

**AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ASSEGNAZIONE IN
CONCESSIONE D'USO DEI LOCALI DA DESTINARE A STUDI PROFESSIONALI IN
FAVORE DEI MEDICI SI ASSISTENZA PRIMARIA E DEI PEDIATRI DI LIBERA
SCELTA**

Con Deliberazione n. 252 del 27.03.2026 è stato approvato l'Avviso di Manifestazione di interesse riservato ai Medici di Assistenza Primaria (di seguito MAP) e Pediatri di Libera Scelta (di seguito PLS), convenzionati con l'ASST Melegnano e Martesana (di seguito ASST), con studi professionali collocati nel territorio della medesima ASST, per l'assegnazione in concessione d'uso di spazi ambulatoriali con funzione erogativa di servizio socio-sanitario, per lo svolgimento di attività ambulatoriali di assistenza primaria ubicate nella Casa di Comunità di Trezzo sull'Adda, come di seguito meglio specificato:

Distretto/Casa di Comunità	Ambito/Comuni	N° ambulatori
Distretto Adda – Casa di Comunità di Trezzo sull'Adda	Comune di Trezzo sull'Adda	Piano Rialzato – n. 3 locali destinati a studi professionali dedicati ai MAP - Locali PR 24,27,28 Piano Rialzato – n. 1 locale condiviso destinato a sala di attesa e segreteria MAP – Locale PR 23 Piano I – n. 1 locale destinato ad studio professionale di Pediatria di Libera Scelta (PLS) – Locale P1-19 Piano I - n. 1 locale destinato a sala d'attesa (PLS) - Locale P1-24

La presente manifestazione è rivolta esclusivamente ai Titolari o Incaricati con convenzione con l'ASST Melegnano e Martesana come MAP o PLS.

1 – DURATA DELLA CONCESSIONE

La durata della concessione d'uso dei locali è fissata in tre anni dalla data di sottoscrizione del contratto di concessione dei locali. È escluso il rinnovo tacito e non è riconosciuto alcun diritto al rinnovo in capo all'assegnatario. La concessione potrà essere rinnovata su richiesta espressa dell'interessato, che dovrà pervenire entro tre mesi antecedenti la scadenza naturale del contratto.

L'ASST si riserva la facoltà di accettare la richiesta di rinnovo, senza che il concessionario possa vantare alcun diritto in merito.

Dopo l'assegnazione degli spazi e durante la durata del contratto, sarà effettuata una verifica sulla permanenza dei requisiti che hanno giustificato l'assegnazione. E' fatto salvo il diritto di recesso da parte dell'ASST in caso di urgente e motivata necessità di destinare gli spazi assegnati ad altri scopi di interesse pubblico.

L'ASST per ragioni di pubblico interesse si riserva ogni e più ampia facoltà in ordine alla presente manifestazione d'interesse, senza che i candidati possano eccepire alcuna pretesa o diritto di sorta.

2– DESCRIZIONE E LOCALIZZAZIONE DELL' UNITA' IMMOBILIARE

Nella Casa di Comunità è garantita la presenza di:

- una o più studi professionali per l'esecuzione delle prestazioni, siti al Piano rialzato e al Piano I;
- sala di attesa in condivisione;
- servizi igienici dedicati ai pazienti;

I locali oggetto del presente Avviso sono collocati all'interno della Casa Di Comunità di Trezzo sull'Adda e sono identificati nella piantina allegata al presente Avviso (Allegato 1).

E' consentito ai partecipanti richiedere al Distretto Adda la possibilità di svolgere un sopralluogo al fine di prendere visione dei locali oggetto del presente Avviso.

L'attività dovrà essere esercitata direttamente ed esclusivamente dal Titolare del contratto e presso lo Studio professionale concesso in uso dovranno essere eseguite le attività sanitarie/mediche proprie della professione (MAP/PLS).

