

AVVISO PER IL PASSAGGIO AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA, AI SENSI DELL'ACN DEL 04 APRILE 2024 RIVOLTO AI MEDICI TITOLARI DI INCARICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (APS), DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA (APO) E PER LA MOBILITA' INTRA-AZIENDALE.

In conformità con quanto disposto dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la Medicina Generale in vigore dal 4 aprile 2024, a decorrere dal 1 gennaio 2025, i nuovi incarichi saranno conferiti nell'ambito della Medicina Generale esclusivamente a ruolo unico di Assistenza Primaria.

Ai sensi degli articoli 31, c.3 e 32 cc. 8 e 9, questa ASL invita i medici interessati a presentare manifestazione di interesse per il passaggio al ruolo unico o per la mobilità intra-aziendale.

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

☐ I titolari di incarico a tempo **indeterminato** di **APS** possono completare l'impegno settimanale con attività a rapporto orario passando al ruolo unico (art. 32, comma 8).

☐ I titolari di incarico a tempo **indeterminato** di **APO** (24 ore), possono passare al ruolo unico e 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).

☐ I medici aspiranti alla mobilità intraaziendale titolari di incarico da almeno 2 anni nella Azienda stessa possono farne richiesta (con priorità dell'assegnazione ai medici con maggiore anzianità di incarico (art. 32, comma 9).

PASSAGGIO AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

L'incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria di cui all'art. 31 ACN 4 aprile 2024 è conferito in una sola Azienda (dove il medico ha incarico 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:

Carico assistiti	Attività oraria obbligatoria
Fino a 400	38 ore
Da 401 a 1.000	34 ore
Da 1.001 a 1.200	12 ore
Da 1.201 a 1.500	6 ore
Oltre 1.500	0 ore

ASL FROSINONE
Via Armando Fabi snc
03100 Frosinone

Tel. 0775.8821
www.asl.fr.it
p.iva 01886690609

UOSD Medicina Convenzionata - RA
Il Resp. Dott.ssa Aurelia De Cicco
medcinadibaseguardiamedica@pec.aslfrosinone.it



SEDI VACANTI DI APS (ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA):

(Si invita il Medico di APO che intenda completare l'orario ad indicare, nel modello allegato, le sedi di interesse di seguito indicate)

DISTRETTO A	
ALATRI	5
ANAGNI	3
FIUGGI	1
PALIANO	1
SERRONE	1
SGURGOLA	1
TREVI NEL LAZIO	1
TRIVIGLIANO	1

DISTRETTO B	
AMASENO	2
BOVILLE	2
CASTRO DEI VOLSCI	1
CECCANO	8
CEPRANO	1
FERENTINO	7
FROSINONE	4
FUMONE	1
MOROLO	1
PATRICA	2
POFI	1
RIPI	2
SAN GIOVANNI INCARICO	1
TORRICE	3
VEROLI	3
VILLA SANTO STEFANO	1

DISTRETTO C	
ARCE	1
ARPINO	1
BROCCOSTELLA	2
CAMPOLI APPENNINO	1
COLFELICE	1
MONTE SAN GIOVANNI CAMPANO	2
PESCOSOLIDO	1

ASL FROSINONE
Via Armando Fabi snc
03100 Frosinone

Tel. 0775.8821
www.asl.fr.it
p.iva 01886690609

UOSD Medicina Convenzionata - RA
Il Resp. Dott.ssa Aurelia De Cicco
medcinadibaseguardiamedica@pec.aslfrosinone.it



ROCCA D'ARCE	1
DISTRETTO D	
CASTELNUOVO PARANO	1
CASTROCELO	2
CERVARO	3
COLLE SAN MAGNO	1
ESPERIA	1
PIEDIMONTE S. GERMANO	3
SAN VITTORE DEL LAZIO	1
SANT'AMBROGIO SUL GARIGLIANO	1
SANT'ELIA FIUMERAPIDO	1
VILLA SANTA LUCIA	1

