

ASL LE

**Progetto S.C.A.P. Avvisi pubblici.**

DELIBERAZIONE NUMERO 1575 DEL 30.06.2017

OGGETTO: Progetto S.C.A.P. approvazione Avvisi Pubblici – atto immediatamente esecutivo

L'anno 2017 il giorno 30 del mese di Giugno in Lecce, nella Sede della Azienda, in via Miglietta n.5

STRUTTURA (Codice)	CENTRO DI COSTO (Codice)
U.O.G.R.C. UFFICIO DI STAFF	A00120
<b>STRUTTURA</b>	<b>CENTRO DI COSTO</b>

**II DIRETTORE GENERALE**

- Visto il D.Lgs. 30/12/1992 n.502 e successive modifiche ed integrazioni;
- Vista la Legge Regionale 28/12/1994, n.36;
- Vista la Legge Regionale 30/12/1994, n.38;
- Vista la Legge Regionale 03/08/2006, n.25;
- Vista la Legge Regionale 28/12/2006, n.39;
- Vista la legge Regionale 25/02/2010 n. 4;
- Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n. 162 del 29.02.2016;
- Vista la Deliberazione del Direttore Generale n. 1 del 17/03/2016;
- Coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

**RELAZIONE ISTRUTTORIA****Premesso**

**che** con Deliberazione n. 129 del 7.2.2017, in BURP n. 22 del 17.02.2017, la Giunta Regionale, ha approvato il modello organizzativo SCAP (Servizio di Consulenza Pediatrica Ambulatoriale), secondo le linee guida allegate allo stesso provvedimento, al fine di assicurare la continuità assistenziale pediatrica anche nei giorni festivi e prefestivi, giorni in cui le funzioni della Pediatria di libera scelta vengono delegate al Servizio di continuità assistenziale e o al Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri:

**che** la Regione Puglia con nota prot. A\_183/398 del 15/06/2017. acquisita agli atti d'ufficio, ha parzialmente modificato il punto 4) e ) della succitata deliberazione;

**che** nella stessa Deliberazione è stato previsto che le sedi SCAP siano tutte allocate presso i Presidi Ospedalieri dotati di U.O. di Pediatria, in locali adiacenti ai Pronto Soccorso, tenendo conto della nuova rete ospedaliera prevista dal piano di riordino di cui alla D.G.R. 1933 del 30/11/2016, nonché dei Comuni con una popolazione superiore a 50.000 abitanti, in particolare per questa Azienda sono state individuate tre sedi SCAP allocate presso i Presidi Ospedalieri di Lecce, Gallipoli e Scorrano;

**che** con l'anzidetta Deliberazione di approvazione del Progetto. la Regione Puglia ha anche modificato il contenuto dell'AIR delta Pediatria recepito con D.G.R. n.2290 del 29/12/2007, prevedendo il finanziamento del Progetto con l'utilizzo dei Fondi residui al 31 dicembre di ogni anno ai sensi del combinato disposto

dell'art.38 "flessibilità dei Fondi" dell'AIR/2011 e dell'art. 33 lettera c) e d) , con il vincolo che le risorse così destinate potranno essere utilizzate nella misura massima del 50% della loro consistenza per finanziare il nuovo modello organizzativo SCAP;

**che** con Deliberazione n. 1406 del 15/06/2017 questa Azienda ha provveduto alla ricognizione dei relativi Fondi aziendali al 31/12/2016;

**Accertata** pertanto, la disponibilità dei Fondi per l'attivazione del Progetto in parola, per l'attivazione delle sedi SCAP così come autorizzati dalla Regione Puglia;

**Rilevato** che per dare piena esecuzione al Progetto la ASL deve garantire la disponibilità del personale necessario ad assicurare la copertura dei turni nelle sedi stabilite, in particolare per il personale medico occorre reclutare, su base volontaria, sia medici pediatri, facendo riferimento a quanto stabilito dall'art.4 del Progetto SCAP, allegato alla D.G.R. m129/2017 che personale infermieristico e/o vigilatrici di infanzia ovvero in subordine puericultrici. con riferimento a quanto stabilito dall'art. Il del citato progetto;

**Ritenuto** opportuno pertanto dover indire due appositi Avvisi Pubblici, uno per il reclutamento di medici pediatri e l'altro per il personale infermieristico e/o vigilatrici di infanzia ovvero in subordine puericultrici, disponibili a partecipare al progetto in parola;

*si propone*

*Approvare* gli schemi di Avviso Pubblico, ed i modelli di domanda, così come predisposti dalla competente U.O. Gestione Rapporti Convenzionali, allegati al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, finalizzati alla formazione delle graduatorie e degli elenchi dei medici pediatri e personale infermieristico e/o vigilatrici di infanzia ovvero in subordine puericultrici, aspiranti al conferimento degli incarichi inerenti le attività del Servizio di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP);

#### **AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA PROGETTO SCAP**

Si rende noto che in esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. 1575 del 30/06/17 questa ASL indice il presente Avviso Pubblico per la formazione di apposita graduatoria valida per il conferimento di incarichi libero professionali per la partecipazione al Progetto SCAP, Servizio di Consulenza Pediatrica Ambulatoriale, della ASL di Lecce da svolgersi nei Presidi Ospedalieri di Lecce, Gallipoli Scorrano ed ubicate in adiacenza ai Pronto Soccorso, secondo le linee guida approvate con D.G.R.129 del 7/2/2017.

