

L'eventuale riserva espressa di successiva trasmissione di documenti è considerata priva di effetti.

## **1 – DURATA DEL COMODATO D'USO**

La durata del comodato d'uso dei locali sarà fissata in sede di sottoscrizione del contratto di assegnazione del locale.

L'ATS per ragioni di pubblico interesse si riserva ogni e più ampia facoltà in ordine alla presente MANIFESTAZIONE DI VOLONTA' senza che i candidati possano accampare pretese o diritti di sorta.

## **2 – DESCRIZIONE E LOCALIZZAZIONE DELL' UNITA' IMMOBILIARE**

In ogni Casa di Comunità è garantita la presenza di:  
una o più sale per l'esecuzione delle prestazioni (ambulatoriali);

l'area attesa 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 concessa in comodato ad uso esclusivo ai Medici di Medicina Generale, 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.

I Medici di Famiglia, presenti nella CdC, assicureranno le attività al sabato e giornate prefestive anche con l'eventuale coinvolgimento nella turnazione di altri medici del ruolo unico, collegati funzionalmente ed appartenenti alla stessa AFT.

Per garantire la continuità dell'assistenza e l'effettiva presa in carico dell'utente, nella CdC saranno istituiti ambulatori gestiti sia da medici a rapporto orario che da medici a ciclo di scelta che dessero disponibilità in tal senso, attivi per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana.

Nella CdC i Medici di Famiglia parteciperanno inoltre 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;

- formazione congiunta, attività legate al coordinamento CRT/AFT, in particolare su PDTA e PAI di riferimento 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).

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

#### **4 – CORRISPETTIVI**

I locali sono concessi ai MMG in uso gratuito.

Saranno addebitati al MMG i costi relativi alle spese generali - inerenti le utenze, il riscaldamento, le pulizie e tutti i servizi logistici - relative agli spazi occupati e in relazione ai millesimi utilizzati. Il suddetto rimborso potrà essere erogato dal medico mediante addebito sulle proprie competenze stipendiali ovvero a richiesta dell'ASST.

#### **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 della CdC.

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

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| a) Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia  | N.V. (requisito di ammissione) |
| b) Abilitazione all'esercizio della professione di m.c.   | N.V. (requisito di ammissione) |
| c) Iscrizione all'Albo Professionale  | N.V. (requisito di ammissione) |
| d) Convenzione con SSR  | N.V. (requisito di ammissione) |
| e) Disponibilità a partecipare a progetti di presa in carico della cronicità, fragilità   | N.V. (requisito di ammissione) |
| f) Residenza nell'ambito territoriale dell'ASST   | punti 1                        |
| g) Vicinanza dell'attuale ambulatorio alla sede   | punti da 1 a 3                 |
| h) Disponibilità a partecipare a progetti di "continuità dell'assistenza";  |                                |
| i) Disponibilità all'aggregazione in forme associative avanzate;  |                                |
| j) 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.  |                                |
| k) Sarà data priorità al medico già presente all'interno della struttura, per precedente assegnazione   |                                |
| l) 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 ospitate dalla CdC. |                                |

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

I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo: in tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto.

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.

Il punteggio relativo all'identica attività prestata in qualità di medico presso l'ATS verrà valutato sino alla data del 30.06.2022.

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 XI/6760 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'ATS potrà essere utilizzata per il conferimento, secondo l'ordine della stessa, degli spazi destinati alle Cure primarie nella Casa di Comunità, 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 dei locali;
- sottoscrivere e produrre la scheda dati anagrafici e bancari;

## **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'ATS e/o 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 al Dipartimento Cure Primarie al seguente n. 02/85782133 oppure a mezzo e-mail all'indirizzo [dipcureprimarie@ats-milano.it](mailto:dipcureprimarie@ats-milano.it) tassativamente entro gg.10 dalla data del termine di presentazione della domanda di partecipazione.

IL DIRETTORE GENERALE  
ATS Città Metropolitana di Milano  
Walter Bergamaschi

**SCHEMA TIPO DI DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE**

Spett.le                      ATS Città Metropolitana di Milano  
Dipartimento Cure Primarie  
Via Statuto n. 5  
20121 MILANO

Il \_\_\_\_\_ sottoscritto  
\_\_\_\_\_ -nato a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il giorno \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_,  
cod.fisc. \_\_\_\_\_, Partita IVA n. \_\_\_\_\_-

**C H I E D E**

di partecipare alla manifestazione di interesse, per soli titoli, per l'assegnazione in comodato d'uso di locale presso:

**Casa di Comunità di:**

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 l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con il punteggio di \_\_\_\_\_;
- 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'ATS Città Metropolitana di Milano in qualità di medico di assistenza primaria da \_\_\_\_\_;
- 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 aver procedimenti penali in corso;

Pagina 6 di 8

- 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 di dipendenza o convenzionati con le Agenzie del Servizio Sanitario Nazionale (in caso positivo indicare nominativi aziende e periodi)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

- 11)** di aver/non aver rapporti con aziende private o pubbliche in qualità di medico.

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

- di aver 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 SETTIMA	ORARIO
Es. lunedì, martedì	dalle ore      alle ore

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

DR./DR.SSA \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (CAP) \_\_\_\_\_ (CITTÀ)

TEL. \_\_\_\_\_ - CELL. \_\_\_\_\_ - FAX \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ - PEC \_\_\_\_\_

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

Si allega fotocopia di documento in corso di validità del dichiarante + 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.***

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:** si prega di compilare il presente modulo in modo completo, chiaro e leggibile – cancellare la parte di non interesse

**AVVERTENZE IMPORTANTI:**

- ☞ *L'interessata/o ha facoltà sia di utilizzare il presente schema debitamente compilato in ogni sua parte sia di predisporre, per eventuali carenze di spazio o altre esigenze, uno proprio contenente comunque tutte le dichiarazioni richieste.*
- ☞ *Si prega di compilare la domanda in maniera completa e leggibile.*
- ☞ *La/Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera.*
- ☞ *Si richiamano le sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 e s.m.i. per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.*