



REGIONE PUGLIA

ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE

ATP 3 - UFFICIO n° 3

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 23\03\2005 PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (118) RILEVATE AI SENSI DEL COMMA 3, ART. 92, ACN 23\03\2005 DALLE AZIENDE SANITARIE A MARZO 2009. INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO A 38 ORE SETTIMANALI.

AZIENDA SANITARIA LOCALE BAT1 Via Fornaci n° 201 76123 Andria		
POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
MARGHERITA DI SAVOIA	1 INCARICO	Delibera n°464 del 10/12/2010
ANDRIA	1 INCARICO	
BARLETTA	1 INCARICO	
TRANI	2 INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI BARI Lungomare Starita n°6 70123 Bari		
POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
MOLA DI BARI	1 INCARICO	Delibera n° 938 DEL 09/04/2009
LOCOROTONDO	1 INCARICO	
SANTERAMO	1 INCARICO	

AZIENDA SANITARIA LOCALE BR11 Via Napoli n°8 72100 Brindisi		
POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
BRINDISI	3 INCARICHI	Nota n° 48243 del 25/07/2012
SAN VITO DEI NORMANNI	1 INCARICO	
CISTERNINO	2 INCARICHI	
FRANCAVILLA FONTANA	1 INCARICO	
CEGLIE MESSAPICA	3 INCARICHI	
SAN PIETRO VERNOTICO	1 INCARICO	
TORRE S. SUSANNA	4 INCARICHI	

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA Piazza Libertà n° 1 71100 Foggia		
POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
	NESSUNA CARENZA	Nota n° 47695 del 05/06/2012

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI LECCE		
Via Maglietta n°5 73100 Lecce		
POSTAZIONE	INCARICHI	DELIBERA o NOTA
CASARANO	1 INCARICO	Nota n° 759 del 01/06/2011
GALLIPOLI	2 INCARICHI	
OTRANTO	1 INCARICO	
POGGIARDO	2 INCARICHI	
SCORRANO	1 INCARICO	
NARDO'	4 INCARICHI	
VECCHIO V. FAZZI(LECCE)	1 INCARICO	

AZIENDA SANITARIA LOCALE TA11		
Viale Virgilio n°31 74100 Taranto		
POSTAZIONE	CARENZE	DELIBERA o NOTA
GINOSA	1 INCARICO	Nota n° 2901/P del 20/07/2012
MARTINA FRANCA	1 INCARICO	
TARANTO Sud	2 INCARICHI	



REGIONE PUGLIA

La procedura di assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato nel servizio di emergenza sanitaria (118) su indicate è gestita dalle nuove Aziende Sanitarie Provinciali e dalle Aziende Sanitarie Locali, secondo le modalità previste al capo V dell'Accordo Collettivo Nazionale 23\03\2005.

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento è quella valida per l'anno 2009, approvata con determinazione dirigenziale n. 308 del 28/09/10 e pubblicata sul BURP n. 155 del 07/10/10.

Il Comitato Regionale Permanente nella seduta del 23/05/07, ha determinato che il termine di riferimento per il possesso dei requisiti, per la formulazione delle graduatorie aziendali, da cui discendono gli incarichi di Medicina Generale, è la data di rilevazione delle carenze.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

- a) Medici in possesso dei requisiti dei cui all'art. 92 comma 5 lett. a) e lett. b).
- b) Medici in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3 L.R. n° 26 del 09/08/06.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata, entro 15 (quindici) giorni 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 AA.UU.SS.LL. e alle AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI competenti.

Allegato "A" domande per trasferimento (in possesso dei requisiti di cui all' art. 92 comma 5 lett. a) A.C.N. 23\03\05.

Allegato "B" domande per graduatorie (in possesso dei requisiti di cui all' art. 92 comma 5 lett. b) A.C.N. 23\03\05.

Allegato "C" domande per medici (in possesso dei requisiti previsti dall'art. 3 L.R. n°26 del 09/08/06).

In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, (comma 14, art. 92, ACN 23\03\05).

