

Concorsi

REGIONE PUGLIA – SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Ambiti carenti di Assistenza primaria rilevate dalle Aziende Sanitarie marzo-settembre 2020**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE****PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA RILEVATE AI SENSI DELL'ART. 5 DELL'ACN 21/06/2018, DALLE AZIENDE SANITARIE CON RIFERIMENTO ALL'ANNO 2020**

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE BT			
Via Fornaci n. 201 76123 Andria			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	NOTA
5	TRANI	2	Nota n. 21077 del 19/03/2021
	TOTALE	2	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI			
Lungomare Starita n. 6 70123 Bari			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	NOTA
			Delibera n. 275 del 22/02/2021
	TOTALE	0	Nessuna carenza rilevata

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BR			
Via Napoli n. 8 72100 Brindisi			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	NOTA
4	CELLINO SAN MARCO	1	Delibera n. 487 del 01/03/2021
	TOTALE	1	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA			
Via M. Protano n. 13 71121 Foggia			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	NOTA
			Nota n. 34894 del 03/04/2020
	TOTALE	0	Nessuna carenza rilevata

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE			
Via Miglietta n. 5 73100 Lecce			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	NOTA
51	SAN CESARIO	1	Delibera n. 137 del 12/02/2021 (ANNO 2020)
57	OTRANTO	1	Delibera n. 137 del 12/02/2021 (ANNO 2020)
58	POGGIARDO	2	Delibera n. 137 del 12/02/2021 (ANNO 2020)
	TOTALE	4	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TARANTO			
Viale Virgilio n. 31 74100 Taranto			
AREA	COMUNE	CARENZE	NOTA
		0	Delibera n. 469 del 01/03/2021
	TOTALE	0	Nessuna carenza rilevata

La procedura di assegnazione delle carenze di assistenza primaria suindicate è gestita dalle relative AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI secondo le modalità previste dall'art. 34 Accordo Collettivo Nazionale di Medicina Generale 29/07/09, così come novellato dall'art. 5 dell' ACN del 21/06/2018.

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento e quella valida per l'anno 2020, approvata con determinazione dirigenziale n. 301 del 13/12/2019 è pubblicata sul BURP n. 148 del 19/12/2020, rettificata dalla Determina dirigenziale n. 25 del 05/02/2020 è pubblicata sul BURP n. 20 del 19/12/2020

A tale riguardo si precisa che oltre agli trasferenti ed agli iscritti nella graduatoria valevole per l'anno 2020, potranno concorrere per il conferimento degli incarichi vacanti anche i medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla scadenza della domanda di inclusione nella graduatoria regionale.

Pertanto, in ragione della circostanza che per la graduatoria anno 2020 potevano concorrere i medici in possesso dei titoli alla data del 31/12/2018, potranno presentare domanda secondo la graduazione prevista dalla norma transitoria n.2 dell' ACN 21/06/2018, solo i medici che frequentando il corso in formazione specifica in medicina generale del triennio 2015/2018, che per ragioni e circostanze a loro non imputabili (quali assenze per malattie, gravidanza, ampliamento del termine per lo scorrimento della graduatoria degli idonei) hanno conseguito il diploma dopo il termine di scadenza della domanda: 31/01/2019.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata entro 20gg. (venti) dalla data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, istanza di assegnazione di incarico, in conformità agli schemi allegati, indirizzandola alle AZIENDE Sanitarie Provinciali competenti.

- Allegato "A" domande per trasferimento (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 2 lett. a) ACN 29/07/09;
- Allegato "B" domande per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 2 lett. b) ACN 29\07\09;
- Allegato "C" domande per i medici di cui alla norma transitoria n. 2 ACN 21/06/2018;
- Allegato "D" domande per i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, D.L. 14/ dicembre 2018 n. 135, art. 9, convertito in legge 11 febbraio 2018, n. 12.

I medici aspiranti di cui all'Allegato D possono concorrere solo per le zone carenti che rientrano nell'ambito provinciale in cui insiste la sede del polo formativo a cui sono stati assegnati.

In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, resa ai sensi dell'art. 47 della L. 445\00, esente da bollo, con allegata una copia fotostatica di un documento di identità, attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovano in situazione di incompatibilità.

