Azienda Sanitaria Locale

Sede legale: Via Venezia 6
15121 Alessandria
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

Determina 1327 del 07/10/2026

OGGETTO: AVVISO PER AFFIDAMENTO DI N. 1 INCARICO A TEMPO DETERMINATO DI MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA, AMBITO DI SALE, S.C. DISTRETTO NOVI L. - TORTONA

S.S. GESTIONE CONVENZIONI UNICHE

IL DIRETTORE **– Fumarola Angela**

Il Responsabile Procedimento	Moncaglieri Jacopo	Favorevole
Il Dirigente Proponente	Fumarola Angela	Favorevole

Visto il D.Lgs. 30/12/92 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la D.C.R. n. 136-39452 del 22/10/2007 di individuazione delle Aziende Sanitarie Locali e dei relativi ambiti territoriali;

Visto il D.P.G.R. n. 85 del 17/12/2007 di costituzione dell'Azienda Sanitaria Locale AL;

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 678 dell'11/10/2017 ad oggetto: "Individuazione degli atti di indirizzo e di governo e degli atti di gestione. Ripartizione delle competenze tra la Direzione Generale e le Strutture dell'A.S.L. AL", come aggiornata con deliberazione n. 11 del 17/01/2025;

Visto il Regolamento per l'adozione delle determinazioni dirigenziali approvato con Deliberazione Commissario n. 229 del 25/03/2011;

Vista la delibera del Direttore Generale ASL AL n. 409 del 03/04/2026 con la quale è stata attribuita alla dott.ssa Fumarola Angela la responsabilità ad interim della S.C. Personale e, conseguentemente, della S.S. Convenzioni Uniche Nazionali ASL AL;

Premesso che con nota prot. n. 103393 del 25/09/2026 la dott.ssa Jessica Koco, medico con incarico a tempo determinato nel Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta, presso l'ambito di Sale, S.C. Distretto Novi L. - Tortona, ha comunicato le sue dimissioni dall'incarico a far data dal 01/11/2026 a causa dell'ingresso in scuola di specializzazione da medesima data;

Dato atto che l'art. 37 dell'ACN MMG del 15/01/2026 stabilisce che, espletate le procedure di cui all'art. 32, qualora in un ambito territoriale permanga una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte o le ore disponibili, in attesa del conferimento di incarichi nel ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'art. 33, l'Azienda può conferire incarichi a tempo determinato per l'attività a ciclo di scelta e/o per l'attività oraria utilizzando la graduatoria di disponibilità di cui all'art. 19, comma 6;

Verificata conseguentemente la sussistenza dei presupposti per la pubblicazione di n. 1 incarico a tempo determinato per l'ambito di Sale, con apertura ambulatoriale nel Comune di Pontecurone, S.C. Distretto di Novi L. - Tortona;

Considerato che il Comitato Aziendale ha già espresso parere favorevole in merito all'attivazione dell'incarico a tempo determinato in oggetto in occasione del conferimento incarico alla dott.ssa Jessica Koco e che le condizioni di carenza nell'ambito non hanno subito variazioni;

Vista la determinazione n. 287 del 17/02/2026 con la quale si è provveduto ad approvare la graduatoria aziendale di disponibilità per incarichi a tempo determino nel settore dell'assistenza primaria;

Dato atto, pertanto, che con nota prot. n. 101015/26 del 28/09/2026 si è provveduto a verificare la disponibilità al convenzionamento a tempo determinato mediante invio di proposta ai medici iscritti alla predetta graduatoria aziendale, senza riscontrare alcuna accettazione;

Ritenuto pertanto necessario procedere alla pubblicazione di apposito avviso per il conferimento di n. 1 incarico a tempo determinato, come sopra indicato, mediante il bando allegato alla presente determinazione quale parte integrante della medesima;

Considerato di riservarsi la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il suddetto avviso o parte di esso o riattivare i termini di apertura, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse l'opportunità o la necessità, dandone notizia sul sito aziendale;

Preso atto che l'incarico a tempo determinato conferito a seguito della presente procedura avrà durata massima di dodici mesi, o inferiore in caso di sopraggiunta definitiva assegnazione della relativa zona carente;

Ritenuto infine di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art.28 c. 2 LR 10/95, al fine di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria per la popolazione residente;