SEDI VACANTI DI APO (ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA) :

(Si invita il Medico di APS che intenda completare l'orario ad indicare, nel modello allegato, le sedi di interesse di seguito indicate)

DISTRETTO A	
ALATRI	4
ANAGNI	3
FILETTINO-TREVI NEL LAZIO	4
FIUGGI	5

DISTRETTO B	
BOVILLE ERNICA	2
CASTRO DEI VOLSCI	4
CECCANO	4
CEPRANO	5
FERENTINO	1
FROSINONE ITINERANTE	4
GIULIANO DI ROMA	1
VEROLI	2

DISTRETTO C	
ALVITO	1
ARCE	1
ATINA	1
ISOLA DEL LIRI	3
MONTE SAN GIOVANNI CAMPANO	2
SORA	4

ASL FROSINONE
Via Armando Fabi snc
03100 Frosinone

Tel. 0775.8821
www.asl.fr.it
p.iva 01886690609

UOSD Medicina Convenzionata - RA
Il Resp. Dott.ssa Aurelia De Cicco
medcinadibaseguardiamedica@pec.aslfrinone.it



DISTRETTO D	
AQUINO	1
CASSINO	3
PONTECORVO	2
SAN GIORGIO A LIRI	2

DOMANDE DI AMMISSIONE

Le domande dei medici interessati, redatte secondo il modello allegato, dovranno pervenire con PEC all'indirizzo: protocollo@pec.aslfrosinone.it entro le ore 12.00 del 07/04/2025.

**Il Responsabile UOSD
Medicina Convenzionata/RA**
Dott. ssa Aurelia De Cicco

ASL FROSINONE
Via Armando Fabi snc
03100 Frosinone

Tel. 0775.8821
www.asl.fr.it
p.iva 01886690609

UOSD Medicina Convenzionata - RA
Il Resp. Dott.ssa Aurelia De Cicco
medcinadibaseguardiamedica@pec.aslfrosinone.it



asl_fr (MED_CON_RET_ASS)
Prot.N. 00006792 - 02/04/2025 11:23:19 - INTERNO
3-2025-6792
sha-256: 11dd24bd74cdb98d2e1c60194641b344b42a7106f660b59a6de6191fe0f58b27

Oggetto: DOMANDA PER IL PASSAGGIO AL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA DEI MEDICI TITOLARI DI INCARICO - ACN PER LA MEDICINA GENERALE DEL 04.04.2024.

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
Codice Fiscale _____ Residente a _____
Prov. _____ C.A.P. _____ Via _____ n. _____
Cell. _____
PEC personale _____
E-mail _____
Codice regionale _____

1. Titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria

☐ a ciclo di scelta

☐ a quota oraria

nell'Ambito/Distretto di _____

CHIEDE

il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria ai sensi dell'articolo 32, comma 8, ACN 4 aprile 2024
con completamento orario presso la sede carente di:

1° scelta) _____

2° scelta) _____

3° scelta) _____

2. Titolare di incarico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ed a quota oraria

nei seguenti ambiti:

-a ciclo di scelta nell'Ambito/ Distretto di _____

- a quota oraria nell'Ambito/ Distretto di _____

CHIEDE

il completamento dell'impegno settimanale fino al massimale presso codesta Azienda ai sensi dell'articolo 31, comma 3, ACN 4 aprile 2024, con contestuale passaggio al ruolo unico di assistenza primaria.



3. Titolare di incarico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta/a quota oraria

nell'ambito/ Distretto di _____

CHIEDE

la mobilità intra-aziendale ai sensi dell'articolo 32, comma 9, ACN 4 aprile 2024*, 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 _____

**Per poter accedere alla mobilità intra-aziendale, si precisa che i 2 anni di anzianità di servizio richiesti si computano dal momento in cui l'incarico temporaneo si è trasformato in incarico a tempo indeterminato.*

Luogo e data

Firma

-Allegare copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

