

AVVISO PUBBLICO

PER LA FORMULAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI SOSTITUZIONE E A TEMPO DETERMINATO NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE (ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA, ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA, EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE, SISTEMA DI RESIDENZIALITA' EXTRA-OSPEDALIERA E ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI) NELLA AST DI PESARO E URBINO – ANNO 2026/2027

SI RENDE NOTO

che questa Azienda Sanitaria Territoriale, procederà alla formulazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi di sostituzione e a tempo determinato, nei settori della medicina generale (Assistenza Primaria a ciclo di scelte, Assistenza Primaria ad attività oraria, emergenza sanitaria territoriale, sistema di residenzialità extra-ospedaliera e assistenza negli istituti penitenziari) presso l'AST di Pesaro e Urbino, per l'anno 2026-2027.

Gli incarichi saranno conferiti a tempo determinato, ai sensi dell'art. 37 ACN MMG/2026.

Negli incarichi assegnati nel **ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria** rientrano:

- Continuità dell'Assistenza, art. 10 punto A dell'AIR/2025
- Gestione dei bisogni non differibili, art. 10 punto B dell'AIR/2025, prioritariamente presso Case di Comunità Hub. Trattasi di servizio diurno dalle 8 alle 20, dal lunedì al venerdì
- Supporto alla gestione dell'assistenza medica del paziente a domicilio, art. 10 punto C dell'AIR/2025. Trattasi di attività diurna espletata nella fascia oraria dalle 8 alle 20, dal lunedì al venerdì
- Supporto alla gestione della cronicità e medicina di iniziativa, art. 10 punto D dell'AIR/2025.
- Apertura oraria dell'attività nelle Case di Comunità Spoke, art. 10 punto E dell'AIR/2025. Trattasi di attività diurna espletata nella fascia oraria dalle 8 alle 20, dal lunedì al sabato
- Altre attività distrettuali a supporto delle AFT e delle UCCP, art. 10 dell'AIR/2025 (assistenza ai turisti, assistenza agli stranieri temporaneamente presenti – STP)

Per quanto concerne gli incarichi di **assistenza ai Turisti**, disciplinati dall'art. 46 dell'ACN del 15/01/2026, saranno conferiti nelle località a forte afflusso turistico e limitatamente a periodi dell'anno stabiliti dall'articolazione territoriale del Comitato Aziendale AST.

L'organizzazione del servizio sarà anticipatamente concordata con l'articolazione territoriale del Comitato Aziendale, sulla base delle richieste avanzate dai Direttori di Distretto.

Tutto quanto sopra, fatto salvo eventuali future determinazioni regionali che dovessero intervenire in merito.

L'assegnazione delle attività orarie di cui sopra, terrà conto che il medico, nello svolgimento del suo incarico opera nella/nelle AFT a cui è assegnato.

Nell'assegnazione degli incarichi sarà data la priorità ai residenti nel territorio dell'Azienda Sanitaria Territoriale (AST), successivamente ai residenti nella Regione Marche ed infine a quelli residenti fuori Regione.

Ai sensi dell'art. 37 comma 2, dell'ACN del 15/01/2026, l'Azienda potrà conferire incarichi a tempo determinato della durata fino a 12 mesi.

Nel conferimento degli **incarichi a tempo determinato e di sostituzione nel ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta**, saranno interpellati i medici inseriti nella graduatoria di disponibilità di cui all'art 19 comma 6, ACN/2026.

Con riferimento a ciascuna delle lettere b, c, d ed e della citata graduatoria, si interpellano prioritariamente i medici residenti nell'ambito carente, poi nell'Azienda, quindi nella Regione ed infine fuori Regione.

Ai sensi dell'art. 37 comma 2, dell'ACN del 15/01/2026, l'Azienda potrà conferire incarichi a tempo determinato della durata fino a 12 mesi.

Relativamente all'assistenza nel **sistema di residenzialità extra-ospedaliera**, di cui all'art. 31 punto A dell'AIR/2025 - Cure Intermedie e Ospedali di Comunità - trattasi di attività diurna ad accessi giornalieri, con una copertura della fascia oraria 8-20 nei giorni feriali.