I locali possiedono tutti i requisiti igienico sanitari previsti dalla normativa vigente e dispongono delle attrezzature e degli arredi in relazione alla specificità dell'attività che verrà svolta.

Le unità immobiliari sono idonee all'uso convenuto e saranno assegnate nello stato di fatto e di diritto in cui si trovano.

E' fatto divieto di cessione del contratto e di sublocazione, anche parziale, dei locali assegnati.

3– DESTINAZIONE D'USO

I locali come sopra identificati vengono concessi in uso ai MAP/PLS per lo svolgimento, in concorso con gli altri medici dell'Aggregazione Funzionale Territoriale (di seguito AFT), delle attività distrettuali definite in sede di Accordi Collettivi Nazionali, Regionali e Aziendali, nell'ottica di migliorare l'incrocio tra i bisogni del cittadino e la risposta da parte del sistema di assistenza primaria.

I MAP/PLS dovranno garantire, senza alcun compenso aggiuntivo, oltre al numero di ore svolte a favore dei propri assistiti, ex art. 35 dell'ACN vigente, una disponibilità oraria aggiuntiva fino ad un massimo di 6 ore settimanali per lo svolgimento delle attività di seguito elencate:

- ambulatorio per i cittadini temporaneamente sprovvisti del medico o pediatra di famiglia;
- confronto con i professionisti di ADI e Continuità Assistenziale sui pazienti condivisi;
- partecipazione agli incontri di équipe di Valutazione Multi Dimensionale (VMD), su richiesta del team VMD;
- discussione di casi con specialisti / teleconsulto;
- diagnostica di base utilizzando strumentazione disponibile in Ambulatorio Socio Sanitario Territoriale/CdC;
- formazione congiunta, attività legate al coordinamento AFT, in particolare su PDTA e PAI;
- vaccinazioni, diagnostica rapida, attività di prevenzione primaria e secondaria e altre attività previste dall'accordo integrativo;
- confronti periodici con i responsabili di distretto sui risultati raggiunti dalle cure primarie (Distretto, CdC, AFT, MMG/PLS).

La disponibilità oraria è da intendersi a favore della Casa di Comunità di Trezzo sull'Adda oltre il numero di ore svolte a favore dei propri assistiti, ex art. 35 ACN vigente, nel rispetto della normativa vigente sull'orario di lavoro e sul riposo di cui al D.Lgs n.66/2003.

Gli spazi possono essere condivisi tra più medici ai sensi della vigente normativa.

Eventuali modifiche dell'orario ambulatoriale dovranno essere preventivamente comunicate al Direttore del Distretto competente e dallo stesso approvate.

Tali modifiche dovranno essere tempestivamente comunicate al Dipartimento Cure Primarie

I locali dovranno essere mantenuti in ordine e custoditi con diligenza ai sensi dell'art. 1176 del Codice Civile.

4 CONTRIBUTO DI CONCESSIONE

Il concessionario si impegna a corrispondere al concedente un contributo economico annuo come indicato nella tabella sottostante, da pagarsi in rate semestrali anticipate entro 60 giorni dal ricevimento della fattura, con cadenza 2 gennaio e 1° luglio, come di seguito indicato.

Di seguito si riporta la tabella relativa agli importi da corrispondere a titolo di canone annuo e di relative spese con riguardo agli studi professionali dedicati ai MAP.

Studio professionale MAP	Canone annuo	Spese annuali
PR 24 – mq 20,08	€ 945,77	€ 700,00
PR 27 – mq 13,87	€ 653,28	€ 400,00
PR 28 – mq 14,40	€ 678,24	€ 400,00

Di seguito si riportano gli importi inerenti il canone annuo ed il rimborso delle spese relativo alla sala di attesa, dedicata agli studi professionali dei MAP.

