

## **Regione Lazio**

**DIPARTIMENTO PROGRAMMAZ. ECONOMICA E SOCIALE**

*Atti dirigenziali di Gestione*

Determinazione 3 aprile 2013, n. B01259

**Corsi triennali di formazione specifica in medicina generale. Avviso per Aggiornamento elenco Tutori di medicina generale.**

Oggetto: Corsi triennali di formazione specifica in medicina generale. Avviso per Aggiornamento elenco Tutori di medicina generale.

## **IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO ECONOMICO E SOCIALE**

SU PROPOSTA del Direttore della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del S.S.R.;

VISTO il decreto legislativo 17 agosto 1999, n.368, concernente l'attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli;

VISTO il decreto legislativo 8 luglio 2003, n.277, con il quale si dà attuazione alla direttiva 2001/19/CE che modifica le direttive del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali;

VISTO, in particolare l'art.27, comma 3, del D.Lgs.n.368/99 e s.m.i., il quale prevede che i tutori sono medici di medicina generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, con un'anzianità di almeno dieci anni di attività convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, nonché devono possedere la titolarità di un numero di assistiti nella misura almeno pari alla metà del massimale vigente e operare in uno studio professionale accreditato;

VISTO, inoltre, che lo stesso articolo 27 del predetto decreto legislativo stabilisce che i medici i quali svolgono la funzione tutoriale sono iscritti in un elenco regionale;

VISTO il decreto del Ministro della Salute 7 marzo 2006 che definisce i principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale;

VISTE le determinazioni dipartimentali, con le quali si è data attuazione ai corsi triennali di formazione specifica in medicina generale, in attuazione dei predetti decreti legislativi;

PREMESSO che:

numerosi medici di medicina generale iscritti nell'elenco dei medici tutori per la formazione di cui trattasi non sono più titolari di ambulatori, convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale presso i quali i tirocinanti possano svolgere attività medica guidata, o non possiedono più i requisiti previsti dalla normativa vigente;

è necessario, quindi, aggiornare ed integrare l'elenco dei medici tutori da utilizzare per i corsi triennali di formazione specifica in medicina generale;

## **D E T E R M I N A**

Per i motivi di cui in premessa

1. di procedere all'aggiornamento dell'elenco dei tutori per i corsi triennali di formazione in medicina generale;
2. di stabilire che il suddetto elenco deve essere aggiornato ogni due anni;
3. di approvare l'Avviso Pubblico "Allegato A", che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

La presente determinazione sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Il Direttore del Dipartimento  
Guido Magrini

Allegato "A"

**AVVISO PUBBLICO PER L'AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE  
ABILITATI ALLE FUNZIONI DI TUTOR PER IL CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE SPECIFICA IN  
MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE LAZIO**

**Art.1**

Per l'inserimento nell'elenco dei Tutori di medicina generale, ai sensi dell'art.27, comma 3, del D.Lgs. 17 agosto 1999, n.368, e s.m.i., è necessario essere in possesso dei seguenti requisiti:

- essere medici di medicina generale convenzionati con il S.S.N. con un'anzianità di almeno 10 anni di attività convenzionale con l'S.S.N.;
- possedere la titolarità di un numero di assistiti nella misura pari almeno alla metà del massimale vigente;
- operare in uno studio professionale accreditato.

I requisiti di cui sopra devono essere posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di conferma o inserimento nell'elenco tutori.

**Art.2**

I medici che sono già iscritti nell'elenco dei Tutori di medicina generale devono inviare alla Regione Lazio, esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, entro il termine perentorio di 30 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio, l'istanza di conferma nell'elenco dei Tutori di medicina generale vigente, secondo il fac-simile allegato al presente atto (allegato n.1). L'istanza di conferma deve essere corredata dei titoli di aggiornamento, in copia semplice, rilasciati dai provider nazionali o regionali ECM.

Sulla busta contenente la domanda, deve essere espressamente riportata l'indicazione: "Domanda di partecipazione all'Avviso per l'aggiornamento dell'elenco dei medici di medicina generale abilitati alle funzioni di Tutore".

**Art.3**

I medici che non sono iscritti nell'elenco dei Tutori di medicina generale, devono presentare istanza di inserimento nel suddetto elenco, alla Regione Lazio, secondo il fac-simile allegato al presente atto (allegato n.2), esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, entro il termine perentorio di 30 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. L'istanza di inserimento deve essere corredata dei titoli di formazione e aggiornamento, in copia semplice, rilasciati da provider nazionali o regionali ECM, nonché di un curriculum professionale.

