



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA

DELIBERA N.1157.....

DEL 13 AGO. 2024

OGGETTO: Pubblicazione 3° trimestre 2024, degli incarichi disponibili ai sensi dell' art. 21 dell'A.C.N./2024 per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni, Medici Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie (Biologi, Chimici e Psicologi).

U.O. PROPONENTE: Cure Primarie

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE N.2050.....

DEL 05/08/2024...

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Collaboratore Amministrativo Prof.le
Dott.ssa Marinella Calandra

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO

Resp.le Trattamento Economico
Medicina Convenzionata
Dott.ssa Sabrina Guglielmaci

IL DIRIGENTE DELL'U.O. PROPONENTE

Dott. Francesco La Tona

IL CAPO DIPARTIMENTO DI ASSISTENZA DISTRETTUALE
E DELLA INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Dott. Francesco La Tona

S.E.F.P.

Si attesta la copertura finanziaria e la compatibilità con il bilancio di previsione vigente.

come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

Autorizzazione n. _____ del _____ C.E. / C.P. _____

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott.ssa Lucia Ciofini

IL DIRETTORE DEL S.E.F.P.

Dott.ssa N. Pilato

DATA RICEZIONE DELLA PROPOSTA PRESSO U.O.C. STAFF 07/08/2024

PREMESSO

CHE i rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni, Medici Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie (Biologi, Chimici e Psicologi) sono disciplinati dall'A.C.N. del 04 aprile 2024, in atto vigente;

CHE, ai sensi dell'art. 21 dell'A.C.N. sopra richiamato, espletate le procedure di cui all'art. 20, i provvedimenti adottati dalle Aziende per l'attivazione di nuovi incarichi, per l'ampliamento di quelli in atto e per la copertura di quelli resisi disponibili, vengono pubblicati dalla Azienda sede del Comitato zonale di riferimento sull'albo o sul sito aziendale nei mesi di marzo, giugno, settembre e dicembre, dal giorno 1 al giorno 15 dello stesso mese;

CHE, per il 3° trimestre 2024, la U.O.C. Cure Primarie ha rilevato le ore resesi disponibili, a seguito di dimissioni o riduzioni orarie, in varie branche di Specialisti titolari e per le stesse, verificate le liste d'attesa e l'indice di produttività, si ritiene opportuno procedere alla pubblicazione;

CONSIDERATO

CHE, per alcune branche (Angiologia, Cardiologia, Cure Palliative, Geriatria, Oculistica e Ortopedia), non essendo pervenuta alcuna istanza di attribuzione dei turni in esito alle precedenti pubblicazioni e permanendo l'esigenza assistenziale, si ritiene necessario riproporre la pubblicazione;

CHE, tenuto conto della esigenza di mantenere l'offerta assistenziale nelle branche di Cardiologia e Neurologia, a seguito delle dimissioni di vari Specialisti titolari e dell'infruttuosa applicazione delle procedure di cui all'art. 20 del vigente ACN per riassegnare le stesse, occorre procedere alla pubblicazione delle relative ore per far fronte alla richiesta di prestazioni sul territorio;

CHE, pertanto, alla luce di quanto sopra illustrato, occorre potenziare le offerte assistenziali nelle branche di cui sopra descritte e, pertanto, procedendo, per il 3° trimestre 2024, alla pubblicazione degli incarichi disponibili di Specialistica Ambulatoriale sul sito aziendale di Enna, ai sensi dell'art. 21 del vigente ACN come da prospetto "Allegato A";

L'anno duemilaventiquattro il giorno ^{13 AGO 2024} del mese di nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario Zappia nominato con Decreto Presidenziale n. 312/Serv. 1°/ S.G. del 21/06/2024, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, Dr.ssa Sabrina Cillia e dal Direttore Sanitario, Dott. Emanuele Cassarà e con l'assistenza del Segretario Verbalizzante

DZ. VITO MARSTAN MACCHIAVELLI

VISTI:

- ✓ La Legge Regionale 5 /2009 e s.m.i. ;
- ✓ L'Atto Aziendale adottato con delibera n. 902/2020;

VISTI I SEGUENTI ALLEGATI ALLA PRESENTE DELIBERAZIONE:

- Incarichi disponibili per la pubblicazione del 3° trimestre 2024 (ALLEGATO A);
- Domanda attribuzione di turni disponibili (MOD.1);
- Autocertificazione informativa (ALLEGATO B).