Sala di attesa MAP	Canone annuo	Spese annuali
PR 23 – mq 17,53	€ 825,66	€ 600,00

Di seguito si riporta la tabella relativa agli importi da corrispondere a titolo di canone annuo e delle relative spese con riguardo allo studio professionali dedicato ai PLS.

Studio professionale PLS	Canone annuo	Spese annuali
P1-19 – mq 15,26	€ 718,75	€ 500,00

Di seguito si riportano gli importi inerenti il canone annuo ed il rimborso delle spese relativo alla sala di attesa, dedicata allo studio professionale dei PLS.

Sala di attesa PLS	Canone annuo	Spese annuali
P1-24 – mq 28,44	€ 1.339,52	€ 900,00

Gli spazi potranno essere concessi sia ad uso esclusivo che condiviso con più professionisti,

Qualora gli spazi siano condivisi fra più professionisti gli importi sopra indicati verranno suddivisi sulla base del numero dei medici che ricevono in uso gli spazi.

Il canone annuo relativo agli spazi dedicati è stato calcolato in base ai valori del borsino immobiliare dell'agenzia delle Entrate per gli uffici decurtato del 50%, come da art. 12 del D.P.R. 296/2005.

L'importo forfettario delle spese è stato calcolato in base ai consumi degli anni precedenti e comprende:

- Energia elettrica
- TARI
- Riscaldamento
- Acqua
- Pulizie

5– DOMANDE DI PARTECIPAZIONE

I medici interessati dovranno far pervenire apposita domanda di partecipazione, avente ad oggetto “Manifestazione di interesse per Concessione d’uso di spazi ambulatoriali presso la Casa di Comunità di Trezzo sull’Adda”, indirizzata al Direttore Generale dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale Melegnano e Martesana, con sede in Via Pandina 1 – 20070 Vizzolo Predabissi al seguente indirizzo PEC:

protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it

entro e non oltre 15 giorni dalla pubblicazione del bando sul sito istituzionale dell'ASST Melegnano e Martesana nella sezione bandi di concorso (<https://www.asst-melegnano-martesana.it/concorsi>).

Nella domanda dovrà essere indicato quanto segue:

- cognome e nome;
- luogo e data di nascita;
- luogo di residenza, indirizzo, numero di telefono, indirizzo mail e indirizzo PEC;
- il possesso della laurea in medicina e chirurgia con la data ed il punteggio di conseguimento della stessa;
- di aver conseguito la specialità in pediatria (PLS);
- il possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo con la data di conseguimento della stessa;
- l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri;
- l'eventuale partecipazione a gruppi/reti con l'indicazione dei nominativi degli altri medici partecipanti;
- di non avere precedenti penali e/o pendenze penali;
- di avere rapporti di dipendenza o convenzionati con le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale;
- di essere Titolari o Incaricati di convenzione con l'ASST Melegnano e Martesana come MAP o PLS;
- di non avere rapporti con altre aziende private o pubbliche.
- di non essere stati esclusi dall'elettorato attivo o sospesi per reati contro la Pubblica Amministrazione passati in giudicato.
- di frequentare o aver frequentato il corso di Medicina Generale o di essere stato abilitato come medico chirurgo prima del 31.12.1994;
- giorni e orari di apertura dello studio professionale, in caso di assegnazione degli spazi

Nella domanda potrà essere espressa una preferenza per una tipologia di studio fra quelle sopra individuate.

La mancata autocertificazione delle informazioni chieste comporterà l'esclusione dalla presente Manifestazione.

Alla domanda di partecipazione dovrà essere allegata la copia del documento d'identità.