Sulla busta contenente la domanda, deve essere espressamente riportata l'indicazione: "Domanda di partecipazione all'Avviso per l'aggiornamento dell'elenco dei medici di medicina generale abilitati alle funzioni di Tutore".

**Art.4**

La domanda di conferma o di inserimento nell'elenco dei Tutori della medicina generale deve essere indirizzata alla "Regione Lazio – Dipartimento Programmazione economica e sociale – Direzione Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale – Area Risorse Umane e Formazione (DB/07/11) - Via Rosa Raimondi Garibaldi n.7 – 00145 ROMA", entro il termine perentorio di cui agli artt.2 e 3 del presente avviso.

Non verranno prese in considerazione le domande che, per qualunque motivo, saranno spedite con raccomandata con avviso di ricevimento oltre il termine suddetto. A tal fine fa fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante.

**Art.5**

Nella domanda il medico deve dichiarare, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, e successive modificazioni, e a pena di esclusione dall'elenco, i seguenti dati:

- a) cognome e nome;
- b) luogo e data di nascita;
- c) codice fiscale;
- d) cittadinanza;

- e) luogo di residenza;
- f) di essere medico di medicina generale convenzionato il il S.S.N. con un'anzianità di almeno 10 anni di attività convenzionale con l'S.S.N.;
- g) di possedere la titolarità di un numero di assistiti nella misura pari almeno alla metà del massimale vigente;
- h) di operare in uno studio professionale accreditato.

Deve indicare, inoltre, il domicilio o il recapito presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso e deve comunicare tempestivamente alla competente Direzione regionale ogni cambiamento relativo al medesimo.

Alla domanda, sottoscritta dall'interessato, dovrà essere allegata una copia fotostatica non autenticata del documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art.38, comma 3 del D.P.R. n.445/2000.

L'Amministrazione non si assume responsabilità in caso di mancato recapito dovuto a:

- errata indicazione del recapito da parte del richiedente;
- mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato in domanda;
- eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.n.196/2003, i dati personali forniti saranno raccolti presso la Direzione regionale competente e saranno utilizzati dall'Amministrazione esclusivamente nell'ambito e per le finalità di gestione dell'elenco dei Tutori di medicina generale.

#### **Art.6**

Con successivo atto sarà nominato l'organo che valuterà le domande pervenute alla competente Direzione regionale.

L'aggiornamento dell'elenco dei Tutori di medicina generale sarà approvato con provvedimento regionale e pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

L'elenco aggiornato sarà trasmesso agli Ordini provinciali dei medici della Regione che ne cureranno la divulgazione tramite i propri mezzi di comunicazione.

La Regione cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco dei Tutori di medicina generale, ai sensi di quanto disposto dall'art.27 del D.Lgs.n.368/1999 e s.m.i..

Il suddetto elenco sarà aggiornato ogni due anni.

**Allegato n.1**

(Per i medici già iscritti nell'elenco regionale dei Tutori di medicina generale)

**FAC-SIMILE DOMANDA DI CONFERMA NELL'ELENCO DEI TUTORI  
DELLA MEDICINA GENERALE PER I CORSI TRIENNALI DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA  
GENERALE DELLA REGIONE LAZIO**

Regione Lazio  
Dipartimento programmazione  
economica e sociale  
Direzione programmazione e risorse  
del Servizio Sanitario Regionale  
Area Risorse Umane e Formazione  
(DB/07/11)  
Via Rosa Raimondi Garibaldi n.7  
00145 ROMA"

Il/La sottoscritt.....  
Nato/a a: ..... prov.di: .....  
Stato:.....il.....codice fiscale.....  
Residente a .....prov.di.....CAP.....  
In via/piazza .....n.civico.....  
Telefono..... Cellulare .....indirizzo e-mail.....  
cittadinanza.....

inserito nell'elenco dei Tutori di medicina generale per i corsi di formazione specifica in medicina generale,

**CHIEDE**

- di essere confermato nell'elenco dei Tutori di medicina generale.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, ai sensi degli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R.

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità,

1. di svolgere attività di medico di medicina generale convenzionato con il S.S.N. dal ..... per un totale di n..... anni;
2. di avere in carico un numero di .....assistiti, pari/superiore alla metà del massimale vigente;
3. di svolgere attività di medico di medicina generale convenzionato con il S.S.N. presso lo studio professionale accreditato sito nel Comune di .....  
CAP..... Provincia ..... via .....  
n.civico..... telefono.....fax ..... indirizzo e-mail .....