L'aspirante avente titolo può presentare domanda in lune le AA.SS.LL., circostanza che quest'ultima deve essere dichiarata al momento della domanda, sotto forma di autocertificazione, e non costituisce motivo di esclusione. Al momento dell'accettazione dell'incarico, il candidato " decade automaticamente dalle altre graduatorie appositamente costituite per il progetto SCAP.

Hanno titolo a partecipare al presente procedimento:

- a) i medici pediatri convenzionati esclusivamente con la ASL di Lecce;
- b) i medici pediatri iscritti nella graduatoria regionale pediatrica valida alla data del presente bando;
- c) in subordine, medici pediatri non inseriti in graduatoria regionale ma in possesso della specializzazione e dei requisiti per l'iscrizione in Graduatoria Regionale;

I medici interessati all'inclusione nella graduatoria dovranno inviare apposita istanza indirizzata al Direttore Generale dell'ASL di Lecce - via Miglietta n. 5, a mezzo raccomandata A.R. oppure consegnata brevi manu presso la sede dell' Unità Operativa Gestione Rapporti Convenzionali in viale Don Minzoni 8 — 73100 Lecce, **entro e non oltre il 10° giorno da quello successivo alla pubblicazione del presente Avviso sul BURP.**

Non saranno considerate valide le istanze pervenute successivamente a detto termine.

Se il termine per la presentazione della domanda, cade in giorno festivo, sarà prorogato di diritto al giorno seguente non festivo.

Gli aspiranti al momento della sottoscrizione del contratto non devono versare in situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art.17 del vigente ACN della pediatria di Libera Scelta.

Sono altresì incompatibili con il progetto SCAP i pediatri titolari di pensione a qualsiasi titolo.

La domanda, in bollo da Euro 16,00, redatta ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., deve, a pena di esclusione, essere sottoscritta e corredata da fotocopia di un documento di identità, contenere l'indicazione esatta dei dati anagrafici, del luogo di residenza, dell'indirizzo, del recapito telefonico, della PEC personale, da riportare in maniera chiara e leggibile, l'eventuale titolarità di incarico e numero di assistiti, il numero di posizione eventualmente occupato nella graduatoria regionale definitiva pediatrica con il relativo punteggio, anzianità di specializzazione.

Le domande di partecipazione dovranno essere redatte esclusivamente come da fac-simile allegato ai presente avviso. Si precisa che le domande incomplete o comunque redatte in difformità dal predetto schema saranno escluse.

Le domande presentate dai medici pediatri iscritti in graduatoria regionale saranno graduate in base ai criteri previsti dal progetto SCAP allegato alla DGR 129 del 7 febbraio 2017, sommando il punteggio dei seguenti titoli:

- a. Punteggio attribuito nella graduatoria Regionale Puglia;
- b. Residenza nella Regione Puglia da almeno 2 anni antecedente al bando — 40 punti;
- c. Residenza nella ASL da almeno 2 anni antecedente al bando — 10 punti;

I medici pediatri non inseriti nella graduatoria regionale saranno graduati secondo l'anzianità di specializzazione, a parità di anzianità prevale l'età anagrafica più giovane.

I medici titolari di incarico di pediatria di libera scelta presso la Asl di Lecce saranno graduati con priorità riferita al minor numero di assistiti in carico.

Per l'inoltro delle comunicazioni, questa ASL non è responsabile della mancata ricezione dovuta ad indirizzi PEC scritti in modo errato e/o illeggibile. La mancata visione delle suddette comunicazioni, da parte del medico interessato, nei termini indicati nelle stesse, nonché l'eventuale conseguente mancato riscontro sarà addebitabile alla esclusiva responsabilità del medico e non di questa ASL.

Per quanto non previsto nel presente Avviso, si rinvia a quanto previsto dalle linee guida di cui alla D.G.R. 129 del 7/2/2017, alla nota Regionale prot. AOO\_183 del 15/06/2017 ed alla normativa di cui all'A.C.N.della Pediatria del 29.07.2009 ed ai relativi accordi regionali e aziendali vigenti in materia per le parti compatibili.

L'ASL di Lecce si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, modificare o revocare, in tutto o in parte, il presente avviso, restando preclusi ai concorrenti partecipanti qualsiasi protesta o diritto.