6. REQUISITI PER LA PARTECIPAZIONE

I requisiti per partecipare all'avviso di manifestazione d'interesse sono i seguenti:

- Laurea in Medicina e Chirurgia;
- Abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo;
- Conseguimento della specialità in pediatria (PLS);

- Iscrizione all'Albo professionale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri;
- Essere Medico di nuovo inserimento o titolare di incarico nell'ambito elementare sede della CdC.
- Essere Titolari o Incaricati di convenzione con l'ASST Melegnano e Martesana come MAP o PLS;
- Titolarità di primo studio nell'Ambito e intenzione di trasferire lo studio principale all'interno della CdC;
- Disponibilità a garantire, senza alcun compenso aggiuntivo, oltre al numero di ore svolte a favore dei propri assistiti ex art. 35 dell'ACN vigente, una disponibilità oraria aggiuntiva fino ad un massimo di 6 ore settimanali per lo svolgimento delle attività elencate al punto n. 3 "Destinazione d'uso".
- Assenza di condanne penali e/o pendenze penali
- Non essere stati esclusi dall'elettorato attivo o sospesi per reati contro la Pubblica Amministrazione

I suddetti requisiti dovranno essere posseduti al momento della presentazione della domanda e mantenuti per tutto il periodo della concessione, pena la revoca dell'eventuale assegnazione dello spazio richiesto.

7. CRITERI DI SELEZIONE

In presenza di un numero di candidati superiore al numero degli ambulatori messi a disposizione, costituiscono titoli di preferenza la partecipazione a forme associative avanzate e l'assenza di sedi secondarie di esercizio della propria attività al di fuori della CdC, nonché l'opzione per il ruolo unico come disciplinato dal vigente ACN.

In caso di parità di condizioni, verrà data precedenza, nell'ordine:

- ✓ ai beneficiari della L. 05.02.1992 n.104 e s.m.i.;
- ✓ alla maggior anzianità di laurea (quella più anziana prevale su quella più recente);
- ✓ alla minor età anagrafica (il candidato più giovane anagraficamente prevale sul più anziano, in coerenza con i contenuti della DGR XI/6760 del 25/07/2022)

I professionisti che risulteranno idonei dovranno, entro il termine di gg.15 dalla convocazione:

- sottoscrivere il contratto di concessione in uso dei locali;
- depositare la cauzione nella misura che verrà indicata all'atto della sottoscrizione del contratto:

A seguito della sottoscrizione del contratto di concessione, il MAP / PLS dovrà comunicare tempestivamente al Dipartimento Cure Primarie il cambiamento di sede.

La selezione dei partecipanti al presente avviso avverrà sulla base dei requisiti di partecipazione e dei criteri di selezione sopra indicati da parte del Direttore del Distretto Adda.

Il Direttore del Distretto si riserva di valutare, sulla base delle esigenze organizzative aziendali, gli

spazi da destinare per l'attività di cui al presente Avviso. La preferenza espressa in ordine ai locali non costituisce in alcun modo titolo per l'assegnazione degli stessi.

8. CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA

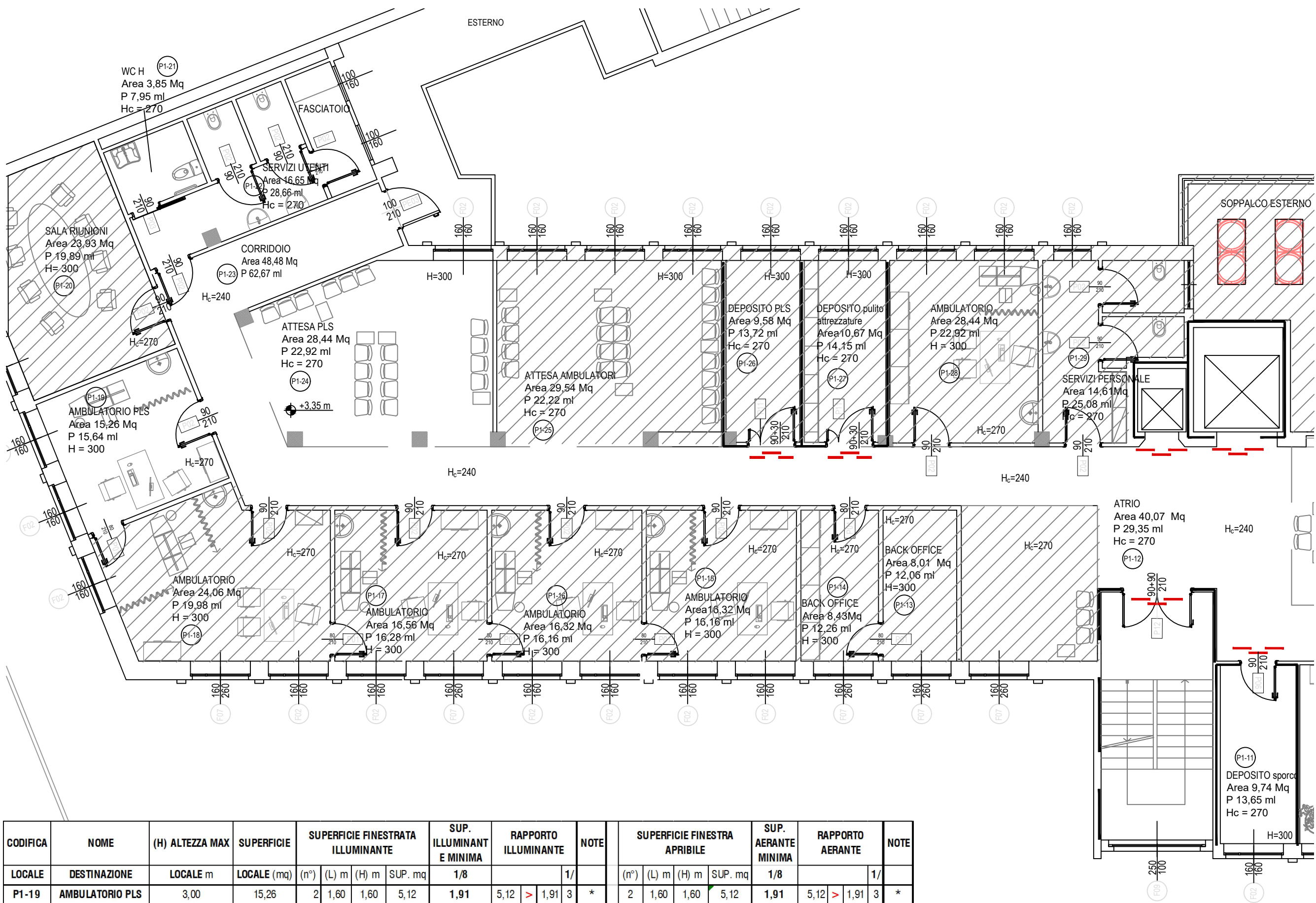
La presentazione della manifestazione comporta l'accettazione incondizionata delle sue clausole.

La conseguente inosservanza, disponibilità parziale ovvero condizionata ed eventuali eccezioni successive in merito a quanto contemplato, comporteranno di diritto la risoluzione contrattuale.

Eventuali informazioni necessarie ai fini della partecipazione possono essere richieste al Distretto Adda a mezzo e-mail all'indirizzo distretto.adda@asst-melegnano-martesana.it.

