



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO  
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Dipartimento della Programmazione e della Organizzazione  
delle Attività Territoriali e dell'Integrazione Socio Sanitaria  
U.O.C. Programmazione e Organizzazione  
delle Attività di Cure Primarie  
Via Pindemonte, 88 - 90129 Palermo  
Tel/Fax 091 7033361

PEC: [continuitaassistenziale.pec@asppa.it](mailto:continuitaassistenziale.pec@asppa.it)

PALERMO LI, 17/09/2021

PROT. N° 13545

AVVISO PUBBLICO DEL 17/09/2021 PER LA FORMAZIONE DI NUOVI ELENCHI DI MEDICI DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA' ASSISTENZIALE NELLE UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (U.S.C.A.) DELL'ASP DI PALERMO PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID-19

Possono concorrere :

- Medici Titolari di incarico a tempo determinato o indeterminato di Continuità Assistenziale ASP di Palermo;
- Medici inseriti nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale;
- Medici che hanno completato il Corso di Formazione in Medicina Generale;
- Medici che frequentano il Corso di Formazione in Medicina Generale;
- Medici inseriti negli Elenchi Aziendali di Continuità Assistenziale per l'anno in corso;
- Medici iscritti ai corsi di specializzazione
- Medici laureati in Medicina e Chirurgia abilitati all'esercizio della professione e iscritti all'Ordine dei Medici di competenza;

**I medici interessati possono comunicare la disponibilità compilando l'allegato modulo e inoltrarlo a mezzo PEC al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: [selezioniusca.pec@asppa.it](mailto:selezioniusca.pec@asppa.it) entro dieci giorni dalla data di pubblicazione del presente avviso.**

La definizione delle graduatorie sarà effettuata secondo quanto previsto in materia dall'ACN e AIR per la Continuità Assistenziale in atto vigenti:

1. medici titolari di Continuità Assistenziale,
2. medici inseriti nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale (fascia A);
3. medici che hanno completato il Corso di Formazione in Medicina Generale (fascia B);
4. medici che frequentano il Corso di Formazione in Medicina Generale (fascia B2);
5. medici iscritti negli elenchi Aziendali di Continuità Assistenziale per l'anno in corso (fascia C);
6. medici che frequentano il corso di specializzazione (fascia DS);
7. medici neo laureati, non ancora iscritti negli elenchi di disponibilità Aziendali (Fascia Fuori C);

**Si precisa che restano validi gli incarichi già attivi presso le U.S.C.A., pertanto dovranno presentare la domanda tutti i medici interessati a nuovi incarichi che si dovessero rendere disponibili.**

Nell'ambito dell'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus COVID - 19, a seguito dell'entrata in vigore del D.L. n. 14 del 9 Marzo 2020 recante "Disposizioni urgenti per il

Nell'ambito dell'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus COVID – 19, a seguito dell'entrata in vigore del D.L. n. 14 del 9 Marzo 2020 recante "Disposizioni urgenti per il potenziamento del S.S.N. in relazione all'emergenza COVID – 19", l'Assessorato Regionale della Salute, in esecuzione del suddetto D.L. con nota prot. 14254 del 11.03.2020, con nota prot.15450 del 18.03.2020 e nota prot.16449 del 26.03.2020, ha disposto per le ASP della Regione Siciliana l'istituzione di "Unità Speciali di Continuità Assistenziale".

### **Funzioni delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale**

1. Le U.S.C.A. garantiscono l'attività sette giorni su sette;
2. Gestione domiciliare dei pazienti con diagnosi confermata di COVID – 19;
3. Gestione domiciliare dei pazienti in isolamento domiciliare con possibile infezione (per contatti stretti o provenienti da zone a rischio);
4. Valutazione di pazienti che si rivolgono all'Assistenza Primaria, alla pediatria di libera scelta o alla Continuità Assistenziale con sintomi sospetti per COVID – 19;
5. Esecuzione di tamponi.

