

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF020/23 del 21 marzo 2024.

Ambiti territoriali carenti di medico pediatra individuati presso le Azienda USL della Regione Abruzzo per l'anno 2024, ai sensi dell'art. 32 e della norma transitoria n. 1, A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 28 aprile 2022.

Ai sensi dell'art. 32, comma 1, del vigente ACN nel presente avviso è pubblicato l'elenco degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno 2024. Per questi ultimi, accanto all'indicazione dell'incarico vacante, risulta indicata la data in cui si verificherà la carenza.

Entro **20** giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione (BURAT) i medici interessati possono concorrere al conferimento dell'incarico presentando **ESCLUSIVAMENTE MEDIANTE PEC** domanda di assegnazione secondo i facsimile allegati (A-B-C), compilando altresì l'**allegato E** (AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA) e l'**allegato D** (MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO).

Ai sensi dell'art. 19, comma 3, dell'A.C.N., I pediatri di libera scelta già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono far domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi secondo le procedure riportate all'art. 32 ACN:

- a) per trasferimento (Allegato A): i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato nella Regione Abruzzo da almeno due anni nell'ambito territoriale di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN;
- b) per trasferimento (Allegato A): pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni in un elenco di pediatri di libera scelta di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nel SSN;
- c) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2024 pubblicata nel B.U.R.A.T. Speciale n. 206 del 6 dicembre 2023 (Allegato B);
- d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di assegnazione degli incarichi (Allegato C).

I pediatri di cui alle **lettere a) e b)** sono graduati in base all'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 21, comma 1, ACN. Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di pubblicazione dell'ambito territoriale carente nel BURAT.

Il pediatra che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 23, comma 1, lettera a), ACN. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

I pediatri di cui alla **lettera c)** sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- punteggio riportato nella graduatoria regionale valida per l'anno 2024;
- punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria i pediatri di cui alle **lettere a), b) e c)** sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

I pediatri di cui alla **lettera d)** sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda USL, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli ambiti per cui concorre.

Entro 7 (sette) giorni dall'accettazione, il pediatra deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 20, ACN, devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

La domanda, **in bollo**, compilata e debitamente sottoscritta, e i relativi allegati indicati nella domanda stessa, devono essere spediti alle Aziende U.S.L. in relazione agli ambiti territoriali carenti pubblicati, esclusivamente a mezzo PEC, ai seguenti indirizzi di posta elettronica certificata:

Azienda USL Avezzano Sulmona L'Aquila	protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it
Azienda USL Lanciano Vasto Chieti	assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it
Azienda USL Teramo	cast@pec.aslteramo.it

L'oggetto della **PEC** dovrà contenere **SOLO** la seguente dicitura: **DOMANDA AMBITI CARENTI PLS.**

La domanda può essere prodotta con un'unica PEC, salvo che risulti impossibile, per le dimensioni del o dei FILE; in tal caso il candidato potrà trasmettere più PEC specificando nelle successive che si tratta di integrazioni alla domanda, sempre entro il termine di scadenza di 20 giorni dalla data di pubblicazione dell'avviso nel BURA.

La domanda e gli allegati, ove l'interessato sia in possesso di firma digitale, potranno essere sottoscritti digitalmente nelle forme stabilite dalla legge.

Inoltre la domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo dell'importo di euro 16,00. Ai fini della relativa dimostrazione dovrà essere debitamente compilato, sottoscritto e trasmesso, in allegato alla medesima PEC, il Modulo **Allegato D** e sul modello di domanda dovrà essere indicato, nell'apposito spazio, il codice numerico composto da 14 cifre rilevabili dal contrassegno.

Si chiarisce che, con Risoluzione n. 89/E del 2016, l'Agenzia delle Entrate ha evidenziato che, nel caso di pagamento dell'imposta di bollo mediante contrassegno telematico, il contribuente deve curare la conservazione del contrassegno utilizzato entro il termine di decadenza triennale previsto per l'accertamento da parte dell'Amministrazione finanziaria (art. 37 del D.P.R. n. 642 del 1972).

Ai fini della validità della domanda e delle dichiarazioni sostitutive deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento equipollente in corso di validità.

Le Aziende U.S.L. provvederanno a predisporre le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche sull'Albo Pretorio on line.

Ove necessario, ai soli fini di agevolare l'esecuzione dell'interpello, le graduatorie predisposte dalle Aziende USL potranno essere unificate in un unico elenco, che verrà pubblicato sul portale Abruzzo Sanità nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>).

Le Aziende USL provvederanno alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di quindici giorni e al conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti resi pubblici secondo le modalità di cui all'art. 31 del vigente ACN.

Il pediatra interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta o rinunciare all'assegnazione.

La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare mediante posta elettronica certificata (PEC), la propria disponibilità all'accettazione indicando l'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali ha presentato domanda. Qualora l'interessato abbia concorso per ambiti carenti rilevati da più di una Azienda USL, l'ordine di priorità per l'accettazione dovrà contenere tutte le sedi (delle diverse ASL) per le quali intende procedere all'accettazione, secondo la preferenza del candidato.

