

AVVISO

DECIMO CORSO DI FORMAZIONE PER L'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ DI MEDICO DELL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Adesione alle iniziative formative per l'integrazione nei servizi di emergenza sanitaria.

Nell'ambito della programmazione delle attività formative, questa Amministrazione prevede di attivare un corso di formazione per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale 118 ai sensi dell'art. 96 del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dell'art. 16 del vigente AIR.

La sede formativa del corso sarà ubicata presso i locali del Centro di Simulazione Medica Avanzata dell'ASP di Reggio Calabria, ex ospedale di Taurianova (RC).

Saranno ammessi al corso 60 (sessanta) corsisti [Decreto-Legge del 6 agosto 2021, n. 111, convertito con modificazioni dalla L. 24 settembre 2021, n. 133 (in G.U. 01/10/2021, n. 235). (*Ultimo aggiornamento all'atto pubblicato il 01/10/2021*) (GU n.187 del 06-08-2021)]. Tali corsisti, per la frequenza dei moduli pratici, saranno ulteriormente suddivisi in gruppi di 15 persone.

In caso di domande in numero superiore a quello previsto al punto precedente (sessanta), l'Azienda si riserva di attivare, senza altro atto deliberativo, una seconda edizione del corso fino alla concorrenza massima di ulteriori 60 (sessanta) posti.

La graduatoria verrà stilata tenendo in considerazione i seguenti criteri:

1. i medici in possesso dei requisiti previsti secondo l'ordine di priorità previsto dai comma 4. 5 e 6 dell'art. 96 del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e s.m.i..
2. Qualora ci fossero dei posti disponibili, i medici non rientranti nel punto 1 del presente avviso che possono espletare le attività di cui al punto 30 del vigente AIR di medicina generale come da nota circolare del 16.12.2014 prot. 39760/SIAR il competente Dipartimento Tutela della salute della Regione Calabria, a seguito della riunione del Comitato Permanente Regionale dei Medici di Medicina Generale del 15.10.2014, conclusosi con un chiarimento del p. 30 dell'AIR, stabilisce che : ***"... possono partecipare ai corsi per l'idoneità al Servizio di Emergenza Sanitaria regionale anche i medici non ancora iscritti nelle graduatorie regionali, fermo restando che può essere conferito l'incarico a tempo indeterminato, ai sensi dell'art. 48 della legge regionale n 15/2008 solo esclusivamente a coloro che sono inseriti nella graduatoria regionale di settore. Non possono partecipare ai corsi per l'idoneità all'esercizio di emergenza sanitaria territoriale, i medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale..."***.
3. In caso di posti disponibili, in deroga, saranno ammessi alla frequenza anche i medici non inseriti nella vigente graduatoria regionale, purché residenti nel territorio di competenza di questa Azienda, ordinati per minore età anagrafica, minore anzianità di laurea e, a parità di anzianità di laurea, dando precedenza a chi ha il voto di laurea più alto e, infine, a parità di anzianità di laurea, dando precedenza al protocollo di ricezione della domanda, e comunque sino alla concorrenza di 60 (sessanta) posti per ciascuna edizione.
4. In caso di ulteriore disponibilità di posti saranno ammessi alla frequenza anche eventuali altri medici non inseriti nella vigente graduatoria regionale e non residenti nel territorio di competenza di questa Azienda, privilegiando, comunque, quelli residenti nell'ambito regionale e successivamente quelli fuori regione, ordinati per minore età anagrafica, minore anzianità di laurea e, a parità di anzianità di laurea, dando precedenza a chi ha il voto di laurea più alto e, infine, a parità di anzianità di laurea, dando precedenza al protocollo di ricezione della domanda, e comunque sino alla concorrenza di 60 (sessanta) posti per ciascuna edizione.

Le domande dovranno pervenire **ESCLUSIVAMENTE** tramite PEC congiuntamente ai seguenti indirizzi affarigenerali.asprc@certificatamail.it e formazione.asprc@certificatamail.it entro e non oltre il trentesimo giorno **compreso** quello di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.

Nella domanda di ammissione, debitamente firmata ed autocertificata (**allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità**), i candidati devono dichiarare obbligatoriamente, sotto la propria responsabilità e a pena di esclusione, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, quanto segue:

- ◆ **Cognome e nome;**
 - ◆ **Luogo di nascita;**
 - ◆ **Data di nascita;**
 - ◆ **Data e voto di laurea;**
 - ◆ **Numero iscrizione Albo Ordine dei Medici;**
 - ◆ **Codice fiscale;**
 - ◆ **Comune di residenza;**
 - ◆ **Recapiti telefonici;**
 - ◆ **E-mail;**
 - ◆ **PEC;**
- **Di essere inseriti/non inseriti** nella graduatoria definitiva della Regione Calabria valida per l'anno 2020, pubblicata con decreto n. 3464 del 01.04.2021 pubblicata sul BURC n.27 del 09.04.2021 Parte III, indicando il numero di posizione ed il relativo punteggio (*la mancata compilazione del rigo sarà considerato quale requisito non posseduto*).