Dato atto che il Direttore della U.O.C. che propone il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo ed utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3 del D.L. 23 ottobre 1996, come modificato dalla L. 20 dicembre 1996 n. 639, e che lo stesso è stato predisposto nel rispetto della Legge 6 novembre 2012 n. 190 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione – nonché nell'osservanza dei contenuti della Sezione di Programmazione Rischi corruttivi e trasparenza del vigente P.I.A.O. (Piano Integrato di Attività e Organizzazione);

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

DELIBERA

1. DI PROCEDERE, per le motivazioni enunciate in premessa che qui si intendono integralmente riportate, alla pubblicazione sul sito dell'ASP di Enna, degli incarichi disponibili di Specialistica Ambulatoriale relativi al 3° trimestre 2024, ai sensi del 1° comma dell'art. 21 del vigente ACN, come da "Allegato A" al presente provvedimento per farne parte integrante;
2. DI DARE divulgazione e diffusione mediante pubblicazione del presente "Allegato A", sul sito web dell'ASP, nella sezione "Cure Primarie – Specialistica Ambulatoriale Interna" corredato di istanza di attribuzione dei turni disponibili (MOD.1) e dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato B).
3. DI RENDERE il presente atto immediatamente esecutivo stante l'urgenza e l'indifferibilità di procedere alla pubblicazione degli incarichi sul sito aziendale, entro i termini previsti.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dr.ssa Sabrina Cillia

ASSENTE

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Emanuele Cassarà

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Mario Zappia

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

Dr. Vito Christian Macchiavelli
Collaboratore Amministrativo

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, su conforme relazione dell'addetto, è stata pubblicata in copia all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n° 30/93 s.m.i., e dell'art. 32 della L. n. 69 del 18/06/2009

dal 15 AGO. 2024 al 29 AGO. 2024

L'incaricato

PER DELEGA DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
IL Dirigente U.O.C. COORD. STAFF

Notificata al Collegio Sindacale il con nota prot. n°

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

dell'Assessorato Regionale Sanità ex L.R. n° 5/09 trasmessa in data _____ prot. n° _____

SI ATTESTA

che l'Assessorato Regionale Sanità:

- ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n° _____ del _____
- ha pronunciato l'annullamento con provvedimento n° _____ del _____

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n° 5/09 dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L.R. n° 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n° 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____

- immediatamente esecutiva dal 13 AGO 2024

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n° _____ del _____
- Modifica con provvedimento n° _____ del _____

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

PUBBLICAZIONE INCARICHI DISPONIBILI AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE **3° TRIMESTRE 2024** ART. 21 DELL'ACN/2024

“ALLEGATO A” alla Delibera n. 1157 del 13 AGO 2024

ORE DISPONIBILI PRESSO ASP DI ENNA

BRANCA	DISTRETTO	PRESIDIO	N. ORE	TIPO INCARICO	NOTE
ANGIOLOGIA	NICOSIA	POLIAMBULATORIO DI NICOSIA *	7	A TEMPO INDETERMINATO	
	P.ARMERINA	POLIAMBULATORIO DI P. ARMERINA	22	A TEMPO INDETERMINATO	
CARDIOLOGIA	NICOSIA	POLIAMBULATORIO DI CAPIZZI	3	A TEMPO INDETERMINATO	
	ENNA	POLIAMBULATORIO DI CENTURIFE	6	A TEMPO INDETERMINATO	
	NICOSIA	POLIAMBULATORIO DI CERAMI	3	A TEMPO INDETERMINATO	
	NICOSIA	POLIAMBULATORIO DI GAGLIANO C.TO	3	A TEMPO INDETERMINATO	
	ENNA	POLIAMBULATORIO DI VILLAROSA	6	A TEMPO INDETERMINATO	
	ENNA	POLIAMBULATORIO DI CATENANUOVA	3	A TEMPO INDETERMINATO	
CURE PALLIATIVE **	ENNA	U.O.S.D. CURE PALLIATIVE E HOSPICE	24	A TEMPO INDETERMINATO	
GERIATRIA	AGIRA	PRESIDIO DI ASSORO	2	A TEMPO INDETERMINATO	
NEUROLOGIA	P. ARMERINA	POLIAMBULATORIO DI BARRAFRANCA	3	A TEMPO INDETERMINATO	
OCULISTICA	P. ARMERINA	POLIAMBULATORIO DI PIAZZA ARMERINA	11	A TEMPO INDETERMINATO	
ORTOPEDIA	P. ARMERINA	POLIAMBULATORIO DI AIDONE	3	A TEMPO INDETERMINATO	
	AGIRA	POLIAMBULATORIO DI AGIRA	8	A TEMPO INDETERMINATO	
	ENNA	POLIAMBULATORIO DI VALGUARNERA	5	A TEMPO INDETERMINATO	

* LO SPECIALISTA DOVRÀ POSSEDERE SPECIFICHE COMPETENZE PER L'ESECUZIONE DI ECOCOLORDOPPLER (ART.21 CO. 4 ACN/2024).

** POSSONO PRESENTARE ISTANZA I MEDICI IN POSSESSO DEL TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE NELLA BRANCA CURE PALLIATIVE, DI CUI ALL'ALLEGATO 2 A.C.N. DI CATEGORIA DEL 04 APRILE 2024.