Tutto ciò premesso e valutato, a conclusione dell'istruttoria procedimentale, in considerazione del parere favorevole espresso dal Responsabile del procedimento, collaboratore amministrativo dott. Jacopo Moncaglieri, mediante l'adozione del presente provvedimento

DETERMINA

1. di indire avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico a tempo determinato di assistenza primaria a ciclo di scelta, di cui al bando allegato alla presente determinazione quale parte integrante della medesima per l'ambito di Sale, con apertura ambulatoriale nel Comune di Pontecurone, S.C. Distretto di Novi L. - Tortona, con decorrenza dal 01/11/2026;

2. di pubblicare il suddetto avviso nella sezione Concorsi del sito aziendale;

3. di riservarsi la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il suddetto avviso o parte di esso o riattivare i termini di apertura, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse l'opportunità o la necessità, dandone notizia sul sito aziendale;

4. di dare atto che l'incarico a tempo determinato conferito a seguito della presente procedura avrà durata massima di dodici mesi, o inferiore in caso di sopraggiunta definitiva assegnazione della relativa zona carente;

5. di dare atto che il provvedimento non comporta ex se alcun onere di spesa;

6. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art.28 c.2 L.R.10/95, al fine di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria per la popolazione residente

Atto sottoscritto digitalmente ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.

Proposta 2523/26

S.C. ECONOMICO FINANZIARIO E GESTIONE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE CONTABILI

Bilancio anno 2026 : ☐ X Sanitario ☐ Socio Assistenziale
Progetto: Aziendale
Conto n.: - Importo: -

NOTE

Il provvedimento di indizione concorso non comporta onere aggiuntivo.
Il provvedimento non dà luogo a registrazione di budget UCSD.

Visto contabile

Il Direttore
Mazza Graziella

Azienda Sanitaria Locale AL

Avviso pubblico per il conferimento di n.1 incarico a tempo determinato di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta

Ai sensi dell'art. 37 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale recepito dalla Conferenza Stato – Regioni in data 15/01/2026, è indetto avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico a tempo determinato di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta, come di seguito precisato:

- n. 1 incarico per l'ambito di Sale, con apertura ambulatoriale nel Comune di Pontecurone, S.C. Distretto Novi L. - Tortona, dal 01/11/2026;

Il suddetto incarico avrà durata massima di un anno e potrà cessare anticipatamente in caso di recesso da parte del medico o di decadenza a seguito dell'assegnazione definitiva della zona carente.

L' incarico sarà conferito secondo il seguente ordine di priorità:
a) medici inseriti nella graduatoria regionale per l'assistenza primaria 2026 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, dal 3° anno al 1°, esclusivamente nella Regione Piemonte;

In caso di mancanza di candidati di cui ai punti precedenti, saranno prese in considerazione le domande presentate da medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;

Gli interessati dovranno presentare domanda al seguente indirizzo PEC: aslal@pec.aslal.it utilizzando il fac-simile allegato (compilato in modo chiaro e leggibile in tutte le sue parti) e allegando copia di un documento d'identità in corso di validità.

Le domande dovranno PERVENIRE **entro il giorno 15/10/2026**, risultante dalla ricevuta di avvenuta consegna del messaggio alla casella PEC dell'Azienda.

L'ASL si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare, modificare il presente bando o parte di esso o riattivare i termini di apertura, qualora a suo insindacabile giudizio ne rilevasse l'opportunità o la necessità, dandone notizia sul sito aziendale.

Per ogni eventuale informazione, gli interessati potranno rivolgersi all'Ufficio Convenzioni MMG-PLS – Alessandria, tel. 0131 307459 – 307530, mail convenzionemedici@aslal.it

Il Dirigente S.C. Personale
Dott.ssa Simona Colla

INOLTRO VIA PEC: aslal@pec.aslal.it

Al Direttore Generale Asl AL

OGGETTO: Avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico a tempo determinato di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta presso l'ambito di Sale, con decorrenza dal 01/11/2026.