4. di possedere i seguenti titoli di aggiornamento rilasciati da provider nazionali o regionali ECM:

- .....rilasciato da..... al termine del corso denominato  
..... con durata di giorni/ore.....  
organizzato da .....
- .....rilasciato da..... al termine del corso denominato  
..... con durata di giorni/ore.....  
organizzato .....
- .....rilasciato da..... al termine del corso denominato  
..... con durata di giorni/ore.....  
organizzato.....
- .....rilasciato da..... al termine del corso denominato  
..... con durata di giorni/ore.....  
organizzato da .....
- .....rilasciato da..... al termine del corso denominato  
..... con durata di giorni/ore.....  
organizzato da .....
- .....rilasciato da..... al termine del corso denominato  
..... con durata di giorni/ore.....  
organizzato da .....

**di cui si allega copia in carta semplice.**

Comunica che il domicilio o il recapito presso il quale deve essere fatto ogni comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

Via ..... n. ....

Comune di .....CAP.....

Telefono ..... Cellulare ..... indirizzo .....

e-mail.....

e si impegna a comunicare tempestivamente a codesta Amministrazione ogni cambiamento relativo al medesimo.

Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione che determini di venir meno dei requisiti innanzi specificati.

Allega copia fotostatica non autenticata del documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art.38, comma 3, del D.P.R.n.445/2000.

Il/La sottoscritt....autorizza, ai sensi del D.Lgs.196/2003 e s.m.i., il trattamento dei propri dati personali nell'ambito e per le finalità di gestione dell'elenco regionale dei Tutori di medicina generale e per ogni altra finalità ad essa correlata.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Allegato n.2**

(Per i medici che non sono inseriti nell'elenco dei Tutori della medicina generale)

**FAC-SIMILE DOMANDA DI INSERIMENTO NELL'ELENCO DEI TUTORI DI MEDICINA GENERALE PER I  
CORSI TRIENNALI DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE DELLA REGIONE LAZIO**

Regione Lazio  
Dipartimento programmazione  
economica e sociale  
Direzione programmazione e risorse  
del Servizio Sanitario Regionale  
Area Risorse Umane e Formazione  
(DB/07/11)  
Via Rosa Raimondi Garibaldi n.7  
00145 ROMA"

Il/La sottoscritt.....  
Nato/a a: ..... prov.di: .....  
Stato:.....il.....codice fiscale.....  
Residente a .....prov.di.....CAP.....  
In via/piazza .....n.civico.....  
Telefono..... Cellulare .....indirizzo e-mail.....  
cittadinanza.....

**CHIEDE**

di essere inserito nell'elenco dei Tutori di medicina generale per i corsi di formazione specifica in medicina generale.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere e falsità in atti previste dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, ai sensi degli articoli 46 e 47 del medesimo D.P.R.

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità,

1. di svolgere attività di medico di medicina generale convenzionato con il S.S.N. dal ..... per un totale di n..... anni;
2. di avere in carico un numero di .....assistiti, pari/superiore alla metà del massimale vigente;
3. di svolgere attività di medico di medicina generale convenzionato con il S.S.N. presso lo studio professionale accreditato sito nel Comune di ..... CAP..... Provincia .....  
via ..... n.civico..... telefono.....fax  
..... indirizzo e-mail .....

4. di possedere i seguenti titoli di formazione ed aggiornamento rilasciati da provider nazionali o regionali ECM:
- .....rilasciato da..... al termine del corso denominato ..... con durata di giorni/ore..... organizzato.....
  - .....rilasciato da..... al termine del corso denominato ..... con durata di giorni/ore..... organizzato.....
  - .....rilasciato da..... al termine del corso denominato ..... con durata di giorni/ore..... organizzato da .....
  - .....rilasciato da..... al termine del corso denominato ..... con durata di giorni/ore..... organizzato da .....
  - .....rilasciato da..... al termine del corso denominato ..... con durata di giorni/ore..... organizzato da .....
  - .....rilasciato da..... al termine del corso denominato ..... con durata di giorni/ore..... organizzato da .....

**di cui si allega copia in carta semplice.**

**Allega curriculum professionale.**

Comunica che il domicilio o il recapito presso il quale deve essere fatto ogni comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

Via ..... n. ....  
 Comune di .....CAP.....  
 Telefono .....Cellulare .....indirizzo e-mail.....

e si impegna a comunicare tempestivamente a codesta Amministrazione ogni cambiamento relativo al medesimo.

Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione che determini di venir meno dei requisiti innanzi specificati.

Allega copia fotostatica non autenticata del documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art.38, comma 3, del D.P.R.n.445/2000.

Il/La sottoscritt....autorizza, ai sensi del D.Lgs.196/2003 e s.m.i., il trattamento dei propri dati personali nell'ambito e per le finalità di gestione dell'elenco regionale dei Tutori di medicina generale e per ogni altra finalità ad essa correlata.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_