### **Organizzazione del Servizio**

- a. il Medico dell' U.S.C.A. viene contattato dal medico di Assistenza Primaria, di Continuità Assistenziale, dal pediatra di libera scelta o dai Servizio di Epidemiologia dell'ASP;
- b. Al Medico viene trasmessa una scheda individuale contenente i dati raccolti in fase di triage (anagrafici e clinici del paziente per il quale si richiede la prestazione domiciliare, recapiti telefonici e sede ove effettuare la prestazione);
- c. il Medico dell' U.S.C.A. prima della prestazione domiciliare, contatta telefonicamente il paziente per verificare le condizioni di salute del paziente e programma l'intervento;
- d. il Medico dell' U.S.C.A. decide le priorità dell'attività;
- e. Al termine di ogni visita, il Medico dell' U.S.C.A. completa la scheda di triage e la trasmette al medico di medicina generale o di Continuità Assistenziale o PLS e al Dipartimento di Prevenzione con l'esito dell'intervento effettuato;
- f. il Medico dell' U.S.C.A. in base al quadro clinico evidenziato, potrà disporre la:
  - permanenza al domicilio con eventuale supporto terapeutico;
  - programmare un monitoraggio ripetuto a breve termine;
  - disporre il ricovero se necessario un approfondimento diagnostico e se in condizioni critiche attivazione del 118 e comunicazione al Dipartimento di Prevenzione, MMG/PLS;
- g. Non rientra nei compiti del Medico dell' U.S.C.A. il rilascio di alcun atto certificativo che fa capo al MMG/PLS o al Medico di Continuità Assistenziale;

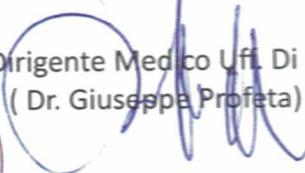
### **Copertura assicurativa**

L'azienda provvede ad assicurare ai sensi dell'art. 73 "assicurazione contro i rischi derivanti dagli incarichi" del vigente A.C.N. per la disciplina dei Medici di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale.

Il Direttore ff dell'UOC Cure Primarie  
(Dr. Francesco Cerrito)



Il Dirigente Medico Uff. Di C.A.  
( Dr. Giuseppa Profeta)



Al Direttore ff dell' U.O.C.  
Cure Primarie

**OGGETTO:** Istanza per la disponibilità a prestare attività assistenziale nelle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.).

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ Nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;  
Codice iscale \_\_\_\_\_; Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

#### COMUNICA

La propria disponibilità a prestare attività assistenziale nelle U.S.C.A. dell'ASP Palermo per la gestione dell'emergenza COVID-19.

A tal fine, in conformità dell'art.46 del D.P.R.28.12.2000 n.45, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R.28.12.2000, n.445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R.28.12.2000, n.445,

#### DICHIARA

di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_;

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale nell' \_\_\_\_ sessione \_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;

di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_;

di essere titolare a tempo determinato o indeterminato di Continuità Assistenziale ad unico rapporto di convenzione  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

di essere inserit\_\_ nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale 2021 con punteggio \_\_\_\_\_;

di essere in possesso dell'Attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ nella  
Regione \_\_\_\_\_;

di essere iscritt\_\_ al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale triennio \_\_\_\_/\_\_\_\_ con inizio  
frequenza dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ nella Regione \_\_\_\_\_;

di essere inserit\_\_ negli elenchi graduati per le sostituzioni di C.A per l'anno 2021 in (FASCIA C);

di essere iscritt\_\_ al Corso di Specializzazione in \_\_\_\_\_;

di essere medico neo laureato e iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_ (Fuori C)

di avere completato il ciclo vaccinale per il Covid.-19.

di essere a conoscenza che le convocazioni per l'eventuale conferimento degli incarichi avverranno tramite calendario  
che sarà pubblicato sul sito alla sezione USCA unitamente all'Elenco Graduato dei Medici Disponibili.

#### Consenso Informato

Il/La sottoscritt dichiara altresì, di essere informat \_\_ ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679UE 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 informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; che il Responsabile del trattamento dei dati il legale rappresentante dell'Azienda.

Li'

Firma