



**REGIONE CALABRIA
GIUNTA REGIONALE**

**DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE E SERVIZI SOCIALI E SOCIO-
SANITARI
SETTORE 05 - MEDICINA CONVENZIONATA - CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Assunto il 23/10/2020

Numero Registro Dipartimento: 355

DECRETO DIRIGENZIALE

“Registro dei decreti dei Dirigenti della Regione Calabria”

N°. 10913 del 28/10/2020

**OGGETTO: PUBBLICAZIONE ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA DELL'AZIENDA
SANITARIA PROVINCIALE DI COSENZA - ANNO 2019..**

Dichiarazione di conformità della copia informatica

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato in banca dati della Regione Calabria.

**IL DIRIGENTE DI SETTORE****PREMESSO:**

- che la Regione Calabria è preposta all'organizzazione, la pubblicazione e l'assegnazione delle zone carenti di Assistenza Primaria comunicate dalle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione;
- che la Regione Calabria ha la necessità di approvare, pubblicare e assegnare le zone carenti di Assistenza Primaria per l'anno 2019;

CONSIDERATO che la Commissione Salute nella riunione del 20 marzo 2019 ha approvato il documento recante gli indirizzi per l'attuazione dell'articolo 9 della legge 11 febbraio 2019, n. 12, conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 14 dicembre 2018, n. 135, individuando alcune regole per l'applicazione del comma 1 del richiamato articolo 9 al fine di consentire l'applicazione della norma in maniera uniforme sul territorio nazionale già a partire dalla pubblicazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria e degli incarichi vacanti di continuità assistenziale entro la fine di marzo 2019 e di quelle relative agli incarichi di emergenza sanitaria territoriale prevista entro la fine di aprile 2019, così come specificato nella nota del 22/3/2019 del Coordinamento della Commissione Salute;

DATO ATTO che per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti si utilizza la graduatoria regionale – settore assistenza primaria – valevole per il 2019, di cui al DDG N° 4095 del 29/03/2019, pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria Burc n. 39 dell' 11 Aprile 2019;

PRESO ATTO della Delibera dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza n. 962 del 21 ottobre 2020 "Rettifica delibera n. 352 del 30 marzo 2020", con la quale sono state individuate n. 18 zone carenti di assistenza primaria ,per come di seguito indicato:

ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2019		
DISTRETTO SANITARIO	N. ZONE CARENTI	COMUNE DI
"COSENZA/SAVUTO"	1	ALTILIA
	1	BIANCHI
	1	MALITO
	1	PIANE CRATI
	6	S. GIOVANNI IN FIORE
"TIRRENO"	1	TORTORA
	1	S. NICOLA ARCELLA
	1	SANTA DOMENICA TALAO
	1	FALCONARA A.
	1	GUARDIA P.
"ESARO/POLLINO"	1	LAINO BORGO
"IONIO SUD"	1	PALUDI
	1	SCALA COELI

PRECISATO che i medici interessati dovranno produrre domanda entro il termine perentorio di 20 giorni dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria, direttamente all'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza; utilizzando i seguenti allegati che fanno parte integrante e sostanziale del presente decreto :

- Allegato A – A.P. per i medici che presentano domanda per trasferimento;
- Allegato B - A.P. per i medici che presentano domanda per graduatoria;
- Allegato C - A.P. per i medici che hanno acquisito il Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale successivamente al 31.01.2018;
- Allegato D – A.P. per i medici frequentanti il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;

VISTO l'art. 5 (ex art. 34) dell'ACN del 21.06.2018 che regola la procedura di assegnazione degli incarichi di Assistenza Primaria;

VISTA la L.R. 7/96 e s.mm.i. - Norme sull'ordinamento della struttura organizzativa della Giunta regionale e sulla dirigenza regionale;

VISTA la L.R. n. 34 del 2002 e s.m.i. e ritenuta la propria competenza - Riordino delle funzioni amministrative regionali e locali;

VISTI:

- la Delibera di Giunta Regionale n. 91 del 15-05-2020 avente ad oggetto: "Struttura organizzativa della Giunta regionale – approvazione modifiche alla deliberazione di G.R. n. 63 del 15.02.2019 e s.m.i." con la quale viene modificata la struttura organizzativa del Dipartimento Tutela della salute e Politiche sanitarie in "Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari" ;
- la D.G.R. n. 118 del 11 giugno 2020, avente ad oggetto "D.G.R. 91/2020 "Struttura organizzativa della Giunta regionale – approvazione modifiche alla Deliberazione di G.R. n.63 del 15.02.2019 e s.m.i."- INTEGRAZIONI";
- la D.G.R. n. 161 del 29 giugno 2020 ed il successivo D.P.G.R. n. 95 del 29 giugno 2020, di nomina del Dott. Francesco Bevere quale Dirigente Generale del Dipartimento "Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari" della Giunta della Regione Calabria;
- il D.D.G. n. 8751 del 26 agosto 2020 di conferimento dell'incarico di Dirigente del Settore n. 5 alla Dott.ssa Giuseppina Fersini;
- la nota prot. n. 295340 del 16/09/2019, con la quale è stata nominata responsabile del procedimento la dott.ssa Anna Trapasso, in servizio presso il Settore n. 5 "Medicina Convenzionata e Continuità assistenziale";