Relativamente al conferimento degli incarichi nel settore dell'**emergenza sanitaria territoriale**, l'Azienda può assegnare incarichi a tempo determinato, per la durata massima di un anno, a quei medici che siano inseriti nella graduatoria di disponibilità aziendale e che siano, obbligatoriamente, in possesso dell'attestato di abilitazione all'esercizio dell'attività. I medici, graduati secondo i criteri previsti dall'art. 19 comma 6 dell'ACN/2026, saranno interpellati, prioritariamente, i medici residenti nell'ambito dell'Azienda stessa, successivamente nella Regione ed infine fuori Regione.

Ai sensi del Decreto della Regione Marche n. 21 del 15/06/2021, avente ad oggetto *"Equivalenza delle competenze degli specializzandi iscritti a partire dal secondo anno alla Scuola di Specializzazione in Anestesia rianimazione terapia intensiva e del dolore e quelle maturate in seguito alla conclusione del Corso di formazione per il conseguimento dell'idoneità all'attività di emergenza sanitaria territoriale"*, al fine di favorire la copertura del servizio nel sistema E.S.T., potranno essere affidati singoli turni rimasti scoperti ai medici iscritti alla scuola di specializzazione in oggetto.

Per quanto concerne gli incarichi di **Assistenza negli Istituti Penitenziari**, l'Azienda, in attesa del conferimento degli incarichi a tempo indeterminato, di cui all'art. 71 ACN/2026, può conferire incarichi provvisori, ai sensi dell'art. 74 ACN/2026 e art. 31 dell'AIR/2025, secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità, per un periodo non superiore a 12 mesi, interpellando prioritariamente i medici residenti nell'ambito dell'Azienda, poi della Regione e da ultimo fuori Regione.

I medici interessati all'inserimento in graduatoria, saranno graduati secondo quanto stabilito **dall'art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 15/01/2026** che recita:

"le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 gg. dalla pubblicazione della graduatoria definitiva (regionale) pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

"a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;

b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni;

d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

e) medici iscritti ai corsi di specializzazione. "

Ai sensi del comma 7 del sopracitato articolo, i medici appartenenti alle categorie b), c), d) ed e), saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

I requisiti richiesti per l'inserimento nella graduatoria in oggetto, debbono essere maturati al momento della scadenza del presente avviso. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

La graduatoria avrà validità annuale, e comunque fino all'approvazione di quella successiva, e non potrà essere revisionata prima della scadenza naturale, qualora intervengano variazioni nello status degli iscritti.

La graduatoria che sarà formulata a seguito del presente avviso, distinta per settori di categoria della medicina generale (assistenza primaria a ciclo di scelta, assistenza primaria ad attività oraria, emergenza sanitaria territoriale e assistenza negli istituti penitenziari), sarà utilizzata ogni qual volta si renderà necessario conferire incarichi in scadenza o nuovi incarichi.

E' FATTO OBBLIGO DI UTILIZZARE L'ALLEGATO MODULO DI DOMANDA CORREDATO DI FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA', O DI QUALSIASI ALTRO DOCUMENTO VALIDO DAL QUALE SI POSSA ACCERTARE LA REGOLARE PRESENZA IN ITALIA DEL CANDIDATO.

Gli Uffici competenti dell'AST di Pesaro e Urbino provvederanno a convocare, in presenza, o con interpello via mail, i medici aventi titolo per l'assegnazione degli incarichi secondo l'ordine della graduatoria di settore. In caso di interpello a mezzo pec, il medico interessato è tenuto a rispondere, via pec, entro 72 ore dal ricevimento dell'interpello stesso. La mancata risposta equivale a rinuncia.

A tal fine il medico è tenuto a dichiarare **obbligatoriamente** il proprio indirizzo di **posta elettronica e pec.**

La partecipazione al presente avviso comporta l'accettazione di tutte le disposizioni in esso contemplate.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda in bollo (euro 16,00), secondo il modello che si allega al presente avviso, corredato della dichiarazione relativa all'assolvimento del bollo.