IL DIRETTORE GENERALE
dott.ssa Roberta Labanca

PIANO PRIMO scala 1:100



CODIFICA	NOME	(H) ALTEZZA MAX	SUPERFICIE	SUPERFICIE FINESTRATA ILLUMINANTE			SUP. ILLUMINANTE E MINIMA	RAPPORTO ILLUMINANTE		NOTE	SUPERFICIE FINESTRA APRIBILE				SUP. AERANTE MINIMA	RAPPORTO AERANTE		NOTE					
LOCALE	DESTINAZIONE	LOCALE m	LOCALE (mq)	(m²)	(L) m	(H) m	SUP. mq	1/8		1/	(m²)	(L) m	(H) m	SUP. mq	1/8		1/						
P1-19	AMBULATORIO PLS	3,00	15,26	2	1,60	1,60	5,12	1,91	5,12	>	1,91	3	*	2	1,60	1,60	5,12	1,91	5,12	>	1,91	3	*
P1-21	WC H	2,70	3,85				CIECO		ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE			**						AERAZIONE FORZATA			***		
P1-22	SERVIZI UTENTI	2,70	16,65				CIECO		ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE			**						AERAZIONE FORZATA			***		
P1-23	CORRIDOIO	2,40	48,48				CIECO		ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE			**						AERAZIONE FORZATA			***		
P1-24	ATTESA PLS	2,70	28,44	1	1,60	1,60	2,56	3,56	2,56	<	3,56	11	*	1	1,60	1,60	2,56	3,56	2,56	<	3,56	11	*

* Locale dotato di impianto di aspirazione forzata

** Integrazione con illuminazione artificiale

*** Locale dotato di impianto di ventilazione meccanica secondo UNI 10339 ai sensi dell'art. 3.4.10 del RLI tipo Regione Lombardia

o Locale non soggetto a modifiche

N.B.:

- Tutti i locali oggetto della presente comunicazione sono dotati di illuminazione artificiale a norma di legge.

- La superficie illuminante è calcolata ai sensi dell'art. 3.4.11 del vigente Regolamento Locale d'igiene.

PIANO TERRENO scala 1:100



CODIFICA	NOME	(H) ALTEZZA MAX	SUPERFICIE	SUPERFICIE FINESTRATA ILLUMINANTE			SUP. ILLUMINANTE E MINIMA	RAPPORTO ILLUMINANTE	NOTE	SUPERFICIE FINESTRA APRIBILE			SUP. AERANTE MINIMA	RAPPORTO AERANTE	NOTE		
LOCALE	DESTINAZIONE	LOCALE (m)	LOCALE (mq)	(L) (m)	(H) (m)	SUP. (mq)	1/8	1/		(m²)	(L) (m)	(H) (m)	SUP. (mq)	1/8	1/		
PR-21	CORRIDOIO	3,00	29,32			CIECO	ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE	**		2	1,44	1,00	2,88	2,19	2,88	> 2,19	6 *
PR-22	CORRIDOIO	3,00	20,27			CIECO	ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE	**		2	1,44	1,00	2,88	2,51	2,88	> 2,51	7 *
PR-23	ATTESA MMG	3,00	17,53	2	1,44	1,00	2,88	2,19	2,88	> 2,19	6 *						
PR-24	AMBULATORIO MMG	3,00	20,08	2	1,44	1,00	2,88	2,51	2,88	> 2,51	7 *						
PR-25	DEPOSITO	3,00	4,81			CIECO	ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE	**		2	1,44	1,00	2,88	1,73	2,88	> 1,73	5 *
PR-27	AMBULATORIO MMG	3,00	13,67	2	1,44	1,00	2,88	1,73	2,88	> 1,73	5 *						
PR-28	AMBULATORIO MMG	3,00	14,40	2	1,44	1,00	2,88	1,80	2,88	> 1,80	5 *						
PR-29	DEPOSITO	3,00	2,87			CIECO	ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE	**		2	1,44	1,00	2,88	1,80	2,88	> 1,80	5 *

* Locale dotato di impianto di aspirazione forzata
** Integrazione con illuminazione artificiale
*** Locale dotato di impianto di ventilazione meccanica secondo UNI 10339 ai sensi dell'art. 3.4.10 del RLI tipo Regione Lombardia
o Locale non soggetto a modifiche

N.B.:
- Tutti i locali oggetto della presente comunicazione sono dotati di illuminazione artificiale a norma di legge.
- La superficie illuminante è calcolata ai sensi dell'art. 3.4.11 del vigente Regolamento Locale d'igiene.