Attestata, sulla scorta dell'istruttoria effettuata, la regolarità amministrativa nonché la legittimità e correttezza del presente atto;

DECRETA

DI PUBBLICARE nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria, come previsto dall'art. 5 (ex art. 34) dell'ACN del 21.06.2018, gli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria relativamente all'anno 2019 individuati dall' Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza con delibera n. 962 del 21 ottobre 2020, per come di seguito indicato:

ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2019		
DISTRETTO SANITARIO	N. ZONE CARENTI	COMUNE DI



"COSENZA/SAVUTO"	1	ALTILIA
	1	BIANCHI
	1	MALITO
	1	PIANE CRATI
	6	S. GIOVANNI IN FIORE
"TIRRENO"	1	TORTORA
	1	S. NICOLA ARCELLA
	1	SANTA DOMENICA TALAO
	1	FALCONARA A.
	1	GUARDIA P.
"ESARO/POLLINO"	1	LAINO BORGO
"IONIO SUD"	1	PALUDI
	1	SCALA COELI

DI PRECISARE:

- che l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, provvederà, all'espletamento delle procedure per il conferimento degli incarichi;
- che possono concorrere al conferimento degli incarichi resesi vacanti e pubblicati, i medici in possesso dei requisiti di cui all'art. 5 (ex art. 34) dell'ACN del 21.06.2018 che regolano la procedura di assegnazione degli incarichi di Assistenza Primaria e/o interessati dall'art. 9, comma 1, del Decreto legge n. 135 del 14 dicembre 2018 convertito con Legge n. 12 dell'11 febbraio 2019;

DI STABILIRE che i medici interessati dovranno produrre domanda entro il termine perentorio di 20 giorni dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria, direttamente all' Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza; utilizzando i seguenti allegati che fanno parte integrante e sostanziale del presente decreto:

- Allegato A – A.P. per i medici che presentano domanda per trasferimento;
- Allegato B - A.P. per i medici che presentano domanda per graduatoria;
- Allegato C - A.P. per i medici che hanno acquisito il Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale successivamente al 31.01.2018;
- Allegato D – A.P. per i medici frequentanti il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;

DI NOTIFICARE il presente provvedimento all' Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza e all'ordine dei medici-chirurghi e odontoiatri della Regione Calabria;

DI PROVVEDERE alla pubblicazione del provvedimento sul BUR della Regione Calabria a cura del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari ai sensi della L.R. 6 aprile 2011, n. 11, e sul sito istituzionale della Regione Calabria, ai sensi del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33;

AVVERSO il presente provvedimento è ammesso il ricorso in sede giurisdizionale davanti al TAR della Calabria entro 60 giorni dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria e, in alternativa al ricorso giurisdizionale, ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, per soli motivi di legittimità, entro 120 giorni dalla notifica dello stesso.

Sottoscritta dal Responsabile del Procedimento



TRAPASSO ANNA
(con firma digitale)

Sottoscritta dal Dirigente
FERSINI GIUSEPPINA
(con firma digitale)



Bollo
€ 16,00

ALLEGATO A - A.P.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA
(per trasferimento)

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI _____

Il/la sottoscritto/a Dr.....

nato/a a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....

CAP.....tel..... cell.....

P.e.c. _____ (obbligatoria e leggibile)

titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.5, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l'art.34, comma 5, lett.a) dell'ACN per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i. - per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n..... del 2019, come di seguito indicato:

(riportare gli ambiti carenti d'interesse ai fini dell'assegnazione)

- ASP DI _____ TUTTI
- ASP DI _____ AMBITO _____

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 445/00:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data.....con voto.....;



(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____

2. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'Azienda

_____ di.....ambito
territoriale.....della

Regione.....dal.....(1)

(indicare di seguito gli eventuali periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art.18, comma 1 ACN vigente):

3. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nella assistenza primaria:(1)

dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

(indicare di seguito gli eventuali periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art.18, comma 1 ACN 23.03.2005 e s.m.i. vigenti):

4. di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale (in caso affermativo specificare il tipo di attività.._____)

la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà per l'accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà previo avviso da parte dell'ASP agli interessati, tramite posta certificata.
- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016.



Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo P.E.C.