Il/la sottoscritto/a_____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____

Laureato il _____ Università _____ punteggio _____

Iscritto all'Albo Professionale di _____ al n. _____

presenta istanza di partecipazione all'avviso pubblico in oggetto, in relazione al seguente incarico:

- ☐ Ambito di Sale, con apertura ambulatoriale nel Comune di Pontecurone, S.C. Distretto Novi L. - Tortona, dal 01/11/2026

e**, consapevole delle sanzioni di cui al DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara** (**selezionare le voci di interesse e completare**):

- ☐ Di essere iscritto/a nella graduatoria regionale per l'assistenza primaria, valida per l'anno 2026 nel numero di posizione _____ con punteggio _____;
- ☐ Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma di aver acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale e precisamente in data _____
- ☐ Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma regolarmente iscritto al triennio di formazione in medicina generale Regione Piemonte, al 1°□ 2°□ 3°□ anno di corso
- ☐ Di non essere inserito/a in detta graduatoria, né iscritto al triennio di formazione in medicina generale, ma di essere regolarmente iscritto all'Albo Professionale e laureato successivamente al 31/12/1994 (specificare) _____

☐ Di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste all'art. 21 del vigente ACN MMG

Richiede inoltre di inviare le comunicazioni relative alla presente procedura al seguente recapito:

Cognome e nome _____

Indirizzo_____Telefono_____

Email_____PEC_____

Data _____ firma _____

ALLEGARE:

1. **SCANSIONE DOCUMENTO IDENTITA'**
2. **Modello "AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA", debitamente compilato e sottoscritto**

Informativa ai sensi dell'art. 13 del RGPD 2016/697 e del D.lgs e s.m.i.: i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA (EX ALLEGATO L)

(1) cancellare la parte che non interessa.
(2) completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".
(3) la firma deve essere corredata da fotocopia di valido documento di identità.

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____

residente in_____ Via/piazza _____

iscritto all'Albo dei medici della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara formalmente di:

1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2) o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, fatto salvo quanto previsto nelle norme finali n. 1, 11 e 12: Soggetto_____ ore settimanali_____
Via_____ Comune di_____
tipo di rapporto di lavoro _____ periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico (a tempo indeterminato – temporaneo – provvisorio) come medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex assistenza primaria – medicina di base) ai sensi del relativo ACN con massimale di n. ____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____
Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo ACN con massimale di n. _____ scelte periodo dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2): Azienda _____ branca _____ ore sett. _____ Azienda _____ branca _____ ore set. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti ambulatoriali accreditati con il S.S.N. (2): Provincia_____ branca _____ periodo dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni: Azienda _____ Via _____ tipo di attività _____ periodo: dal _____

7) essere - non essere (1) titolare di incarico nel ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale - guardia medica), nell'emergenza sanitaria territoriale o nella medicina penitenziaria a tempo indeterminato - a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione (2): Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a:

- <u>corso di formazione in medicina generale</u> di cui al D.L.vo n. 256/91: Regione in cui viene svolto il corso: _____ Inizio: dal _____

- <u>corso di specializzazione</u> di cui al D.L.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo 368/99: Denominazione del corso: _____ Soggetto pubblico che lo svolge _____ Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lvo. 502/92 e successive modificazioni (2): Organismo _____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____ tipo di attività _____ tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal: _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 L. 833/78 (2): Organismo _____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____ tipo di attività _____ tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal: _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico competente ai sensi del D.L.vo 9 aprile 2008 n. 81: Azienda _____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____periodo dal: _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale in cui può acquisire scelte e/o attività oraria: (2) Azienda _____ Comune di _____ periodo dal: _____ ore sett. _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2) _____ periodo dal: _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare (1) attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale: _____
_____

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale: periodo dal: _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna) _____ periodo dal: _____ ore sett. _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2): Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____ tipo di attività: _____ periodo dal: _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7): Soggetto pubblico _____ Via _____ Comune _____ tipo di attività _____ tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal : _____ ore sett._____

19) avere/non avere riportato condanne penali (se sì specificare quali): _____
_____

20) di avere/non avere procedimenti penali in corso (se sì specificare quali): _____
_____

21) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2) _____ periodo: dal _____

22) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15 (2): soggetto erogante il trattamento pensionistico_____
pensionato dal _____

23) esercitare/non esercitare (1) attività libero professionale strutturata dal _____ presso _____
nei seguenti giorni e orari _____
per l'espletamento delle seguenti prestazioni _____

NOTE:_____
_____
_____

Consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede data _____ firma _____(3)