Le situazioni di incompatibilità devono cessare nei termini di cui al comma 8, dell'art. 17, ACN 29/07/09

Per l'assegnazione, degli ambiti distrettuali carenti di assistenza primaria mediante graduatoria regionale di medicina generale, si applicano, ai sensi del comma 13 lett. a) e b), dell' art 34 così come novellato dall'art 5 dell' ACN del 21/06/2018, le seguenti percentuali di riserva dei posti:

- 1) Percentuale del 80% per i medici in possesso del titolo di formazione in medicina generale D.L.vo n.256\91 e delle norme corrispondenti di cui D.L.vo n. 368\99 e di cui al D.L.vo n. 277/03;
- 2) percentuale del 20% per i medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

Gli aspiranti in possesso di entrambi i requisiti previsti dall'art. 16, comma 7, lett. (a) e (b), del ACN 29/07/09, possono concorrere ESCLUSIVAMENTE per una delle sopra indicate percentuali di riserva ai sensi dell'art. 16, comma 9 e 10, ACN 29/07/09. LA RISERVA PER LA QUALE L'ASPIRANTE INTENDE CONCORRERE DEVE ESSERE INDICATA -PENA ESCLUSIONE- NELLA ISTANZA DI ASSEGNAZIONE DI INCARICO.

In conformità a quanto concordato in sede di Comitato Permanente Regionale, nella seduta del 13/01/2014, al fine di garantire lo snellimento delle procedure di assegnazione degli incarichi carenti, gli incarichi carenti saranno assegnati in unica soluzione, nel rispetto delle percentuali surrichiamate, previa convocazione di tutti gli aventi titolo da parte della ASL interessata anche tramite posta certificata.

Gli incarichi s'intendono definitivamente assegnati al momento dell'accettazione. Gli eventuali incarichi già assegnati a cui non farà seguito l'apertura dello studio da convenzionarsi, nei termini di 90 gg previsti dall'art. 95 ACN vigente, vanno considerati come residui e ribaltati sulla rilevazione della annualità successiva.

Le AA.SS.LL. devono procedere a formulare le graduatorie ed assegnazione dei relativi incarichi nel rispetto del calendario di seguito riportato:

ASL BA	07 giugno 2021
ASL BR	08 giugno 2021
ASL BT	09 giugno 2021
ASL FG	10 giugno 2021
ASL TA	11 giugno 2021
ASL LE	14 giugno 2021

Al termine delle assegnazioni gli incarichi residui dovranno essere tempestivamente comunicati alla SEZIONE Strategia dell'Offerta dell'Assistenza Ospedaliera della Regione Puglia, entro e non oltre e comunque non oltre il 01 luglio 2021, per consentire i successivi adempimenti di cui al novellato art. 5 co.17 dell' ACN 21/06/2018. A conclusione di quest'ultima procedura, gli incarichi che dovessero risultare ancora vacanti potranno essere assegnati ai medici ancora iscritti al corso di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui D.L.vo n. 368/99 e D.L.vo 277/03, ai sensi del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, art. 9, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n. 12, nel rispetto della graduazione e con i massimali assistibili previsti dal verbale delle pre intese sottoscritto c/o la SISAC in data 08/08/2019.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dr. Vito CARBONE)

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
(Dr. Giovanni CAMPOBASSO)

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (ANNO 2020)
(PER TRASFERIMENTO)**

BOLLO

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE _____

VIA _____

RACCOMANDATA

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

Prov. ___ il _____ M ___ F ___ codice fiscale _____ Residente a _____

Prov. ___ Via _____ n. ___ c.a.p. _____ tel. _____

A far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda U.S.L. _____ di _____ per l'ambito territoriale di _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29/07/09, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul BURP n. ___ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà (rese ai sensi dell'art. 46 e 47 della legge 445/00) atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a), ACN 23/03/05 e l'anzianità complessiva di incarico di assistenza primaria:

ALLEGATI n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ (Campo obbligatorio)

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune di _____

c.a.p. _____ Prov. _____ indirizzo _____ n. _____

Indirizzo PEC conforme al CAD 2005 _____

Data _____ (firma per esteso) _____

N.B. L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredate da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (ANNO 2020)
(PER GRADUATORIA)**

BOLLO

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE _____

VIA _____

RACCOMANDATA

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

Prov. ___ il _____ M _ F _ codice fiscale _____ Residente a _____

Prov. _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____ tel. _____

A far data dal _____ AUSL di residenza _____ e residente nel territorio della Regione

_____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale definitiva, valevole per l'anno 2020

al posto n. _____ con punti _____ pubblicata sul BURP n.148 del 19/12/2019, rettificata dalla Determina n. 25 pubblicata sul BURP n. 20 del 13/02/2020.

