



Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di ENNA

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 1739 DEL 29 NOV. 2024

OGGETTO: Pubblicazione 4° 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).

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. CURE PRIMARIE

PROPOSTA N. 3056 DEL 25/11/2024

Il Funzionario Istruttore
Dott.ssa Marinella Calandra

Il Dirigente Amministrativo
Dott.ssa Sabrina Guglielmi

Il Direttore U.O.C. Cure Primarie
Dott. Francesco La Tona

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

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

( ) Autorizzazione n. del C.E. / C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Dr. Salvatore Pistone

IL DIRETTORE U.O.C. CURE PRIMARIE
Dott. Francesco La Tona

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 25/11/2024

L'anno duemilaventiquattro il giorno 29 NOV. 2024 del mese di nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario Carmelo Zappia, nominato con Decreto Presidenziale n. 312/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, acquisito il parere del Direttore Amministrativo dott. Alessandro Mazzara nominato con delibera n°1621 del 05/11/2024 e del Direttore Sanitario, dott. Emanuele Cassarà, nominato con delibera n. 649 del 10/06/2019 e s.m.i., con l'assistenza del Segretario verbalizzante e il COLLABORATORE TECNICO INFORMATICA Sottile Santo

PROPOSTA

Il Direttore dell'U.O.C. CURE PRIMARIE

VISTO l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 902 del 19/06/2020

## 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 4° 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, 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 Diabetologia e Endocrinologia, a seguito delle dimissioni di vari Specialisti titolari e dell'infruttuosa applicazione delle procedure di cui all'art. 20 del vigente A.C.N. 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 sopra descritte e, pertanto, procedendo, per il 4° 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", utilizzando l'apposito modello di domanda di attribuzione dei turni disponibili e l'autocertificazione informatica, allegati al presente atto;

## PROPONE

Per le motivazioni di cui in premessa che – qui – si intendono integralmente riportate e trascritte:

- 1) DI PROCEDERE alla pubblicazione sul sito dell'ASP di Enna, degli incarichi disponibili di Specialistica Ambulatoriale relativi al 4° 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.

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore UOC CURE PRIMARIE

(Dott. Francesco La Tona)



**SULLA SUPERIORE PROPOSTA VIENE ESPRESSO**

Parere favore  
Data 26/11/24

**Il Direttore Amministrativo**  
*Dott. Alessandro Mazzara*

Parere favore  
Data 26/11/24

**Il Direttore Sanitario**  
*Dott. Emanuel Cassarà*

**IL DIRETTORE GENERALE**

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Dott. Francesco La Tona, che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

**Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;**

**Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Amministrativo e del Sanitario;**

**DELIBERA**

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal Dott. Francesco La Tona, Direttore della UOC Cure Primarie.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
*Dott. Mario Carmelo Zappia*

**Il Segretario verbalizzante**  
**IL COLLABORATORE TECNICO INFORMATICO**

*Sottile Santo*

**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 01 DIC. 2024

al 15 DIC. 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:

- 1) ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
  - 2) 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**

- 3) 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 \_\_\_\_\_
- 4) immediatamente esecutiva dal 29 NOV. 2024

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

**REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA**

- 5) Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- 6) Modifica con provvedimento n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Enna li,

IL FUNZIONARIO INCARICATO

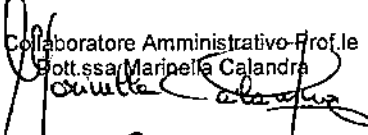

PUBBLICAZIONE INCARICHI DISPONIBILI AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE **4° TRIMESTRE 2024** ART. 21 DELL'ACN/2024

"ALLEGATO A" alla Delibera n. **1739** del **29/11/2024**

**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	
DIABETOLOGIA	P. ARMERINA	POLIAMBULATORIO DI PIETRAPERZIA	3	A TEMPO INDETERMINATO	
	P. ARMERINA	POLIAMBULATORIO DI BARRAFRANCA	4	A TEMPO INDETERMINATO	
	ENNA	POLIAMBULATORIO DI VILLAROSA	4	A TEMPO INDETERMINATO	
	ENNA	POLIAMBULATORIO DI ENNA	11	A TEMPO INDETERMINATO	
ENDOCRINOLOGIA	NICOSIA	POLIAMBULATORIO DI NICOSIA	6	A TEMPO INDETERMINATO	
GERIATRIA	AGIRA	PRESIDIO DI ASSORO	2	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	

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

Il Collaboratore Amministrativo Prof.le  
Dott.ssa Mariapia Calandra  
  
Il Dirigente Amministrativo  
Dott.ssa Guglielma 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](mailto: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](mailto: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 pediatrica 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'ambito dell'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.*