Il trattamento economico per tutti i medici incaricati sarà quello previsto dal progetto SCAP allegato alla D.G.R. n. 129 del 7 febbraio 2017.

In caso di impossibilità a presentarsi il giorno della convocazione i medici interessati potranno inviare, entro e non oltre le ore 14.00 del giorno precedente alla stessa, tramite mail all'indirizzo **mmg.pls.convenzioni@ausl.le.it** apposita comunicazione di accettazione, con indicazione delle sedi di interesse indicate secondo l'ordine di preferenza, impegnandosi a presentarsi, entro i due giorni successivi alla data di convocazione, per la regolarizzazione dell'accettazione. In caso di mancata conferma dell'accettazione nei modi predetti tali accettazioni verranno considerate nulle. Non saranno considerate valide eventuali deleghe se non per comprovate e documentate motivazioni di impossibilità a presentarsi.

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente Avviso, potrà essere richiesta presso gli uffici dell'Unità Operativa Gestione Rapporti Convenzionali, in Viale don Minzoni 8 - 73100 Lecce (dr.ssa Giovanna Carrozzo 0832 215359 e mail: [mmg.pls.convenzioni@ausl.le.it](mailto:mmg.pls.convenzioni@ausl.le.it))

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr.ssa Silvana MELLI



AL DIRETTORE GENERALE ASL LE  
VIA MIGLIETTA 5  
73100 LECCE

MARCA DA BOLLO

EURO 16,00

Oggetto: **progetto SCAP**

#### DOMANDA DI ADESIONE PER MEDICI PEDIATRI

*La presente domanda vale come autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000*

Il sottoscritto dott. ....nato a .....il .....  
residente a ..... alla via .....n. .... tel. ....  
medico chirurgo con specializzazione in pediatria, conseguita presso l'Universita' di .....  
in data .....

#### CHIEDE

di partecipare al progetto SCAP dell'ASL LE anno 2017.

A tal fine dichiara (barrare le lettere interessate):

- a) di essere iscritto nella graduatoria regionale pediatrica valevole alla data del suddetto bando al numero ..... con punti .....
- b) di essere residente nella Regione Puglia da almeno due anni,
- c) di essere residente nel territorio dell'ASL LE da almeno 2 anni nel comune di.....
- d) di essere pediatra di famiglia convenzionato nell'ASL LE nel Comune di .....  
con numero ..... di assistiti in carico alla data di pubblicazione del presente bando
- e) di non essere in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dal bando stesso,
- f) di disporre di adeguata polizza RC professionale,
- g) di impegnarsi a stipulare adeguata polizza Rc professionale alla sottoscrizione dell'incarico.
- h) di aver inoltrato domanda di partecipazione al progetto SCAP nelle seguenti AA.SS.LL.

Qualsiasi situazione non conforme alla reale situazione costituisce reato e pertanto sarà punita a norma di legge.

Si allega alla presente documento d'identità.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

AL DIRETTORE GENERALE ASL LE  
VIA MIGLIETTA 5  
73100 LECCE

MARCA DA BOLLO € 16,00

**DOMANDA DI ADESIONE PER INFERMIERI E PUERICULTRICI**  
La presente domanda vale come autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

Il sottoscritto .....nato a .....il .....  
residente a ..... alla via .....n. .... tel. ....  
con il titolo di ..... conseguito presso .....  
in data .....

**CHIEDE**

**di partecipare al progetto SCAP dell'ASL LE anno 2017.**

A tal fine dichiara (barrare le lettere interessate):

- a ) di essere residente nella Regione Puglia;
- b ) di essere residente nel territorio dell'ASL Le dal .....
- c) di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio  
.....  
.....  
.....
- d) di disporre di adeguata polizza RC professionale,
- e) di impegnarsi a stipulare adeguata polizza Rc professionale all'atto della sottoscrizione dell'incarico.
- f) dichiara di aver presentato domanda nelle seguenti AA.SS.LL. : .....

A parità di punteggio prevale il piu' giovane di età.

Qualsiasi situazione non conforme alla reale situazione costituisce reato e pertanto sarà punita a norma di legge.

Si allega alla presente documento d'identità.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Stabilire* che detti Avvisi saranno pubblicati sul B.U.R.P., all'Albo Pretorio di questa ASL e sul sito web aziendale e che le relative domande dovranno pervenire improrogabilmente entro dieci giorni decorrenti dal giorno successivo alla pubblicazione dello stesso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;

*Trasmettere* copia della presente, all'Ordine dei Medici della provincia di Lecce ed ai Dirigenti dei Distretti Socio Sanitari, ai Direttori delle Strutture ospedaliere interessate, ai Comitati Aziendale e Regionale della Pediatria di Libera Scelta e al Dipartimento per la Promozione della Salute e del benessere sociale e dello sport per tutti, Sezione Strategia e governo dell'offerta;

*Prevedere* che il costo relativo ai compensi del personale medico troverà allocazione nei diversi centri di costo, dell'esercizio di riferimento, effettuata al momento della liquidazione.