- **Di svolgere/non svolgere** attività nel servizio di continuità assistenziale presso un'Azienda Sanitaria della Regione Calabria al momento della scadenza del termine di presentazione della domanda del presente avviso – precisando tale Azienda Sanitaria (*la mancata compilazione del rigo ovvero la mancata trasmissione della dichiarazione dell'ASR attestante la dichiarazione di sussistenza dell'incarico alla data di pubblicazione del presente comunicato sarà considerato quale requisito non posseduto*).
- **Di essere in possesso** del diploma di laurea in medicina e chirurgia, indicando l'Università, la data del conseguimento ed il voto finale di laurea (*la mancata compilazione di tutti i dati richiesti nel rigo sarà considerato quale requisito non posseduto*);
- **Di essere in possesso** di abilitazione all'esercizio professionale indicando l'Università e la data del conseguimento (*la mancata compilazione di tutti i dati richiesti nel rigo sarà considerato quale requisito non posseduto*).
- **Di essere iscritto** all'Albo dell'Ordine Provinciale dei medici, indicando la Provincia, il numero e la data di iscrizione allo stesso.
- **Di essere/non essere** un medico frequentante il corso di formazione specifica in Medicina generale (indicare il triennio). (*La frequenza al corso di formazione in medicina generale è motivo di incompatibilità*).
- **Di essere a conoscenza** delle sanzioni penali cui si va incontro in caso di false dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e di essere a conoscenza che le pubbliche amministrazioni e i loro dipendenti, salvi i casi di dolo o colpa grave, sono esenti da ogni responsabilità per gli atti emanati, quando l'emanazione sia conseguenza di false dichiarazioni o di documenti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, prodotti dall'interessato o da terzi.
- di aver preso visione del disposto **decreto legislativo 10 agosto 2018, n.101** e di autorizzare il trattamento dei dati personali e la comunicazione degli stessi alle sedi formative nel rispetto della normativa vigente per le attività relative all'ammissione ed allo svolgimento del corso e per ogni altra finalità ad esso correlata.

SI EVIDENZIA INOLTRE:

- **Che** per la frequenza al corso i partecipanti non avranno diritto ad alcun compenso.
- **Che** è prevista una tassa di **pre-iscrizione** per spese di segreteria di € 30,00 (eurotrenta/00) da versare sul conto della tesoreria aziendale (**Banca BNL Reggio Calabria IBAN: IT 66Z010051630000000218050 intestato a: ASP Reggio Calabria Via Diana 3- 89125 Reggio Calabria) causale: iscrizione X corso EST**. Tale somma non costituisce garanzia di partecipazione al corso stesso e, in ogni caso, non sarà restituita. **La ricevuta del versamento dovrà essere inserita in allegato alla domanda di partecipazione al corso**.
- **Che** per coloro che risulteranno in graduatoria utile per la frequenza del corso e riceveranno la notifica tramite PEC di convocazione, è istituita una **tassa di partecipazione di euro € 500,00 (eurocinquecento/00)** da versare sul conto della tesoreria aziendale (**Banca BNL Reggio Calabria IBAN: IT 66Z010051630000000218050 intestato a: ASP Reggio Calabria Via Diana 3- 89125 Reggio Calabria) causale: partecipazione X corso EST**. **La ricevuta del versamento dovrà essere esibita al momento della convocazione per l'accettazione dell'iscrizione al corso suddetto**.
- **Che** la mancata sottoscrizione della domanda di ammissione comporterà la non ammissione al corso.
- **Che** l'incompletezza o l'errata segnalazione nella domanda di ammissione dei dati richiesti ovvero la mancata trasmissione della dichiarazione dell'ASR attestante la dichiarazione di sussistenza dell'incarico alla data di pubblicazione del presente comunicato sarà considerato quale requisito non posseduto.
- **Che** gli ammessi al corso dovranno stipulare una polizza assicurativa (solo per i **NON** titolari di continuità assistenziale nell'ambito dell'ASP) per il rischio infortunio e per (per tutti i gli ammessi) responsabilità civile per danni a terzi effettuati con copertura anche della colpa grave da esibire obbligatoriamente (pena la non ammissione al corso) all'inizio del corso stesso.
- **Che** ai sensi del Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101. "**Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)**", i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti e custoditi presso l'ASP di Reggio Calabria per le attività connesse all'ammissione ed allo svolgimento del corso e per ogni altra finalità ad esso correlata. Tali dati potranno essere comunicati alle sedi formative per le stesse finalità sopra espresse. Responsabili del trattamento dei dati sensibili sono il Direttore, il Coordinatore ed il Responsabile scientifico del corso.
- **Che** il corso, della durata di almeno 300 ore, si svolgerà secondo il seguente programma: n° 100 ore di lezioni teoriche; n° 100 ore di moduli pratici; n° 100 di tirocinio ospedaliero. Lo stesso, per esigenze organizzative, potrà subire delle variazioni, anche sostanziali, che saranno prontamente comunicate agli interessati.
- **Che** tutti i moduli pratici ed il tirocinio del corso devono essere obbligatoriamente frequentati; l'assenza anche ad un solo modulo (essendo ognuno propedeutico all'altro), comporterà l'esclusione dal corso (non è contemplata la possibilità di poter recuperare successivamente o ad orari diversi gli stessi moduli). Per tale motivo non saranno accettate giustificazioni di alcun tipo.
- **Che** saranno ammessi all'esame finale i candidati che avranno conseguito un giudizio positivo nelle lezioni teoriche, moduli pratici e tirocinio e che abbiano frequentato il 100% delle ore previste ed espletato tutte le ore di esercitazione e tirocinio.
- **Che** l'esame finale per l'accertamento dell'idoneità verrà effettuato davanti ad una Commissione nominata con formale provvedimento e sarà strutturato nel seguente modo: prova scritta (quiz a risposta multipla), due prove teorico pratiche (scenari simulati su paziente adulto e pediatrico) e colloquio orale.