La domanda di partecipazione deve essere presentata, a pena di esclusione, unicamente mediante

posta elettronica certificata - (indirizzo P.E.C. ast.pesarourbino@emarche.it) Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la seguente dicitura "domanda di partecipazione all'avviso pubblico per graduatoria aziendale annuale per i settori della medicina generale". Sia la domanda che la documentazione allegata dovranno essere inviate, a pena di esclusione, in un unico file formato pdf, firmata in maniera autografa, unitamente a fotocopia di documento di identità o in formato p7m, se firmato digitalmente. Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del medico di posta personale certificata. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria, anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificato sopra indicato.

E' esclusa ogni altra forma di presentazione e trasmissione. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Le domande dovranno pervenire, a pena di esclusione, entro il termine perentorio di 15 giorni da quello successivo alla pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale della AST di Pesaro e Urbino

Si precisa, inoltre, che:

- La firma in calce alla domanda, ai sensi dell'art. 39 del DPR 445/2000, non deve essere autenticata.
- La mancata sottoscrizione della domanda, ancorché spedita tramite PEC, costituisce motivo di esclusione.
- Saranno escluse le domande prive di fotocopia di documento di identità in corso di validità (art. 38, c.3 DPR 445/2000)

L'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino declina ogni responsabilità nel caso di dispersione di comunicazioni dipendenti dalla inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o problemi telematici non imputabili a colpe dell'Amministrazione stessa, nonché per le domande inviate tramite PEC e non leggibili dal Sistema PALEO di Protocollo Informatico, poiché trasmesse in formato diverso da quello PDF.

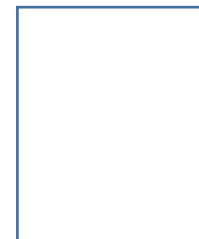
Tutti i dati di cui l'Amministrazione verrà in possesso, a seguito della presente procedura, saranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/2016. La presentazione della domanda di partecipazione da parte dei candidati implica il consenso ai trattamenti dei dati personali compresi i dati sensibili, a cura dell'ufficio preposto alla conservazione delle domande e all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure finalizzate all'avviso

Per ulteriori informazioni è possibile contattare i seguenti numeri:

0721/1932577 – 0721/1932305, Dott.ssa Cecchi M. Maddalena e Dott.ssa Cavallo Rossella.

La AST di Pesaro e Urbino si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati tramite pubblicazione sul sito internet aziendale.

Il Direttore Generale
Dr. Alberto Carelli



(marca da bollo)

DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE 2026/2027 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI SOSTITUZIONE E A TEMPO DETERMINATO NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE (ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA, ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA, EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE, SISTEMA DI RESIDENZIALITA' EXTRA-OSPEDALIERA E ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI) PRESSO L' AST DI PESARO E URBINO

AL DIRETTORE GENERALE AST DI PESARO E URBINO
P.LE CINELLI, 4 - 61121 PESARO

AL DIRIGENTE U.O.C. GESTIONE AMMINISTRATIVA
PERSONALE CONVENZIONATO AST DI PESARO E URBINO
VIA CECCARINI, 38 - 61032 FANO (PU)

Il/La sottoscritto/a Dott.

chiede di essere inserito nella/e graduatoria/e per il conferimento di incarichi di sostituzione/provvisori e a tempo determinato nei settori della medicina generale presso l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro e Urbino
(barrare una o più caselle che interessano):

- ☐ **ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA** (attività di cui alle lettere a, b,c,d,e, art. 10 dell'AIR MMG/2025). Si precisa che tali attività sono prioritariamente svolte dai medici del R.U. con contratto a tempo indeterminato o temporaneo
 - CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA
 - GESTIONE DEI BISOGNI NON DIFFERIBILI, prioritariamente presso Casa di Comunità HUB
 - GESTIONE DELL'ASSISTENZA MEDICA DEL PAZIENTE A DOMICILIO
 - SUPPORTO ALLA GESTIONE DELLE CRONICITA' (MEDICINA DI INIZIATIVA)
 - ATTIVITA' NELLE C.D.C. SPOKE
 - GUARDIA MEDICA TURISTICA
 - AMBULATORIO STP (Stranieri Temporaneamente Presenti)
- ☐ **ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA**
- ☐ **RESIDENZIALITA' EXTRA - OSPEDALIERA**
 - CURE INTERMEDIE
 - OSPEDALI DI COMUNITA'
- ☐ **EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
- ☐ **ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000 anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", dichiara sotto la propria personale responsabilità di appartenere alla categoria di cui al punto:

