

AVVISO INTERNO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL PASSAGGIO AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA RIVOLTO AI MEDICI TITOLARI DI INCARICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (A.P.S.), DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA (A.P.O.) E PER LA MOBILITA' INTRAZIENDALE, AI SENSI DELL'ACN DEL 15.01.2026

In esecuzione della deliberazione n. 1900 del 01.09.2026

Ai sensi di quanto previsto dal vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (di seguito A.C.N.) del 15.01.2026, questa Azienda invita i medici interessati, titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria a ciclo di scelta e ad attività oraria, a presentare manifestazione di interesse per il passaggio al ruolo unico e per la mobilità intraaziendale.

L'Avviso è riservato ai medici convenzionati con il SSN che rientrino nelle seguenti fattispecie:

- I Titolari a tempo indeterminato di doppio incarico di **APS** e **APO** su più ambiti della stessa Azienda o di Aziende diverse (art. 31 c. 3) possono completare l'impegno settimanale fino al massimale di cui all'art. 38 c. 1 dell'ACN vigente, passando a ruolo unico. La domanda deve essere presentata alla ASL dove il medico ha incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta (APS).
- I Titolari di incarico a tempo indeterminato di **APS** presso la ASL Roma 5, possono completare l'impegno settimanale con attività a rapporto orario, passando a ruolo unico (art. 32 comma 8 ACN vigente).
- I Titolari di incarico a tempo indeterminato di **APO** (24 ore) presso la ASL Roma 5, possono passare al ruolo unico per completare l'incarico fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico nell'ambito territoriale carente (art. 32 comma 8 ACN vigente).
- I Medici aspiranti alla **mobilità intraaziendale** titolari di incarico da almeno due anni nella ASL Roma 5, possono farne richiesta (con priorità dell'assegnazione ai medici con maggiore anzianità di incarico) ai sensi dell'art. 32 c. 9, con **contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria**;

Il passaggio a ruolo unico comporta lo svolgimento di attività sia a ciclo di scelta (attività rivolta agli assistiti che hanno esercitato la libera scelta) che ad attività oraria da svolgersi presso l'eventuale sede delle AFT (in fase di completa definizione) e delle Case della Comunità ovvero presso altre sedi aziendali secondo l'organizzazione della ASL Roma 5.

PASSAGGIO A RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

L'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria di cui all'art. 31 ACN vigente, è conferito in una sola Azienda (ove il medico ha l'incarico di APS) e comporta lo svolgimento di attività a ciclo di scelta e attività oraria pari a 38 ore settimanali, con progressiva riduzione dell'attività oraria rispetto all'aumento delle scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti.

La modulazione tra le due attività comporta l'adeguamento dell'attività oraria come di seguito indicato:

CARICO ASSISTITI	ATTIVITA' ORARIA ABLIGATORIA
Fino a 400	38 ore
Da 401 a 1.000	24 ore
Da 1.001 a 1.200	12 ore
Da 1.201 a 1.500	6 ore

L'Azienda provvede all'adeguamento dell'attività oraria entro i tre mesi successivi al raggiungimento del limite numerico di assistiti di ciascuna fascia così come disposto dall'art. 38 comma 1.

Per il trattamento economico del medico del ruolo unico di assistenza primaria si rimanda all'articolo 47 A.C.N. /2026

Si indicano di seguito gli ambiti di carenza assistenziali:

INCARICHI DI RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA	
AMBITO TERRITORIALE	MEDICI DA INSERIRE
DISTRETTO MONTEROTONDO Comune di Monterotondo n. 1	24
DISTRETTO GUIDONIA	32

Comune di Sant'Angelo Romano n. 1 Comune di Montorio Romano n. 1	
DISTRETTO TIVOLI Comune di Ciciliano n. 1 Comune di San Gregorio da Sassola n. 1 Comune di Sambuci n. 1 Comune di Cerreto Laziale n. 1 Comune di Licenza n. 1 Comune di Percile n. 1 Comune di San Polo dei Cavalieri n. 1	23
DISTRETTO SUBIACO Comune di Olevano Romano n. 1 Comuni di Olevano Romano - Roiate n. 1 Comuni di Subiaco-Affile-Vallepietra n. 1 Comuni di Subiaco-Arcinazzo Romano-Jenne n. 1 Comuni di Agosta- Marano Equo-Canterano-Rocca Canterano n. 1 Comuni di Arsoli-Riofreddo-Vallinfreda-Vivaro Romano n. 1 Comuni di Arsoli-Anticoli Corrado-Camerata Nuova n. 1 Comuni di Arsoli-Roviano n. 1	8
DISTRETTO PALESTRINA : Comuni Cave- Rocca di Cave n. 2 Comune di Palestrina n. 3 Comune di Zagarolo n. 3 Comune di San Cesareo n. 2 Comuni Castel San Pietro Romano - Capranica Prenestina n. 1 Comune di Galliciano nel Lazio n. 1 Comuni di Genazzano – San Vito Romano n. 2	14
DISTRETTO COLLEFERRO Comune di Carpineto Romano n. 1 (i locali possono essere messi a disposizione dal Comune presso la CdC Carpineto Romano) Comune di Artena-Comune di Segni n. 1 (a Segni i locali possono essere messi a disposizione dal Comune di Segni, presso il presidio socio-sanitario di Segni) Comune di Carpineto Romano-Comune di Montelanico n. 1 (i locali possono essere messi a disposizione dal Comune di Carpineto Romano presso la CdC di Carpineto Romano e a Montelanico in locali che possono essere messi a disposizione dal Comune) Comune di Segni n. 1 (i locali possono essere messi a disposizione dal Comune di Segni, presso il presidio socio-sanitario di Segni) Comune di Gorga- Comune di Montelanico n. 1 (i locali possono essere messi a disposizione dal Comune di Gorga presso la CdC di Gorga e a Montelanico in locali che possono essere messi a disposizione dal Comune) Comune di Artena n. 1;	14