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29/07/09, per assegnazione, degli ambiti distrettuali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto dall'art. 16, commi 7 e 9 ACN 29/07/09 di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appreso indicato (*barrare una sola casella: in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

- riserva per medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 e delle norme corrispondente di cui al D.L.vo n. 368/99 e di cui D. L.vo. n. 277/03 (art. 16, comma 7, lett. a, DPR 270/00);
- riserva per medici in possesso del titolo equipollente (art. 16, comma 7, lett. b, ACN 29/07/09).

Chiede che per ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ (Campo obbligatorio)

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____

Prov. _____ indirizzo _____, n. _____

Indirizzo PEC conforme al CAD 2005 _____

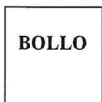
Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____ (firma per esteso) _____

N.B. L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredate da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.

ALLEGATO "C"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (ANNO 2020)**
*(medici che hanno conseguito titolo di formazione specifica in M.G. relativo al corso 2015-2018 dopo il 31 gennaio
2019) norma transitoria n. 2 ACN 21/06/2018*



ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE _____

VIA _____

RACCOMANDATA

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

Prov. ___ il _____ M _ F _ codice fiscale _____ Residente a _____

Prov. ___ Via _____ n. ___ c.a.p. _____ tel. _____

A far data dal _____ AUSL di residenza _____ e residente nel territorio della Regione
_____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale definitiva, valevole per l'anno 2020

al posto n. ___ con punti _____ pubblicata sul BURP n. del _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dalla norma transitoria n. 2 ACN 21.06.2018 dell'accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29/07/09, per assegnazione, degli ambiti distrettuali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. ___ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto dalla norma transitoria n. 2 dell'ACN 21/06/2018 di poter accedere alla assegnazione, in subordine agli aventi diritto titolo per trasferimento e per graduatoria, nel rispetto della graduatoria prevista dalla stessa norma.

Chiede che per ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:
c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____

Prov. _____ indirizzo _____, n. _____

Indirizzo PEC conforme al CAD 2005 _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____ (firma per esteso) _____

N.B. L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredate da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.

ALLEGATO "D"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (ANNO 2020)**
*(medici iscritti al corso di formazione specifica in M.G. D.L.von.256/91 e delle norme corrispondenti di cui
D.L.vo 368/99 e di cui al D.L.277/03) ai sensi D.L. 14/ dicembre 2018 n. 135, art. 9, convertito in legge 11
febbraio 2018, n. 12.*

BOLLO

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE o PROVINCIALE _____

VIA _____

RACCOMANDATA

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

Prov. ___ il _____ M ___ F ___ codice fiscale _____ Residente a _____

Prov. ___ Via _____ n. ___ c.a.p. _____ tel. _____

A far data dal _____ AUSL di residenza _____ e residente nel territorio della Regione

_____ dal _____ Iscritto al 1° 2° 3° (barrare) anno del corso di formazione in medicina generale,

presso _____ con sede in _____ provincia _____ (*)

(*) Gli aspiranti aventi titolo possono concorrere solo per le zone carenti che rientrano nell'ambito provinciale in cui insiste la sede del polo formativo a cui sono stati assegnati.

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 9 D.L. 14/ dicembre 2018 n. 135, per assegnazione, degli ambiti distrettuali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. ___ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Ambito distrettuale n. ___ località carente _____

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto dal D.L. 14/ dicembre 2018 n. 135, art 9, convertito in legge 11 febbraio 2018, n. 12, di poter accedere alla assegnazione, in subordine agli aventi diritto titolo per trasferimento e per graduatoria, e per la norma transitoria n. 2 dell'ACN 21/06/2018, e degli adempimenti di cui all'art 34 co.17 dell'ACN 21.06.2018, nel rispetto della graduatoria prevista dal verbale delle pre intese sottoscritte c/o la SISAC in data 08/08/2019.

Chiede che per ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

 indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____
(Campo obbligatorio)

 la propria residenza

 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____

Prov. _____ indirizzo _____, n. _____

Indirizzo PEC conforme al CAD 2005 _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____ (firma per esteso) _____

N.B. L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredate da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.