#### **IL DIRETTORE GENERALE**

Vista la relazione istruttoria e la proposta;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e Del Direttore Sanitario;

#### **DELIBERA**

**Approvare** gli schemi di Avviso Pubblico, ed i modelli di domanda, così come predisposti dalla competente U.O. Gestione Rapporti Convenzionali, allegati al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, finalizzati alla formazione delle graduatorie e degli elenchi dei medici pediatri e personale infermieristico e/o vigilatrici di infanzia ovvero in subordine puericultrici, aspiranti al conferimento degli incarichi inerenti le attività del Servizio di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP);

**Stabilire** che detti Avvisi saranno pubblicati sul B.U.R.P., all'Albo Pretorio di questa ASL e sul sito web aziendale e che le domande dovranno pervenire improrogabilmente entro dieci giorni decorrenti dal giorno successivo alla pubblicazione dello stesso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;

**Trasmettere** copia della presente, all'Ordine dei Medici della provincia di Lecce ed ai Dirigenti dei Distretti Socio Sanitari, ai Direttori delle Strutture ospedaliere interessate, ai Comitati Aziendale e Regionale della Pediatria di Libera Scelta e al Dipartimento per la Promozione della Salute e del benessere sociale e dello sport per tutti, Sezione Strategia e governo dell'offerta:

**Prevedere** che il costo relativo ai compensi del personale medico troverà allocazione nei diversi centri di costo, dell'esercizio di riferimento, effettuata al momento della liquidazione.

Il Direttore Amministrativo  
Dott. Antonio Pastore

Il Direttore Sanitario  
Dott. S. De Giorgi

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Silvana Melli



AL DIRETTORE GENERALE ASL LE  
VIA MIGLIETTA 5  
73100 LECCE

MARCA DA BOLLO

EURO 16,00

Oggetto: **progetto SCAP**

#### DOMANDA DI ADESIONE PER MEDICI PEDIATRI

*La presente domanda vale come autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000*

Il sottoscritto dott. .... nato a ..... il .....  
residente a ..... alla via ..... n. .... tel. ....  
medico chirurgo con specializzazione in pediatria, conseguita presso l'Universita' di .....  
in data .....

#### CHIEDE

di partecipare al progetto SCAP dell'ASL LE anno 2017.

A tal fine dichiara (barrare le lettere interessate):

- a) di essere iscritto nella graduatoria regionale pediatrica valevole alla data del suddetto bando al numero ..... con punti .....
- b) di essere residente nella Regione Puglia da almeno due anni,
- c) di essere residente nel territorio dell'ASL LE da almeno 2 anni nel comune di .....
- d) di essere pediatra di famiglia convenzionato nell'ASL LE nel Comune di .....  
con numero ..... di assistiti in carico alla data di pubblicazione del presente bando
- e) di non essere in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dal bando stesso,
- f) di disporre di adeguata polizza RC professionale,
- g) di impegnarsi a stipulare adeguata polizza Rc professionale alla sottoscrizione dell'incarico.
- h) di aver inoltrato domanda di partecipazione al progetto SCAP nelle seguenti AA.SS.LL.

Qualsiasi situazione non conforme alla reale situazione costituisce reato e pertanto sarà punita a norma di legge.

Si allega alla presente documento d'identità.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

AL DIRETTORE GENERALE ASL LE  
VIA MIGLIETTA 5  
73100 LECCE

MARCA DA BOLLO € 16,00

**DOMANDA DI ADESIONE PER INFERMIERI E PUERICULTRICI**  
La presente domanda vale come autocertificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000

Il sottoscritto .....nato a .....il .....  
residente a ..... alla via .....n. .... tel. ....  
con il titolo di ..... conseguito presso .....  
in data .....

**CHIEDE**

**di partecipare al progetto SCAP dell'ASL LE anno 2017.**

A tal fine dichiara (barrare le lettere interessate):

- a ) di essere residente nella Regione Puglia;
- b ) di essere residente nel territorio dell'ASL Le dal .....
- c ) di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio  
.....  
.....

- d) di disporre di adeguata polizza RC professionale,
- e) di impegnarsi a stipulare adeguata polizza Rc professionale all'atto della sottoscrizione dell'incarico.
- f) dichiara di aver presentato domanda nelle seguenti AA.SS.LL. : .....

A parità di punteggio prevale il piu' giovane di età.

Qualsiasi situazione non conforme alla reale situazione costituisce reato e pertanto sarà punita a norma di legge.

Si allega alla presente documento d'identità.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_