Su delega del Direttore Generale
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Giuseppina Ardemagni

Il Direttore Socio Sanitario
Dott.ssa Paola Maria Pirola

S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
Il Direttore: Arch. Carlo Cislighi

0	Emesso per BANDO SPAZI	MARZO 2026	A.D.	C.C.	S.D.G.
REV.	DESCRIZIONE	DATA	DISEGNATO	VERIFICATO	APPROVATO
Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana Via Pandina, 1- 20070 Vizzolo Predabissi (MI)		Data:	25/03/2026	Tav. U	
		Scala: 1:100			
				Oggetto:	
		Piazzale Gorizia nr. 2 - Trezzo Sull'Adda PIANO TERRA e PIANO PRIMO Casa di Comunità di Trezzo SA SPAZI CURE PRIMARIE MMG E PLS			
Ubicazione: Piazzale Gorizia nr 2, Trezzo Sull'Adda (MI)				Nome file: AQ1_L16-1_PE_AR_LO_OE_001_A	



SCHEMA TIPO DI DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA SELEZIONE

Alla cortese Att.ne

Direttore Generale
ASST Melegnano e Martesana
Via Pandina 1
20070 - VIZZOLO PREDABISSI
protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it

Il/La sottoscritto /a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) in via/piazza _____ n. _____,
indirizzo mail _____, indirizzo pec _____,
numero di telefono _____

CHIEDE

di partecipare alla manifestazione d'interesse per l'assegnazione in concessione d'uso di spazi presso i locali della Casa di Comunità di Trezzo sull'Adda ubicata nel distretto Adda.

Consapevole delle responsabilità penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (D.P.R. 28/11/2000 n. 445, art. 76 e s.m.i.), con la presente dichiara:

- 1) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università _____ sita in _____ in data _____
- 2) di aver conseguito la specialità in Pediatria presso l'Università _____ in data _____;
- 3) di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita in data _____;
- 4) di essere iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi di _____ al n. _____ dal _____;
- 5) di essere convenzionato/a o di aver accettato incarico con l'ASST Melegnano e Martesana da _____;
- 6) di far parte/non far parte di medicina di gruppo/rete nell'ambito di _____ con i seguenti colleghi: _____
- 7) di non aver procedimenti penali in corso o pendenze penali;
- 8) di non essere stato sospeso per condanne passate in giudicato per reati contro la Pubblica Amministrazione;
- 9) di non essere stato escluso/a dall'elettorato attivo o passivo;
- 10) di non aver subito sospensioni dall'attività professionale per reati contro la Pubblica Amministrazione passati in giudicato;

- 11) di non avere rapporti con altre Aziende private o pubbliche;
- 12) di frequentare o di aver frequentato il corso di Medicina Generale presso la sede di _____ in data _____, oppure di essere stato abilitato come medico Chirurgo prima del 31.12.1994;
- 13) di voler partecipare al presente avviso per il locale identificato _____;

In merito alle unità immobiliari oggetto della manifestazione, il sottoscritto dichiara:

- di aver effettuato il sopralluogo di rito presso la sede dell'ASST al cui interno è ubicata l'unità immobiliare oggetto della manifestazione (Casa di Comunità di Trezzo) ed è stata presa visione della situazione;
- di accettare i locali nello stato di fatto e di diritto;
- il seguente orario di studio che verrà osservato in caso di assegnazione degli spazi, come di seguito dettagliato:

Giorno della settimana (es. lun.)	Orario (dalle __:__ alle __:__)
lunedì	
martedì	
mercoledì	
giovedì	
venerdì	
sabato	

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa alla presente manifestazione venga fatta al seguente indirizzo:

Dott./Dott.ssa _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____ Pec _____

Autorizza, infine, l'ASST al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei propri dati personali ai fini degli adempimenti dell'espletamento della manifestazione in oggetto.

Si allega fotocopia di documento di identità in corso di validità .

_____, lì _____

In fede