- **Che** ai candidati che avranno superato positivamente le prove di esame verrà rilasciato l'Attestato di idoneità all'esercizio di attività di medico dell'Emergenza Sanitaria Territoriale valido su tutto il territorio nazionale.

Direttore del Corso:

- Il Direttore Sanitario Aziendale

Responsabile Scientifico:

- Dott. Giovanni Calogero - Cell. 3487423892 e-mail: calogerojovanni@libero.it

Coordinatore del Corso:

- Dott. Carlo Putortì - Cell. 3389069941 e-mail: car-os@libero.it

Tutors Responsabili:

- Dott. Domenico Caglioti - Cell. 3477325887 e-mail: mimmo-59@libero.it

- Dott.ssa Maria Megali - Cell. 3391797625 e-mail: mmegali@alice.it

- Dott. Antonino Mazzuca - Cell. 3391348555 e-mail: nimazz@alice.it

Segreteria del corso c/o Scuola di Formazione e Simulazione Aziendale Taurianova (RC):

- Sig.ra Marina Falletti - coadiutore amministrativo - Tel /Fax 0966 610184 e-mail: formazione@asprc.it

SCHEMA DI DOMANDA

Il/la sottoscritto/a.....
 nato/a a.....Prov..... il.....
 Codice Fiscale Residente a
 Via.....n. cap. Città.....(Prov.....)
 Tel..... Cellulare..... PEC.....
 e-mail

CHIEDE

di partecipare al decimo corso di formazione per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale 118 (Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale siglato nell'anno 2005 ai sensi del D. L.vo 502/92 e successive modificazioni).

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- **di essere** residente nel Comune di (Prov.);
- **di essere inserito/non inserito*** nella graduatoria definitiva della Regione Calabria valida per l'anno 2020, pubblicata con decreto n. 3464 del 01.04.2021 pubblicata sul BURC n. 27 del 09.04.2021 Parte III, alla posizione numero con il punteggio di **(la mancata compilazione del rigo è considerata quale requisito non posseduto)**
- **di svolgere/non svolgere*** attività nel servizio di continuità assistenziale presso l'Azienda Sanitaria n. di a tempo **determinato/indeterminato*** (specificare Azienda Sanitaria) al momento della pubblicazione sul B.U.R.C. già citato, comunicato per l'ammissione al corso in argomento **(la mancata compilazione del rigo è considerata quale requisito non posseduto);**
 ovvero
- **di essere/ non essere*** un medico frequentante il corso di formazione specifica in Medicina generale triennio _____; **(la frequenza al corso di formazione in medicina generale è motivo di incompatibilità)**
- **di essere** in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito presso l'Università di in data con voto finale.....**(la mancata compilazione di tutti i dati richiesti nel rigo è considerato quale requisito non posseduto);**
- **di essere** in possesso di abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di in data **(la mancata compilazione di tutti i dati richiesti nel rigo è considerato quale requisito non posseduto);**
- **di essere** iscritto all'Albo dell'Ordine Provinciale dei medici di con n°..... dal **(la mancata compilazione di tutti i dati richiesti nel rigo è considerato quale requisito non posseduto);**
- **di aver preso visione** del disposto **decreto legislativo 10 agosto 2018 n.101, che recepisce la normativa europea** e di autorizzare il trattamento dei dati personali e la comunicazione degli stessi alle sedi formative nel rispetto della normativa vigente per le attività relative all'ammissione ed allo svolgimento del corso e per ogni altra finalità ad esso correlata;
- **di essere a conoscenza** delle sanzioni penali cui va incontro in caso di false dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e di essere a conoscenza che le pubbliche amministrazioni e i loro dipendenti, salvi i casi di dolo o colpa grave, sono esenti da ogni responsabilità per gli atti emanati, quando l'emanazione sia conseguenza di false dichiarazioni o di documenti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, prodotti dall'interessato o da terzi.

Allega:

- ◆ **Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.**
- ◆ **Ricevuta versamento tassa di pre-iscrizione al X corso EST di € 30,00 (trenta/00).**

Data Firma

N.B.: la domanda dovrà essere compilata in stampatello in modo chiaro e leggibile, in ogni sua parte e dovrà essere inviata esclusivamente **a mezzo PEC** a decorrere dalla data di pubblicazione sul BURC.

* **cancellare la dizione che non interessa**