

ASL BR

Bando di ammissione ai corsi di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale.

In esecuzione della delibera A.S.L. BR di Brindisi n. 813 del 09.05.2019, sono banditi i corsi di formazione per il conseguimento dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi dell'art. 96 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 29.07.2009, dell'art. 4, comma 9, della Legge n. 412/91, dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 1 - Istituzione dei corsi

È istituito corso di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale, articolato in n. 2 moduli.

A ciascuno dei due moduli saranno ammessi n. 20 medici appartenenti alle categorie come individuate ai successivi articoli.

Art. 2 - Requisiti generali di ammissione

Possono presentare domanda i medici che siano in possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o della cittadinanza in uno dei Paesi dell'Unione Europea.

Art. 3 - Requisiti specifici di iscrizione ed ammissione

Al corso possono partecipare i medici:

- a) in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- b) iscritti, alla data di scadenza del presente avviso, all'Albo Professionale;
- c) appartenenti alle seguenti categorie, secondo l'ordine di precedenza definito dal citato art. 96 dell'A.C.N.:
 - 1) medici già incaricati nei servizi di Continuità Assistenziale residenti nella A.S.L. di Brindisi, secondo l'anzianità di incarico;
 - 2) medici già incaricati nei servizi di Continuità Assistenziale residenti nelle AA.SS.LL. limitrofe alla ASL BR, secondo l'anzianità di incarico;
 - 3) medici incaricati nei servizi di Continuità Assistenziale presso le altre AA.SS.LL. della Regione Puglia, secondo l'anzianità di incarico;
 - 4) medici residenti nell'A.S.L. di Brindisi, secondo l'ordine di inserimento nella graduatoria regionale in vigore;
 - 5) medici residenti in altre AA.SS.LL. secondo l'ordine di inserimento nella graduatoria regionale in vigore.

Ai corsi possono partecipare in via subordinata i medici non iscritti nella graduatoria regionale di medicina generale con esclusione dei medici frequentanti il corso formativo triennale regionale per la medicina di base e le scuole di specializzazione, con priorità per i residenti nella ASL di Brindisi e secondo le ulteriori priorità indicate dalla norma transitoria n. 4 e dalla norma finale n. 5 dell'A.C.N..

Possono partecipare inoltre in soprannumero, nel limite di n. 5 unità per ciascun modulo, i medici titolari, alla data di scadenza della pubblicazione del presente bando, di incarico provvisorio presso la A.S.L. di Brindisi nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale.

Art. 4 - Durata e programma del corso

Il corso ha durata almeno quadrimestrale, per un orario complessivo di 400 ore, di cui n. 100 di formazione teorica e n. 300 di formazione pratica.

Art. 5 - Obbligo di frequenza al corso

La frequenza è obbligatoria e si articola secondo il calendario ed il programma formativo definito a livello regionale. Il tirocinio guidato, della durata di 300 ore, si articola in turni diurni e notturni, secondo un percorso formativo individuale. Il tirocinio è guidato da medici "animatori" e si svolge presso le UU.OO. di terapia intensiva polivalente, sala operatoria, sala parto, U.T.I.C., centrale operativa e mezzi di soccorso, pronto

soccorso e D.E.A.. Un numero di assenze superiore a 10 ore per la parte teorica comporta l'esclusione dal corso. È richiesto, ai fini dell'ammissione alla valutazione finale, il recupero delle ore di tirocinio pratico non effettuate, prevedendosi il limite massimo di 30 ore di assenze complessive di tirocinio pratico oltre le quali vi è l'esclusione dal corso.

Art. 6 - Valutazione finale

Il Direttore del corso, ai fini della presentazione del candidato alla valutazione finale, predispone un profilo valutativo generale, desunto anche dai singoli giudizi favorevoli espressi dai medici "animatori" per ogni singola fase di corso.

Il corso si conclude con un giudizio di idoneità o non idoneità che viene espresso da una apposita commissione aziendale, a seguito di una prova consistente in un colloquio, strutturato anche sulla base del profilo valutativo di ciascun candidato, al quale sono ammessi coloro che hanno frequentato il numero di ore previsto e che abbiano superato positivamente le singole fasi del percorso formativo. Al candidato risultato idoneo sarà rilasciato un apposito attestato. Il candidato valutato non idoneo può ripetere il corso una sola volta.

Art. 7 - Domanda di ammissione

Gli interessati dovranno inviare domanda in carta semplice, sottoscritta e corredata da fotocopia di un valido documento di identità, indirizzata a:

***Azienda Sanitaria Locale BRINDISI - Unità Operativa Personale Convenzionato
Via Napoli, 8 - 72100 Brindisi***

La domanda di ammissione, corredata di documento di identità, può essere presentata secondo le seguenti modalità:

- mediante il servizio postale,
- consegnata pro manibus all'ufficio protocollo dell'ASL BR, in via Napoli n. 8 a Brindisi, dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 ed il giovedì anche il pomeriggio dalle ore 15,30 alle ore 17,30,
- a mezzo PEC personale all'indirizzo protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it.

L'Ufficio provvederà a stilare la graduatoria aziendale per l'ammissione dei candidati ai corsi, sulla base dei criteri sanciti dall'art. 96 dell'A.C.N. e indicati nel bando.

Art. 8 - Redazione delle domande

La domanda deve essere prodotta nel formato proposto in allegato al presente bando. Si precisa che le domande incomplete saranno escluse.

Gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., a pena di esclusione, i propri dati anagrafici, il luogo di residenza, l'indirizzo, il recapito telefonico, l'indirizzo PEC personale, il voto e l'anzianità di laurea, la data di iscrizione all'albo professionale, nonché tutte le attività svolte ed in via di svolgimento a qualsiasi titolo, anche precario, alla data di scadenza del presente avviso ed il richiedente dovrà, altresì, dichiarare di accettare quanto previsto dal presente bando.

Art. 9 - Termine di presentazione delle domande

La domanda di ammissione al corso, in tutti i casi sopra descritti, deve pervenire entro e non oltre il termine di 10 (dieci) giorni, che decorrono dal giorno successivo e quello della data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia. Non saranno considerate valide le istanze pervenute successivamente al detto termine, anche se spedite entro la data di scadenza, non rilevando l'eventuale data di accettazione da parte dell'ufficio postale.

Art. 10 -Quota di Iscrizione

È prevista una quota di iscrizione a copertura delle spese di organizzazione e gestione del corso, comprensiva delle quote per la certificazione dei corsi dell'area dell'emergenza effettuati nelle esercitazioni (BLSD, PBLSD, ALS, ecc.) pari ad € 450,00=.

La quota prevista dovrà essere versata, pena decadenza, in un'unica soluzione, esclusivamente nei 5 giorni successivi alla data di convocazione presso l'ASL BR, per la conferma dell'iscrizione al corso, con la seguente modalità:

Bonifico su c/c bancario della Banca Popolare di Bari - filiale di Brindisi, intestato alla Azienda Sanitaria Locale di Brindisi - Via Napoli n. 8 - 72100 BRINDISI, *Causale*: Iscrizione al Corso di Formazione SEU 118 ASL BR Anno 2019, *Codice IBAN*: IT 11 Z 05424 04297 000 000 000 204;

entro il secondo giorno successivo al predetto termine perentorio, dovrà essere inviata copia della ricevuta del suddetto bonifico all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata: protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it. In caso di rinuncia alla partecipazione al corso, successiva al versamento della quota di iscrizione, non si darà seguito al rimborso della stessa e comunque le quote di iscrizione versate non saranno oggetto di rimborsi in nessun caso.

Art. 11 - Procedure di consultazione

Le procedure di consultazione saranno esperite esclusivamente tramite Posta Elettronica Certificata (art. 16, comma 7, L. n. 2 del 28/01/2009).

Per l'inoltro delle comunicazioni questa ASL non è responsabile della mancata ricezione dovuta ad indirizzi PEC scritti in modo errato 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.

Art. 12 - Cause di esclusione

Sono cause di esclusione:

- la presentazione della domanda oltre i termini perentori indicati nel presente avviso;
- la presentazione della domanda prima del giorno di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;
- la mancata indicazione nella domanda di almeno uno dei requisiti di partecipazione previsti dal presente avviso;
- la mancata indicazione di un indirizzo personale di posta elettronica certificata;
- la mancata indicazione della data d'iscrizione all'Albo Professionale;
- la mancata sottoscrizione della domanda di partecipazione;
- la mancata allegazione della fotocopia di un valido documento di identità;
- l'eventuale riserva di invio successivo di documenti e qualsiasi altra comunicazione rettificativa o integrativa della domanda, successiva alla data di scadenza del presente avviso;
- la redazione di domande incomplete dei dati necessari per la formulazione delle graduatorie;
- la mancata indicazione di uno qualsiasi dei dati indicati all'art. 8 del presente avviso;
- il mancato versamento della quota di iscrizione a copertura delle spese di organizzazione e gestione del corso.