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dr. Vito CARBONE)

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dr. Fulvio LONGO)

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per trasferimento)**

BOLLO

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale o Provinciale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

Titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale presso la Azienda ASL _____

Della Regione _____, dal _____ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale

pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera a) dell' Accordo Collettivo Nazionale 23\03\05 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	POSTAZIONE	AZIENDA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale 23\03\05 per la medicina generale: allegati n° _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____

firma per esteso _____

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per graduatoria)**

BOLLO

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale o Provinciale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

Inserito nella graduatoria di medicina generale valevole per l'anno _____ con punti _____ alla posizione n° _____ è pubblicata sul BURP n° _____ del _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 23\03\05 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	POSTAZIONE	AZIENDA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale 23\03\05 per la medicina generale:
allegati n° _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO "C"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
In possesso dei requisiti previsti dall'art.3 L.R. n° 26 del 09/08/2006**

BOLLO

RACCOMANDATA

All'Azienda Sanitaria Locale o Provinciale _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____

CAP _____ Tel. _____

A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

E residente nel territorio della Regione _____ dal _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell' Accordo Collettivo Nazionale 23\03\05 per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul BURP n° _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

AZIENDA	POSTAZIONE	AZIENDA	POSTAZIONE

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 3 L.R. n° 26 del 09/08/2006 :
allegati n° _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE PREVENZIONE 9 agosto 2012, n. 264

Rilevazione ambiti carenti di Assistenza primaria rilevati a settembre 2008.

Il giorno 9 agosto 2012, in Bari, nella sede Area Politica Salute

IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA

Visti gli artt. 4 e 5 della L.R. 7/97;

Vista la Deliberazione G.R. n.3261 del 28/7/98;

Visti gli artt. 4 e 16 del d.lgs. 165/01;

Visto l'art. 32 della L. 18 giugno 2009, n. 69, che prevede l'obbligo di sostituire la pubblicazione tradizionale all'Albo Ufficiale con la pubblicazione di documenti digitali sui siti informatici;

Visto l'art. 18 del d.lgs. 196/03 "codice in materia di protezione dati personali" in merito ai principi applicabili ai trattamenti effettuati dai soggetti pubblici;

Sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario istruttore responsabile del procedimento amministrativo, dalla quale emerge quanto segue:

Premesso che:

- Ai sensi dell'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale che disciplina i rapporti con i medici della medicina generale, venivano pubblicate sul BURP n. 94 del 25/06/2009, le zone carenti rilevate, da ogni singola Azienda Sanitaria Locale della Regione Puglia, con riferimento settembre 2008;
- Con Determinazione Dirigenziale n. 280 del 22/07/2011, pubblicata sul BURP n. 119 del 28/07/2011, la Regione Puglia procedeva ad annullare in autotutela le zone carenti riferite a settembre 2008, in quanto individuate e rilevate in modo non conforme alle disposizioni impartite

con L.R. n. 40 del 31/12/2007 e con Regolamento Regionale n. 12 del 30/06/2009;

- con successive note e provvedimenti, le AA.SS.LL. Regionali, hanno provveduto a rilevare e comunicare le carenze riferite a settembre 2008, nel rispetto delle prescrizioni di cui alla L.R. 40/2007 e del R.R. n. 12/2009;
- con ulteriori provvedimenti, le AA.SS.LL. BT e FG, hanno provveduto a rideterminare e comunicare le carenze riferite a settembre 2008, nel rispetto della sentenza n. 647/2009 del TAR Puglia sede di Bari sez. II;
- le carenze, così come sono state individuate e riportate nel quadro sinottico richiamato nel bando allegato al presente provvedimento, quale parte integrante, saranno assegnate a favore dei soggetti aventi titolo che risultano inseriti nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2008, approvata con determinazione dirigenziale n. 45 del 2/3/09 e pubblicata sul BURP n. 38 dell'11/3/2008;

ADEMPIMENTI CONTABILI di cui alla L.R. 28/01, e s.m. ed i.:

- dal presente provvedimento non deriva alcun onere a carico del bilancio Regionale

Il Responsabile del procedimento
Dott. Vito Carbone

Per quanto sopra esposto:

**IL DIRIGENTE RESPONSABILE
DEL SERVIZIO**

sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, letta la proposta formulata dal Responsabile del procedimento dell'Ufficio interessato;

vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Responsabile del procedimento in carico all'Ufficio di Direzione e dal Dirigente dello stesso;

richiamato, in particolare il disposto dall'art. 6 della L.R. 4 Febbraio 1997 n. 7 in materia di modalità di esercizio della funzione dirigenziale;

