



U.O.C. ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA ASSISTENZA TERRITORIALE E DISTRETTUALE

Direttore: dott. Francesco Baiocchi - tel.: 0861/420402 - mail: francesco.baiocchi@aslteramo.it

Ufficio Posizione Organizzativa. Specialistica ambulatoriale e Medicina convenzionata – Tel. 0861/420285 – fax 0861/420284 – mail: maximo.dibonaventura@aslteramo.it

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DEL 31.03.2020

OGGETTO: 2° TRIMESTRE 2021. PUBBLICAZIONE TURNI SETTIMANALI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE, AI SENSI DEGLI ARTICOLI 20 E 21 DEL VIGENTE ACN DEL 31.03.2020 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO.

SEDE	BRANCA	ORE SETT.LI
UCCP SANT'EGIDIO ALLA VIVRATA	BRANCA RADIOLOGIA	5
DSS VAL VIBRATA	BRANCA FISIOKINESITERAPIA Finalizzate ad attività territoriale ADI, RA, RSA, art. 26 e UVM e con capacità professionale nella valutazione multidimensionale	10
UFFICIO UNICO DI RIABILITAZIONE	BRANCA FISIOKINESITERAPIA Orario: - dal lunedì al venerdì 8.00-14.00 - il martedì e il giovedì 15.00-18 orario dinamico secondo necessità orario dinamico secondo necessità <i>Con capacità professionale ed esperienza in materia di assistenza protesica</i>	36
RSA CASTILENTI	BRANCA GERIATRIA -da svolgere per almeno quattro giorni consecutivi a settimana	16
UOSD MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE AZIENDALE P.O. TERAMO	BRANCA FISIOKINESITERAPIA Principalmente dedicate all'effettuazione delle consulenze nei reparti P.O. e al contenimento delle liste di attesa per i pazienti con patologia acuta che afferiscono al servizio MFR. Orario di servizio: martedì e giovedì dalle ore 8.00 alle ore 13.00	10
TURNI NON FRAZIONABILI		

—AVVISO SUI REQUISITI GENERALI E SPECIFICI PER L'AMMISSIONE DEI CONCORRENTI E SUI TERMINI E SULLE MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' ALL'ASSEGNAZIONE DEI TURNI PUBBLICATI—

Ai sensi degli articoli 20 e 21 del vigente Accordo Collettivo Nazionale del 31.03.2020, per la disciplina dei rapporti coi Medici specialisti ambulatoriali, per i Medici veterinari e delle altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi), si rendono noti i turni di specialistica ambulatoriale disponibili presso le strutture della ASL di Teramo pubblicati/che verranno pubblicati in data 01.6.2021, sul sito aziendale. Gli interessati potranno visualizzare ed estrarre la documentazione occorrente sul sito web aziendale seguendo il presente percorso: home page → Azienda → Medicina Convenzionata → Specialisti ambulatoriali → Turni di specialistica ambulatoriale per il conferimento di incarichi a tempo indeterminato 2° trimestre 2021, oppure, presso la home page aziendale nello spazio "IN PRIMO PIANO".

I medici specialisti, i medici veterinari e i professionisti aspiranti al/ai turno/i disponibile/i, dovranno inoltrare dal giorno 1 al giorno 15 del mese di pubblicazione, pena l'esclusione, dichiarazione di disponibilità a mezzo raccomandata a.r. indirizzata a: ASL Teramo, Circonvallazione Ragusa n. 1, 64100 Teramo – specificando i turni disponibili ai quali si intende concorrere.

Gli specialisti interessati dovranno presentare separata istanza per ogni turno (spedite anche in unica busta ma con allegati per ogni singolo turno).

La domanda, redatta in carta libera, deve essere indirizzata al Direttore Generale della ASL di Teramo, Circonvallazione Ragusa, 1 – 64100 Teramo e deve essere inoltrata esclusivamente mediante una delle seguenti modalità:

- a mezzo PEC al seguente indirizzo: aslteramo@raccomandata.eu ;
- a mezzo raccomandata AR;

Per la dichiarazione di disponibilità spedita a mezzo raccomandata a.r. il rispetto del termine dovrà risultare esclusivamente dal timbro postale applicato sulla raccomandata.

I concorrenti dovranno allegare tutta la documentazione prevista dall'avviso di pubblicazione.