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il presente Avviso, unitamente al fac-simile della domanda è pubblicato sul sito web aziendale della Asl Roma5 nella sezione “Albo pretorio” - “Bandi di Concorsi” – “ Avvisi per medicina convenzionata” – “ Avvisi per la medicina generale”. La domanda dei medici interessati, redatta secondo il modello allegato, dovrà pervenire unitamente a copia di un documento di identità in corso di validità, entro 10 giorni dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito aziendale, esclusivamente tramite modalità telematica al seguente indirizzo di posta certificata: protocollo@pec.aslroma5.it

Riportando espressamente nell'oggetto la dicitura “**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL PASSAGGIO A RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA**” o “**MOBILITA' INTRAZIENDALE**”.



La validità di tale invio è subordinata all'utilizzo, da parte del richiedente, di una casella postale elettronica certificata personale. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica certificata di altro soggetto o da casella di posta elettronica semplice, anche se verso PEC aziendale. La domanda e tutta la documentazione devono essere allegati esclusivamente in formato PDF. La mancata sottoscrizione della domanda costituisce motivo di esclusione dalla presente procedura.

Si applicano le norme in materia di dichiarazione sostitutiva e di semplificazione della domanda di ammissione agli impieghi di cui al DPR 28.12.2000 n. 445.

I dati personali forniti dai candidati, ai sensi di quanto previsto dalla legge 30.06.2003, n. 196, saranno trattati ai fini del procedimento per i quali sono acquisiti ed utilizzati unicamente per tali finalità.

Ogni domanda pervenuta oltre la scadenza non sarà presa in considerazione.

L'Azienda si riserva la facoltà di annullare, prorogare, sospendere, revocare il presente avviso (o parte di esso) qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse senza che gli interessati possano vantare diritti o pretese di sorta.

Il Direttore UOC Gestione del Personale
Dott. Vincenzo Romeo





FAC SIMILE

Al Direttore Generale ASL Roma 5
protocollo@pec.aslroma5.it

Oggetto: Domanda per il passaggio al Ruolo Unico di Assistenza Primaria rivolto ai medici titolari di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria a Ciclo di Scelta (A.P.S.), di Assistenza Primaria ad attività oraria (A.P.O.) e per la mobilità intraaziendale, ai sensi dell'ACN del 15.01.2026

Il/la sottoscritt _____ Dr./ssa _____

Nata/o a _____ (prov _____) il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ (prov) _____

Indirizzo _____ n _____ Cap _____

Pec: _____ e mail _____

Cell _____

Codice Regionale _____

Titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria:

☐ **a ciclo di scelta (A.P.S.)** nel Distretto _____
ambito territoriale _____ a decorrere dal ____/____/____

CHIEDE

Il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria, ai sensi dell'articolo 32, comma 8, ACN 15.01.2026, con completamento orario presso la sede carente del Distretto di appartenenza di:

1° scelta) _____

2° scelta) _____

3° scelta) _____





- ☐ **ad attività oraria di 24 ore (A.P.O.)** nel Distretto _____
ambito territoriale _____ a decorrere dal ____/____/____

CHIEDE

Il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria, ai sensi dell'articolo 32, comma 8, ACN 15.01.2026, con completamento orario fino a 38 ore settimanali con contestuale iscrizione nell'elenco di scelta ed apertura dello studio medico presso la sede carente del Distretto di appartenenza di:

1° scelta) _____

2° scelta) _____

3° scelta) _____

- ☐ **Doppio incarico di A.P.S. e A.P.O. su più ambiti della stessa Azienda o di Aziende diverse (specificare Azienda e Distretto):**

a ciclo di scelta nel Distretto di _____

ad attività oraria Distretto di _____

CHIEDE

Il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale presso questa Azienda ai sensi dell'articolo 31, comma 3, ACN 15.01.2026, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria.

- ☐ **a ciclo di scelta/attività oraria da almeno 2 anni nell'Azienda presso il Distretto di _____ ambito territoriale _____,**

CHIEDE

La **mobilità intraziendale** ai sensi dell'articolo 32, c 9, ACN vigente, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria, nei seguenti ambiti individuati come carenti da rilevazione allegata nell'avviso, con il seguente ordine di priorità:

1. _____ ambito/distretto _____
2. _____ ambito/distretto _____
3. _____ ambito/distretto _____
4. _____ ambito/distretto _____





Il/la sottoscritta, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art 76 del D.P.R. 445/2000, attesta che le dichiarazioni di cui sopra si intendono rese ai sensi dell'art. 46 del citato D.P.R..

Il/la sottoscritta esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche di quelli definiti "sensibili", in ordine alla comunicazione e alla diffusione degli stessi, nell'ambito delle finalità di cui alla presente procedura, secondo quanto stabilito dal D.Lvo. 30.06.2003 n. 196 e s.m.i..

Il sottoscritto inoltre dichiara, di essere a conoscenza che la ASL Roma 5, ai fini del presente procedimento, potrà richiedere ulteriore documentazione e che la stessa ASL Roma 5 potrà procedere, ai sensi e agli effetti dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni e che l'eventuale riscontro della non veridicità di quanto dichiarato comporterà il decadimento del beneficio attenuato

Luogo e data

In fede

Documentazione da allegare:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità

