

Concorsi

REGIONE PUGLIA - SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

Ambiti carenti straordinari di Assistenza Primaria - anno 2022.

Con nota prot. n. 14127/2 del 09.11.2021, la ASL BA ha notificato la delibera n.002106 del 08.11.2022, con la quale ha rilevato una situazione di carenza assistenziale, venutasi a determinare nell'anno 2022 nel comune di Bitetto, per cessazione di un medico di assistenza primaria, a decorrere dal 31.12.2022.

Preso atto che:

- sul Burp n. 31 del 17.03.2022 sono state pubblicate le zone carenti di assistenza primaria per l'anno 2022, tra cui la zona carente nel comune di Bitetto;
- nel corso del 2022 il medico assegnatario dell'incarico ha rassegnato le proprie dimissioni a far tempo dal 31.12. p.v.;
- con nota prot. n. 14127/2 del 09.11.2022, la ASL BA ha comunicato la necessità di pubblicare n. 1 (una) carenza straordinaria nel comune di Bitetto, al fine di ristabilire una situazione di equilibrio e garantire la continuità assistenziale, nel rispetto di quanto disposto dal co. 25 dell'art. 34 dell'ACN di medicina generale, così come novellato dall'art. 5 dell'ACN di MMG del 21/06/2018, e che pertanto si rende necessaria la pubblicazione delle zona carente, per il comune di seguito indicato:

**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 2022**

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE BA Lungomare Starita n. 6 - 70123 Bari			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	NOTA
9	Bitetto	1	D.D. ASL BA: n. 002106 del 08.11.2022
	TOTALE	1	

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 2022, approvata con determinazione dirigenziale n. 306 del 16/11/2021 e pubblicata sul BURP n. 143 suppl. del 18/11/2021.

A tale riguardo si precisa che oltre ai trasferenti ed agli iscritti nella graduatoria valevole per l'anno 2022, 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 2022 potevano concorrere i medici in possesso dei titoli alla data del 31/12/2020, 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 2017/2020, 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: 15/02/2021.

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;

In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, resa ai sensi dell'art. 47 della D.P.R 445/2000, esente da bollo, con allegata una copia fotostatica di un documento di identità, attestante se alla data di presentazione della domanda l'esistenza di 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.

IL DIRIGENTE DI SERVIZIO
(Dr. Vito CARBONE)

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
(Dr. Mauro NICASTRO)

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA (ANNO 2022)
(PER TRASFERIMENTO)**

BOLLO

ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE _____

VIA _____

RACCOMANDATA

Il sottoscritto dott. _____ nato a _____

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

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

e residente nel territorio della Regione _____ dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda ASL _____ di _____ per l'ambito territoriale di _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____, data di laurea _____, voto di laurea _____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma5, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 21/06/2018 per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul BURP n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di notorietà (rese ai sensi dell'art. 46 e 47 della DPR 445/2000) atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a), ACN 21/06/2018 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. _____

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 2022)
(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. _____

dal _____ ASL di residenza _____ e residente nel territorio della

Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale definitiva, valevole per l'anno 2022

al posto n. _____ con punti _____ pubblicata sul BURP n. 143 suppl. del 18/11/2021.

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 21/06/18, 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:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

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 appresso 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 corrispondenti 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. _____

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 2022)**
*(medici che hanno conseguito titolo di formazione specifica in M.G. relativo al corso 2017-2020, dopo il 15 settembre
2021) norma transitoria n. 2 ACN 21/06/2018*

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. _____

nel territorio della Regione _____, Cell. _____ e laureato in data _____,

presso l'Università _____ all'età di _____ anni, con voto di laurea _____

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:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

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. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva e Attestato di formazione al CFSMG.

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.