- ☐ **a) medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;**
- ☐ **b) medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;**
- ☐ **c) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni;**
- ☐ **d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;**
- ☐ **e) medici iscritti ai corsi di specializzazione.**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE RESA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART 46 DPR 445/2000

(da compilare in stampatello e barrando la voce che non interessa):

- 1) di essere nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____;
- 2) di essere residente a _____ Prov. _____ Cap. _____ in via _____ n. ____
- 3) di essere contattabile ai seguenti recapiti: cell _____
e-mail _____ PEC _____
- 4) di avere il seguente CODICE FISCALE _____
- 5) di essere/non essere cittadino italiano
- 6) di essere/non essere cittadino di altro Paese appartenente all'U.E. _____
- 7) di godere/non godere dei diritti civili e politici
- 8) di avere/non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di giudizi civili e/o amministrativi iscritti nel casellario giudiziale
- 9) di essere/non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

- 10) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli studi di _____ il ____/____/____ con voto ____/____
- 11) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ____/____/____ presso l'Università di _____
- 12) di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi-Odontoiatri di _____ il ____/____/____ al n° _____ codice ENPAM _____
- 13) di essere/non essere inserito nella graduatoria definitiva della medicina generale della Regione Marche, per l'anno 2026 con il punteggio di _____
- 14) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 conseguito in data ____/____/____ presso la Regione _____
- 15) di avere/non avere acquisito il titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (art.15 comma 6 ACN 21/06/18)
- 16) di essere/non essere iscritto a corso di formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 dal ____/____/____ nella Regione _____
- 17) di essere/non essere iscritto a scuola di specializzazione di cui al D.Lgs. 257/91 dal ____/____/____ presso l'Università degli Studi di _____
- 18) di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso _____ il ____/____/____
- 19) Di avere/non avere tutt'ora in corso rapporti di lavoro pubblici/privati.
Se sì, indicare il tipo di rapporto _____ n. ore sett.li _____ periodo dal _____ al _____ c/o - datore di lavoro _____

Dichiara, inoltre:

di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 21 dell'ACN/2026 per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Il/la sottoscritto/a, dichiara, inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 27/04/2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D. Lgs. 196/2003 e s.m.i, e che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; che i dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale.

Il/la sottoscritto/a autorizza l'Azienda al trattamento dei propri dati personali e si impegna a comunicare qualsiasi variazione intervenga in merito a quanto sopra dichiarato.

Luogo e data_____

in fede_____

- Si allega copia documento d'identità.
Si allega(se non cittadino italiano) copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

DICHIARAZIONE ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

Ex Art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto _____, nato a _____
(prov. _____) il _____ M___ F___ Codice Fiscale _____
Residente a _____ (prov. _____)
Via _____ n. _____ Cap _____ telefono _____
Indirizzo mail/PEC _____

relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE 2026/2027 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI SOSTITUZIONE E A TEMPO DETERMINATO NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE (ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA, ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA, EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E ASSISTENZA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI) PRESSO L' AST DI PESARO E URBINO

essendo obbligatorio indicare la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del Decreto Interministeriale 10/11/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e dall'art 483 del CP nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

Dichiara

- Che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da 16€ sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. seriale identificativo:

- Che la marca da bollo indicata è destinata **esclusivamente alla presentazione della presente istanza e** non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

La presente dichiarazione deve essere firmata in forma autografa o digitale da chi la rende. Qualora la stessa sia firmata autografamente la dichiarazione deve essere accompagnata da copia di un documento di identità valido.

Data _____

firma _____