Art. 13 - Norma finale

Per il programma delle attività formative, le procedure organizzative ed i criteri necessari al corretto svolgimento dei corsi, si rinvia integralmente alla disciplina definita per la specifica materia e contenuta nell'avviso pubblicato sul B.U.R.P. n. 148 del 21.11.2002 "Indirizzi relativi al programma delle attività formative, procedure organizzative e criteri per il corretto svolgimento dei corsi di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di emergenza territoriale (118)".

L'ASL BR si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, modificare o revocare in tutto o in parte il presente avviso, restando precluso ai concorrenti partecipanti qualsiasi pretesa o diritto.

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente avviso, potrà essere richiesta presso gli uffici dell'Unità Operativa Gestione Amministrativa Personale Convenzionato - via Napoli n. 8 - 72100 Brindisi, e-mail antonio.massaro@asl.brindisi.it, tel. 0831-536744/742/785, fax 0831-536657.

Brindisi, _____

Il Direttore Generale
(Dott. Giuseppe Pasqualone)

ALLEGATO - FAC SIMILE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Alla A.S.L. BRINDISI
U.O. Personale Convenzionato
Via Napoli, 8 - 72100 BRINDISI

Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per l'ammissione al corso di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL BRINDISI - anno 2019.

Il/La sottoscritto/a _____, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e s.m.i., consapevole delle conseguenze penali cui può andare incontro su quando dichiarato nella presente, presa visione del bando pubblicato sul B.U.R.P. n. ____ del _____, chiede di essere ammesso/a alla selezione per la formazione delle apposite graduatorie per l'ammissione al corso di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL BRINDISI - anno 2019.

A tal fine dichiara:

- a) di essere nato/a a _____ il _____
cod. fisc. _____;
- b) di risiedere nel Comune di _____ CAP _____, in via _____
n. _____ tel. _____
_____, _____, PEC _____;
- c) di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data _____, con voto _____ presso l'Università di _____;
- d) di essere iscritto/a all'Albo Professionale presso l'Ordine dei Medici della Provincia di _____
dal _____;
- e) di essere medico (apporre una crocetta in corrispondenza del titolo di partecipazione):
- incaricato a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale presso la A.S.L. _____
dal _____,
 - iscritto nella graduatoria regionale vigente di M.G., posizione n. _____ punti _____,
 - titolare di incarico provvisorio presso la A.S.L. di Brindisi nel servizio Emergenza Sanitaria Territoriale dal _____ a tutt'oggi,
 - non inserito nella graduatoria regionale, concorrente per l'inserimento nell'elenco previsto dalla norma transitoria n. 4 dell'A.C.N. vigente, avendo acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale in data _____;
 - non inserito nella graduatoria regionale, concorrente per l'inclusione nell'elenco previsto dalla norma finale n. 5 dell'A.C.N. vigente, avendo acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994;
- f) di non frequentare il corso di formazione in medicina generale;
- g) di non frequentare alcuna scuola di specializzazione;
- h) di detenere / non detenere alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato. In caso affermativo indicare la natura del rapporto _____;

- i) di trovarsi / non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità, ai sensi dell'art. 17 dell'A.C.N. del 29.07.2009;
- j) di non avere riportato provvedimenti disciplinari né avere procedimenti a proprio carico in corso comportanti la cessazione del rapporto convenzionale;
- k) di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni per le finalità connesse alla presente procedura;
- l) di accettare tutto quanto previsto dal bando di indizione;
- m) di essere consapevole che le informazioni attinenti al presente bando si avranno per conosciute con la semplice pubblicazione sul sito aziendale della ASL BR.
- n) Di essere consapevole che le comunicazioni inerenti la presente procedura saranno effettuate esclusivamente tramite PEC.

Allega alla presente copia fotostatica di un documento di riconoscimento.

Il/La sottoscritto/a dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva, tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29.07.2009 e dagli Accordi Integrativi Regionali che disciplinano i rapporti con i medici di medicina generale, dei quali ha integrale conoscenza

Data _____

firma _____