La ASL non terrà conto delle domande pervenute in difformità alle disposizioni di cui al presente avviso.

Non è ammessa la presentazione di documenti dopo la scadenza del termine utile per la presentazione delle domande di ammissione e l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Questa ASL non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione o tardiva ricezione della domanda dovuti ad eventuali disguidi o ritardi postali. La domanda di partecipazione deve essere firmata in calce dal candidato. La domanda non sottoscritta dal candidato determinerà l'esclusione dalla procedura di selezione. La domanda di partecipazione deve essere, altresì, presentata unitamente alla fotocopia di un documento d'identità personale in corso di validità, a pena di esclusione. Si precisa che la validità dell'invio della domanda di partecipazione mediante posta elettronica certificata (PEC), così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte del candidato, di propria casella di posta elettronica certificata. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica certificata non propria e/o da casella di posta semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato. La domanda di partecipazione trasmessa a mezzo posta elettronica certificata dovrà essere inviata unitamente alla documentazione alla stessa allegata in un unico file formato pdf. La validità della trasmissione e ricezione della domanda e della documentazione trasmesse è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna.

La dichiarazione di disponibilità trasmessa a mezzo PEC dovrà essere firmata dal candidato in maniera autografa e scannerizzata oppure firmata digitalmente e inviata unitamente alla documentazione richiesta e al documento d'identità.

L'Amministrazione non assume la responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei files.

Non verranno prese in considerazione dichiarazioni di disponibilità pervenute in modi diversi da quelli indicati.

lett.) a,b,c,d,e,f,g,j dovranno obbligatoriamente indicare l'anzianità di servizio.

Le dichiarazioni imprecise, incomplete, contraddittorie e prive del documento di riconoscimento NON saranno prese in considerazione.

Allegati:

- 1) fac-simile domanda
- 2) dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio ASL
- 3) allegato B autocertificazione informativa ASL
- 4) articolo 19 (pag. 31), l'art. 20, l'art. 21 e l'art. 27 dell'ACN del 31.03.2020. =

IL FUNZIONARIO
RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dott. M. Di Bonaventura)

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
(Dr. Valerio F. Profeta)

IL DIRETTORE U.O.C.
(Dott. Francesco Baiocchi)

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Maurizio Di Giosia

Gli aspiranti al/ai turno/i, qualora si trovino in una delle posizioni di incompatibilità previste dall'art. 27 di cui al vigente Accordo Collettivo Nazionale o svolgano altre attività incompatibili che, sommate alle ore di incarico richieste, vengano a superare il massimale orario di n. 38 (trentotto) ore settimanali consentito dall'art.28 del vigente ACN del 31.03.2020, dovranno specificare nella domanda l'attività che sono disposti a cessare.

Si precisa che lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo in una sola branca specialistica o area professionale con rapporto di lavoro convenzionato unico a tutti gli effetti, instaurato con una o più Aziende della stessa Regione o di Aziende di altra Regione. Le ore di attività sono ricoperte attraverso conferimento di nuovo incarico o aumenti di orario nella stessa branca o area professionale, o attraverso riconversione in branche diverse.

I requisiti previsti per il conferimento dell'incarico sono quelli elencati nell'art. 19 comma 4 del vigente ACN del 31.03.2020, che si allega alla presente informativa.

La procedura per il conferimento dei turni in argomento è quella prevista dagli artt. 20 e 21 del vigente ACN del 31.03.2020, che si allegano alla presente informativa.

Si informa, infine, che in mancanza delle disponibilità di cui all'art. 21, comma 2 del vigente ACN di categoria l'Azienda può conferire gli incarichi ai sensi del comma 4 dello stesso articolo.

Gli interessati nella nuova dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio e nell'autocertificazione informativa-allegato B (preordinate dalla scrivente ASL) dovranno dichiarare di essere consapevoli delle conseguenze derivanti dagli artt. 75 (decadenza dai benefici) e 76 (norme penali) del DPR 445/2000 in caso di responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi di cui ai richiamati articoli.

Qualora emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, a seguito di idonei controlli, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguiti.