La PEC deve pervenire alle Aziende UU.SS.LL. perentoriamente entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente all'assegnazione degli incarichi. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Il medico che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno.

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 20, comma 1, lettere g) e K) del vigente Accordo Collettivo Nazionale, ovvero non devono:

- fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP), di cui all'Allegato 5 ACN.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, si precisa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta per la procedura di copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI
ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta

AZIENDA USL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA

n. ambiti carenti

Ambito territoriale "Area L'Aquila"

3

n. 1 senza vincolo all'apertura dello studio in una zona indicata

n. 1 con obbligo di assicurare l'assistenza ambulatoriale nel Comune di Pizzoli
(disponibile dal 01/05/2024)

n. 1 con obbligo di assicurare l'assistenza ambulatoriale nel Comune di Tornimparte
(disponibile dal 01/06/2024)

Ambito territoriale "Area Peligno - Sangrina"

1

con obbligo di assicurare l'assistenza ambulatoriale nella seguente modalità:

due giorni a settimana nel Comune di Sulmona, due giorni a settimana nel

Comune di Castel di Sangro ed un giorno a settimana nel Comune di Pescasseroli

AZIENDA USL LANCIANO VASTO CHIETI

n. ambiti carenti

Ambito Territoriale – Distretto di Vasto

3

con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Vasto

Ambito Territoriale – Distretto di Ortona

1

con obbligo di apertura dello studio medico nel Comune di Ortona

AZIENDA USL TERAMO

n. ambiti carenti

D.S.S. ROSETO DEGLI ABRUZZI

1

Ambito territoriale: Bellante, Giulianova, Morro d'Oro, Mosciano S. Angelo, Notaresco, Roseto degli Abruzzi

senza vincolo all'apertura dello studio in una zona indicata

LA DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott.ssa Barbara Morganti

(f.to digitalmente)

Il presente avviso è consultabile sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>) e sul B.U.R.A. (<http://bura.regione.abruzzo.it/>).

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Specializzazione conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ (specificare se il voto è espresso su 50 o 70);
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta presso l'Azienda USL di _____ ambito territoriale _____ della Regione _____ dal ____/____/____ (g/m/a);
4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta:
dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____

dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____

dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____

(detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico)
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato D)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

Data _____

firma per esteso

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Specializzazione conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ (specificare se il voto è espresso su 50 o 70);
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
3. di essere iscritto nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per il 2023 con punti _____ e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria (31.01.2022) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria;
4. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta;
5. di essere residente nel Comune di _____ da ____/____/____ (g/m/a) a tutt'oggi;

- precedenti residenze:
dal _____ al _____ Comune di _____ prov. (____)
dal _____ al _____ Comune di _____ prov. (____)
dal _____ al _____ Comune di _____ prov. (____)
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato D)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

Data _____

_____ firma per esteso

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
3. di aver acquisito il Diploma di Specializzazione presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ (specificare se il voto è espresso su 50 o 70);
4. di essere residente nel Comune di _____ (Prov. _____) dal _____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato D)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

Data _____

firma per esteso

Allegato D)

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI
BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE**

<p>SPAZIO PER MARCA DA BOLLO</p> <p>da annullare con data e firma</p>

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a
a _____ prov. (____)

il ___/___/_____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

D I C H I A R A

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di pediatri di libera scelta individuati per l'anno 2024 presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo con la marca da bollo sopra apposta e annullata;
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Firma autografa leggibile

Luogo e data _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione all'assegnazione degli ambiti territoriale carente di assistenza pediatrica individuati per l'anno 2024 presso le Azienda UU.SS.LL. della Regione Abruzzo.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.
3. **Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.**

Allegato E)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ (_____) il _____

residente in _____ Via/Piazza

_____ n° _____ iscritto
all'albo dei _____

della provincia di _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

DICHIARA FORMALMENTE DI

1) fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

2) fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;

3) fruire /non fruire (1) di trattamento di quiescenza per le sole prestazioni delle quote "A" e "B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;

4) essere / non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto _____

ore settimanali _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di rapporto di

lavoro _____ Periodo: dal

5) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo collettivo nazionale 25.03.2005 e s.m.i., con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda U.S.L.

Periodo: dal _____

6) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

A.S.L. _____ branca

_____ ore sett. _____

A.S.L. _____ branca

_____ ore sett. _____

- 7) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Abruzzo o in altra regione (2):
Regione _____ A.S.L. _____
ore sett. _____
In forma attiva – in forma di disponibilità (1)
- 9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____
Comune di _____ (Prov. _____)
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
- 10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____
Comune di _____ (Prov. _____)
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
- 11) svolgere /non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____ (Prov. _____)
Periodo: dal _____
- 12) svolgere /non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
Azienda _____
Comune di _____
Periodo: dal _____
- 13) svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna) _____
Periodo: dal _____
- 14) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza o ai rapporti di lavoro convenzionato):
Soggetto pubblico _____

Via _____
Comune di _____ (Prov _____)
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

15) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

Periodo: dal _____

14) fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2) soggetto erogante il trattamento di adeguamento

Periodo: dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede

Data _____

Firma

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/00).