Il Collaboratore Amministrativo Prof.le

Dott.ssa Marinella Calandra

Dott.ssa Guglielmi Sabrina

Il Dirigente Amministrativo

Dott.ssa Guglielmi Sabrina

Il Direttore U.O.C. Cure Primarie

Dott. Francesco La Tona

N.B.: Gli Specialisti ambulatoriali, Veterinari o Professionisti aspiranti all'incarico devono comunicare con Posta Elettronica Certificata, durante il periodo di pubblicazione degli incarichi, di cui all'art. 21 dell'ACN/2024, la propria disponibilità, al seguente indirizzo:

U.O.C. CURE PRIMARIE

Indirizzo PEC: cureprimarie@pec.asp.enna.it

DOMANDA DI ATTRIBUZIONE DI TURNI DISPONIBILI RELATIVA ALLA PUBBLICAZIONE DEGLI INCARICHI DI CUI ALL'ART. 21- ACN/2024, AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a _____
 (Prov. di _____), il _____, residente a _____ Via _____ n° _____
 Cap _____ tel. _____ e.mail _____ PEC (obbligatoria ai sensi
 dell'art. 16 L. n. 2/2009) _____ laureato/a in _____ e
 Specializzato/a in _____ in riferimento alla Pubblicazione dei turni vacanti del _____
 trimestre anno _____ giusta Delibera n. _____ del _____.

DICHIARA

- 1) di essere laureato/a in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto _____ presso l'Università di _____ in data _____;
- 2) di essere iscritto/a all'Albo Professionale di _____ dal _____;
- 3) di essere in possesso della Specializzazione in _____ conseguita il _____ con voto _____;

CHIEDE

l'assegnazione degli incarichi come di seguito riportati nell'ordine di preferenza, nella **BRANCA** di _____:

- 1) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____;
- 2) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____;
- 3) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____;
- 4) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____;
- 5) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____.

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara di trovarsi nella seguente **POSIZIONE LAVORATIVA**:

- a) **Tipologia di lavoro e contratto** (convenzionato, dipendente a tempo determinato o indeterminato, rapporto libero professionale, contratto co.co.co, ecc.): _____;
- b) **Attuale/i sede/i di lavoro** _____ per complessive n. ore sett.li _____, specificare **Struttura Sanitaria** pubblica, privata o privata convenzionata (Asl. Inail, Ospedale): _____ dal _____;
- c) **Data anzianità di servizio** dell'incarico attualmente ricoperto in qualità di **Specialista Ambulatoriale** a tempo determinato e indeterminato _____.

DICHIARA, altresì,

- essere/non essere incluso/a nella Graduatoria della Specialistica Ambulatoriale vigente della Provincia di Enna (cancellare la parte che non interessa), per la suindicata branca specialistica, al posto n. _____, ai sensi dell'art. 19 comma 10 ACN/2024;
- limitatamente agli aspiranti all'assegnazione degli incarichi riconducibili alla lett. b) e c) dell'Art. 21 ACN/2020, di essere/non essere disponibile a chiedere il trasferimento nel territorio in cui si è determinata la disponibilità, ai sensi del comma 5 dello stesso Art.21, pena esclusione;
- limitatamente agli aspiranti all'assegnazione degli incarichi riconducibili alla lett. j) dell'Art. 21 ACN/2020, di essere/non essere disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro, pena esclusione.

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci, afferma che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data

Firma per esteso

N.B. Alla presente domanda da inviare con pec a "cureprimarie@pec.asp.enna.it", durante il periodo di pubblicazione degli incarichi (art.21 ACN/2024) dall' 1 al 15, bisogna allegare l'Autocertificazione Informativa (Allegato B) e la copia fotostatica di un documento d'identità.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (prov. _____)
 il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____
 Comune di residenza _____ (prov. _____)
 Indirizzo _____ n. _____ Cap. _____
 telefono _____ PEC _____
 e-mail _____ Codice ENPAM: _____
 Iscritto all'albo dei _____ nella Provincia di _____
 ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo), con anzianità nell'incarico a decorre dal _____;
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

N.B. In caso di risposta affermativa ai punti 7 o 8, è necessario specificare le ore di incarico, l'ASP relativa e l'anzianità di servizio nell'incarico, indicandoli nella sezione "note".

9. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto ,incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente):

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore	dal	al
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

10. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (*in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività* _____);

11. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

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

13. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (*in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività* _____);

14. di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

15. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

16. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;

17. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata* _____);

18. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____ ;

19. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

20. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta _____ e la misura dell'indennità percepita _____).

NOTE (3)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____

Firma per esteso _____

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 in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di _____
con identificazione del dichiarante mediante _____

Il funzionario

(1) *cancellare la parte che non interessa*

(2) *Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità*

(3) *spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.*