Per i turni pubblicati ai sensi dell'art. 20, comma 5 del vigente ACN—che richiedono il possesso di particolari capacità professionali e che saranno valutate secondo criteri definiti dalla competente Commissione Tecnica Aziendale—gli specialisti interessati dovranno presentare domanda, con allegata dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio e di autocertificazione informativa-allegato B, entrambe ai sensi e per gli effetti "dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445", utili ed attinenti alla specificità della selezione (autocertificazione dettagliata attinente ai titoli di servizio, attestazione di strutture pubbliche, attestazione di strutture private accreditate, attestazione di istituti scientifici, attestazione di istituti universitari e corsi di partecipazione ad aggiornamento specifico).

Eventuali curriculum allegati dovranno essere prodotti in forma di autocertificazione ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000.

Al fine di procedere all'acquisizione diretta di stati, qualità personali e fatti presso l'amministrazione competente, ai sensi della normativa vigente (D.P.R. 445/2000 e L. 12.11.2011 n. 183) il candidato nell'autocertificazione informativa, nel dichiarare la capacità professionale richiesta, deve specificare in apposito spazio, la natura del rapporto di lavoro (se dipendenza, convenzione ACN specialistica ambulatoriale, collaborazione, volontariato, altro), le strutture presso le quali sono state effettuate, i servizi/le attività svolte, con indicazione del recapito delle medesime (denominazione, indirizzo, n. tel. e fax, ufficio di riferimento e, se possibile, il funzionario addetto) e con indicazione precisa delle attività numericamente ed effettivamente svolte e dell'esatto periodo di attività.

Si precisa che in applicazione della Legge 12 novembre 2011, n. 183, art. 15 (Legge di stabilità 2012), non saranno accettate certificazioni o attestazioni riferite a stati, qualità personali e fatti dei soggetti partecipanti alla procedura di selezione successive al 01.01.2012 e, in tal caso la mancata autocertificazione sulla capacità professionale comporterà l'esclusione dalla procedura di conferimento incarico.

Si precisa, infine, che ai sensi della citata legge n. 183/2011 i candidati non dovranno chiedere o produrre alla Pubblica Amministrazione certificazioni di stati, qualità personali o fatti che risultino in possesso alla stessa.

RACCOMANDATA A. R. o PEC

OGGETTO: Dichiarazione **disponibilità** al conferimento di **TURNO/ SETTIMANALE/ DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DISPONIBILE/ A TEMPO INDETERMINATO.**

TRIMESTRE PUBBLICAZIONE: 2°/ 2021 (pubblicazione dal 01 al 15 del mese di giugno 2021)

BRANCA: _____

Il/La sottoscritto/a

Dr./Dr.ssa _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

residente a _____ in Via/Piazza n. _____

_____ CAP _____

n° tel. _____ n° cellulare _____ indirizzo PEC: _____

A1) Medico/Psicologo/Veterinario specialista ambulatoriale TITOLARE dell'incarico a **TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO** (depenare le voci che non interessano)

presso _____

a decorrere dal ____ / ____ / ____ per n° ____ ore settimanali

nella branca di _____

A2) Medico/Psicologo/Veterinario specialista Ambulatoriale TITOLARE dell'incarico a **TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO** (depenare le voci che non interessano)

presso _____

a decorrere dal ____ / ____ / ____ per n° ____ ore settimanali

nella branca di _____

A3) Medico/Psicologo/Veterinario specialista Ambulatoriale TITOLARE dell'incarico a **TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO** (depenare le voci che non interessano)

presso

a decorrere dal _____ / _____ / _____ per n° _____ ore settimanali

nella branca di _____

A4) Medico/Psicologo/Veterinario specialista Ambulatoriale TITOLARE dell'incarico a TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO (depennare le voci che non interessano)

presso

a decorrere dal _____ / _____ / _____ per n° _____ ore settimanali

nella branca di _____

Dichiaro di avere anzianità di servizio decorrente in maniera continuativa dal _____

Dichiaro di avere anzianità di servizio decorrente in maniera non continuativa come segue:

N.B.: in caso di incarico a tempo determinato conferito in applicazione del precedente ACN del 23.03.2015 e s.m.i. indicare se lo stesso è stato assegnato ai sensi dell'art. 23 comma 10 o comma 11.

