

Comunicato dell'Assessorato regionale alla Sanita'

**Ore settimanali vacanti per incarichi nella Continuità Assistenziale**

Con nota, prot. n. 6555/A1406A del 18 marzo 2016, veniva richiesta alle Aziende Sanitarie Locali la rilevazione delle ore settimanali, resesi vacanti nei Servizi aziendali di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica), ai fini della pubblicazione sul B.U.R.P., in applicazione dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, sancito con le Intese del 29.7.2009 e dell'8 luglio 2010.

Pertanto, alla luce del vigente A.C.N., della D.G.R. n. 28-2690 del 24.4.2006 (Approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale 2006: Allegato 1) e della DGR n. 37-5285 del 29.1.2013 ( Recepimento dell'Accordo Integrativo Regionale - A.I.R. - per la Continuità Assistenziale: integrazione art. 11 della D.G.R. n. 28-2690 del 24.4.2006), la presente pubblicazione delle ore settimanali vacanti per incarichi, nei Servizi aziendali di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica), viene effettuata sulla base del disposto di cui al Capo III°, artt. 63 e segg. del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Si richiama infine quanto previsto dalla D.G.R. n. 32-4961 del 28.11.2012 - Interventi e misure per la riorganizzazione del sistema regionale di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica).

In base alle disposizioni succitate, in conformita' alle indicazioni di cui all'art. 63 del vigente A.C.N. ed alla Circolare Regionale del 25/1/2001, prot. n.1419/29.3, i medici inseriti nella Graduatoria Unica Regionale Definitiva, suddivisa in quattro aree (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Medicina dei Servizi Territoriali ed E.S.T. 118), valida per l'anno 2016 ( B.U. n. 50 del 17.12.2015 – D.D. n.784 del 2.12.2015), interessati al conferimento degli incarichi nella Continuità Assistenziale, possono presentare alle AA.SS.LL. competenti per territorio, che hanno disponibili le ore settimanali vacanti, domanda in bollo, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente Comunicato sul B.U.R.P. (per le domande presentate a mezzo posta, fa fede la data del timbro postale).

Si precisa infine che la presente pubblicazione delle ore settimanali vacanti nei servizi di Continuità Assistenziale deve uniformarsi alle previsioni del nuovo P.S.S.R. 2012-2015.

Il presente Comunicato costituisce notificazione ufficiale ai medici interessati, alle Aziende Sanitarie Locali, alle OO.SS. di categoria e alle rappresentanze ordinistiche.

Il Dirigente del Settore  
Dott. Claudio Baccon

Allegato

AZIENDE SANITARIE LOCALI	ORE SETTIMANALI VACANTI
Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica )	
ASL TO 1 - TORINO	408
ASL TO 3 - COLLEGNO	1632
ASL TO 4 - CHIVASSO	1818
ASL TO 5 - CHIERI	614
ASL VC	592
ASL BI	550
ASL NO	816
ASL VCO	320
ASL CN 1	1534
ASL CN 2	632**
ASL AT	840
ASL AL	952

**\*\* 168 ore sono assegnabili condizionatamente alla riapertura della Casa di reclusione temporaneamente chiusa.**

**SCHEMA INFORMALE ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO A T.I.  
NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ex Guardia Medica)**  
(Rif. art. 63 del vigente A.C.N. e Circolare Regionale, prot. n. 1419/29.3 del 25.01.2001)  
(la domanda deve essere presentata in bollo)

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Sanitaria Locale .....

Il sottoscritto Dott. .... nato il .....  
residente a ..... Prov. .... dal.....  
telef. .... via.....n. ....

ai sensi e per gli effetti dell'art. 63 del vigente A.C.N., sancito con le Intese del 29.7.2009 e dell'8.7.2010,

**Chiede**

di concorrere al conferimento dell'incarico di Titolarità nel Servizio di Continuità Assistenziale presso codesta Azienda Sanitaria Locale, sulla base delle ore vacanti (pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. ....del .....).

A tal fine dichiara (1):

- di essere titolare di incarico nella Continuità Assistenziale a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale .... di ..... dal .....
- di essere titolare di incarico di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato presso l'Azienda Sanitaria Locale ..... di ..... Regione..... dal.....;
- di essere incluso nella Graduatoria Unica Regionale Definitiva per la Medicina Generale – Area Continuità Assistenziale - valida per l'anno ....., al n. ....con punti .....
- di avere/non avere(2) presentato domanda ad altre Aziende Sanitarie Locali per il conferimento d'incarico nella Continuità Assistenziale:

A.S.L. n. ....di.....

A.S.L. n. ....di..... ecc. ecc.;

- di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data .....voto di Laurea.....;
- di aver conseguito l'abilitazione all'Esercizio Professionale in data.....;
- di avere/non avere(2) la residenza nell'ambito dell'Azienda nella quale e' vacante l'incarico per il quale concorrono fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella Graduatoria Regionale e che tale requisito permane fino all'attribuzione dell'incarico;
- di avere/non avere(2) la residenza nell'ambito della Regione fin da due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella Graduatoria Regionale di settore e che tale requisito permane fino all'attribuzione dell'incarico;
- di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale/Titolo equipollente(2), come previsto dai DD.LL.vi n. 256/91, n.368/99, n. 277/03 e D.M. 7.3.2006.

Ai sensi e per gli effetti dell'A.C.N., dichiara di svolgere/non svolgere(1) le seguenti attività alla data odierna:

A) in qualità di medico dipendente presso.....tipo di lavoro: di ruolo/precario(2)

B) con rapporto libero-professionale presso.....per numero ore settimanali.....con qualifica.....

C) altre attività(3).....

**Il sottoscritto si impegna a far cessare l'attività sopra dichiarata, qualora l'attività stessa costituisca incompatibilità ai fini dell'espletamento dell'attività professionale, conseguente all'assegnazione di eventuale incarico e dichiara fin d'ora di essere ad integrale conoscenza e di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dal vigente A.C.N.. Dichiara infine formalmente sotto la propria personale responsabilità che quanto è riportato nella presente domanda risponde a verità.**

In fede

Data.....

.....  
(firma per esteso)

(1) Elencare solo i punti che interessano, in conformita' al vigente A.C.N..

(2) Cancellare la parte che non interessa.

(3) Specialista Ambulatoriale convenzionato interno/Specialista acc. Esterno - Medico addetto alla Medicina dei Servizi Territoriali - Medico addetto all'Emergenza Sanitaria Territoriale (118) presso A.S.L. n.....per n. ore settimanali..... - Medico operante in Case di Cura, Istituzioni e/o Stabilimenti convenzionati/accreditati ecc. (specificare impegno orario settimanale) - Medico di Assistenza Primaria e/o Pediatra di I.s., con scelte n.....ecc. ecc. ecc., in conformita' al dettato di cui al vigente A.C.N..