Data _____

Firma (2) _____

- (1) - Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere copia fotostatica del /i certificato/i di servizio di cui eventualmente sia già in possesso;
- (2) - 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).



Marca da bollo
16 €

ALLEGATO B – A.P.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA
(per graduatoria)**

Azienda Sanitaria Provinciale

Di _____

Il/la sottoscritto/a Dr.....

nato/a a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....

CAP.....tel..... cell.....

Pec _____ (obbligatoria e leggibile)

inserito nella graduatoria regionale per la medicina generale – settore di assistenza primaria – valevole per l'anno 2019 .

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.5, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l'art.34, comma 5, lett.b) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.- per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria,

n..... del 2019, come di seguito indicato:

(riportare gli ambiti carenti d'interesse ai fini dell'assegnazione).

- ASP DI _____ TUTTI
- ASP DI _____ ambito territoriale _____

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 laurea in Medicina e Chirurgia 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 essere iscritto nella graduatoria regionale – settore di assistenza primaria - valevole per il 2019 con punti.....e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2018) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria;
4. di essere residente nel Comune di..... dal.....(giorno/mese/anno) (1);
5. le seguenti precedenti residenze:
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
6. di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione.....in data.....(2);

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria, anche se iscritto nella vigente graduatoria regionale

Il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe o in mancanza di indicazione della riserva la domanda non sarà valutata*):

- () riserva per i medici in possesso del titolo di formazione in medicina generale – (2)
() riserva per i medici in possesso di titolo equipollente.

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.

- di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà previo avviso da parte dell'ASP agli interessati, tramite posta certificata.



- di essere a conoscenza che la mancata indicazione nella presente domanda dei dati relativi alla residenza, almeno a decorrere dal 31.01.2016, di cui ai precedenti punti 4 e 5, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi (20 punti per la residenza in ambito regionale e 5 punti per la residenza nell'ambito territoriale dichiarato carente) previsti dall'art.5, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018, che richiama l'art.34, comma 8, lettere b) e c) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.;

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

.....

Data

Firma (3)

.....

.....

- 1) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2016. La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art.5, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l'art.34, comma 8, lettere b) e c) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.
- 2) I medici inseriti nella graduatoria regionale che hanno conseguito il diploma di formazione specifica in medicina generale dopo il 31.01.2018 devono allegare copia del titolo, con dichiarazione di conformità all'originale, al fine di partecipare alla riserva di assegnazione e per l'attribuzione del relativo punteggio;
- 3) 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).



Bollo
€ 16,00

Allegato C - A.P.

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA
**(medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale
successivamente al 31.01.2018**

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

DI _____

Il/la sottoscritto/a Dr.

nato/a a il

residente a prov..... Via.....

CAP.....tel..... cell.....

P.E.C. : _____ (OBBLIGATORIA E LEGGIBILE)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 5, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l'art.34, comma 5, lett.c) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. - per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n..... del 2019, come di seguito indicato:

riportare gli ambiti carenti d'interesse ai fini dell'assegnazione).

- ASP DI _____ TUTTI
- ASP DI _____ ambito territoriale _____

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 laurea in Medicina e Chirurgia 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 formazione specifica in medicina generale successivamente al 31.01.2018

4. presso la Regionein data.....

5. di essere residente nel Comune di.....prov..... dal.....

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà previo avviso da parte dell'ASP agli interessati, tramite posta certificata.

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.P.e.c. _____..

Data

Firma

.....

.....

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).



Bollo
€ 16,00

Allegato D - A.P.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA
(medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale)**

**(possono partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo i medici iscritti ai corsi di formazione
specifica in medicina generale istituiti presso la Regione Calabria)**

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI _____

Il/la sottoscritto/a Dr.....

nato/a a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....

CAP.....tel..... cell.....

p.e.c. _____ (obbligatoria e leggibile)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con la Legge n.12/2019, per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria della Regione Calabria, pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Calabria n..... del 2019, come di seguito indicato:

(riportare gli ambiti carenti d'interesse ai fini dell'assegnazione).

- ASP DI _____ TUTTI
- ASP DI _____ ambito territoriale _____

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 laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di..... in data con voto;
(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
2. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data o
nella sessione n. dell'anno, presso l'Università di
3. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di,
dal
4. di frequentare
 - il primo anno
 - il secondo anno
 - il terzo anno
 del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio/..... presso
la Regione....., iniziato in data.....
5. di essere residente nel Comune di..... prov. dal.....

DICHIARA INOLTRE

-di essere a conoscenza che la l'assegnazione degli incarichi richiesti con la presente domanda avrà seguito solo qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 5 dell'A.C.N. 21.06.2018, comprese le procedure di cui al comma 17 dello stesso articolo, uno o più incarichi rimangano vacanti.

-di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016.

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo Pec:

_____.

Data

Firma

.....
.....
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).