DETERMINA

- Per i motivi espressi in narrativa che qui si intendono integralmente riportati:
- Di prendere atto delle zone carenti di Medicina Generale così come sono state rilevate dalle singole AA.SS.LL. Regionali, ex art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale 23/3/2005, riferite a settembre 2008;
- Di prendere atto che le carenze in parola sono state rilevate in relazione alle disposizioni impar-

tite con L.R. n. 40/2007 e con R.R. n. 12/2009, nonché nel rispetto della sentenza n. 647/2009 del TAR Puglia sede di Bari sez. II;

- Di procedere a pubblicare con la massima urgenza, avviso pubblico sul BURP, come da schema allegato al presente provvedimento che costituisce parte integrante e sostanziale, al fine di assegnare gli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, rilevati a settembre 2008.

Il Dirigente del Servizio P.A.T.P.
Dr. Fulvio Longo



REGIONE PUGLIA

ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 23/03/05, PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE
PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA RILEVATE AI SENSI
DEL COMMA 1, ART. 34, ACN 23/03/05 DALLE AZIENDE SANITARIE A SETTEMBRE 2008**

AZIENDA SANITARIA LOCALE BAT Via Fornaci n. 201 - 76123 ANDRIA -			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
4	BARLETTA	1 ZONA CARENTE	Delibera n° 945 del 14/06/12

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA Piazza Libertà 1 71100 FOGGIA			
DISTRETTO	COMUNE	CARENZE	DELIBERA
56-57	FOGGIA	1 ZONA CARENTE	Delibera n° 811 del 25/05/12



REGIONE PUGLIA

La procedura di assegnazione delle carenze di assistenza primaria suindicate è gestita dalle relative AZIENDE SANITARIE LOCALI e PROVINCIALI secondo le modalità previste dall'art. 34 ACN "Accordo Collettivo Nazionale di Medicina Generale 23/03/05".

La graduatoria regionale di medicina generale a cui fare riferimento e quella valida per l'anno 2008, approvata con determinazione dirigenziale n. 45 del 02/03/09 è pubblicata sul BURP n. 38 del 11/03/09.

Gli aspiranti devono produrre, a mezzo raccomandata entro 15gg. (quindici) 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 Locali e Provinciali competenti..

Allegato "A" domande per trasferimento (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 2 lett. a) ACN 23/03/05.

Allegato "B" domande per graduatoria (medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 34 comma 2 lett. b) ACN 23/03/05.

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 posizione di incompatibilità di cui all'art. 17 ACN 23/3/2005.

Le situazioni di incompatibilità devono cessare nei termini di cui al comma-8, dell'art. 17, ACN 23/03/05

Per l'assegnazione, degli ambiti distrettuali carenti di assistenza primaria mediante graduatoria regionale di medicina generale, si applicano, ai sensi dell'art. 16 comma 7 lett. a) e b), le seguenti percentuali di riserva dei posti:

- 1) Percentuale del 67% per i medici in possesso dell'attestato 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) Una percentuale del 33% per i medici in possesso di titolo equipollente.

Gli aspiranti in possesso di entrambi i requisiti previsti dall'art. 16, comma 7, lett. (a) e (b), del ACN 23/03/05, possono concorrere ESCLUSIVAMENTE per una delle sopra indicate percentuali di riserva ai sensi dell'art. 16, comma 9 e 10, ACN 23/03/05. LA RISERVA PER LA QUALE L'ASPIRANTE INTENDE CONCORRERE DEVE ESSERE INDICATA NELLA ISTANZA DI ASSEGNAZIONE DI INCARICO.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dr. Vito CARBONE)

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dr. Fulvio LONGO)

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA
(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 23/03/05, 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 _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

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:

- 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.

ALLEGATO "B"

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



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 **2008**

al posto n. _____ con punti _____ pubblicata sul BURP n. **38** del **11 MARZO 2009**

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 23/03/05, 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 _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Ambito distrettuale n. _____ località carente _____ ASL/ASP _____

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto dall'art. 16, commi 7 e 9 ACN 23/03/05 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 23/03/05).

Chiede che per ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- 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.