B) PRESENTE / NON PRESENTE nella GRADUATORIA della specialistica ambulatoriale dell'anno corrente della provincia di TERAMO (depennare la voce che non interessa)

DICHIARA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico per il seguente turno settimanale (gli interessati dovranno presentare **separata domanda per ogni singolo turno** (spedite anche in unica busta)

(descrizione turno con indicazione ore, branca e sede)

Ai fini dell'individuazione delle priorità per l'attribuzione dei turni vacanti di cui agli artt. 20 e 21 dell'intesa conferenza Stato-Regioni 31.03.2020.

Dichiaro, inoltre, di essere disponibile a rimuovere eventuali incompatibilità rilevate.

Luogo e data _____

Firma

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M_F_Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
telefono.....
PEC.....e-mail.....

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);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. 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 _____);

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. 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;
12. 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* _____);
13. 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;
14. 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;
15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. 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* _____);
17. 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): _____;
18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
19. 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 D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, 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.

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 16 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,**

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M_F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
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

DICHIARA

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE
(specificare).....
- di possedere il diploma di laurea (DL) la laurea specialistica (LS) della classe
corrispondente in (medicina e
chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica -
psicologia):
 - diploma di laurea con voto/110 senza lode con lode, conseguito presso
l'Università di..... in data...../...../.....;
 - laurea specialistica/magistrale con voto/100 senza lode con lode
conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di.....
(medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo)
nella sessione..... presso l'Università di.....;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli..... (medici
chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine
provinciale /regionale di..... dal.....
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

- di non fruire 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;
- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 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
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, 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

CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

ART. 19 – REQUISITI, DOMANDE, GRADUATORIE E COMPITI DELL'AZIENDA SEDE DEL COMITATO ZONALE.

1. Lo specialista, il veterinario o il professionista che aspiri a svolgere la propria attività nell'ambito delle strutture del SSN di cui all'articolo 2, comma 1, deve inoltrare apposita domanda entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno, a mezzo di procedura telematica al competente ufficio dell'Azienda ove ha sede il Comitato zonale di riferimento nel cui territorio di competenza aspiri ad ottenere l'incarico ovvero al competente ufficio dell'Azienda delegata ai sensi del successivo comma 2. Sono fatte salve diverse determinazioni definite dalla Regione relativamente alle modalità di trasmissione ai moduli di domanda, alle modalità di comunicazione agli interessati.
2. La Regione, sentito il parere del Comitato regionale, per semplificazione burocratica e riduzione di spese amministrative ed impiego di personale può individuare ed assegnare ad una o più Aziende l'espletamento della procedura prevista dal presente articolo.
3. La domanda, in bollo, deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, atte a provare il possesso dei titoli professionali, conseguiti fino al 31 dicembre dell'anno precedente, elencati nella dichiarazione stessa.
4. Gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 27, comma 1, lettere h) e l) e devono possedere alla scadenza del termine per la presentazione della domanda i seguenti requisiti: **ACCARENICI**
 - a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
 - b) iscrizione all'Albo professionale;
 - c) diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;
 - d) diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche o della categoria professionale interessata, previste nell'allegato 2.

Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56 come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.

La certificazione regionale attestante quanto previsto dall'articolo 1, comma 522 della L. 30 dicembre 2018, n. 145 è titolo valido per l'inserimento nella graduatoria relativamente alla branca di Cure palliative.

I laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri in virtù della specializzazione fatta valere come titolo legittimante non possono far valere tale titolo ai fini dell'iscrizione in graduatoria.

ART. 20 – PUBBLICAZIONE DEGLI INCARICHI.

1. Ciascuna Azienda, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi, verifica la possibilità di completare l'orario degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti già titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda stessa nella medesima branca o area professionale. In tal caso, le ore rese disponibili e da assegnare, anche mediante frazionamento, per realizzare il completamento orario del tempo pieno (38 ore settimanali), sono assegnate con priorità ai titolari con maggiore anzianità di incarico. A parità di anzianità prevale il maggior numero di ore di incarico, in subordine l'anzianità di specializzazione ed infine la minore età. L'Azienda rende nota tale disponibilità sul proprio sito istituzionale.
2. Allo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista che rinunci al completamento di cui al comma precedente è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni di pubblicazione e di percepire l'indennità di cui all'articolo 45 fino all'accettazione di ampliamento orario.
3. Espletate le procedure di cui al comma 1, i provvedimenti adottati dalle Aziende per l'attivazione di nuovi incarichi, per l'ampliamento di quelli in atto e per la copertura di quelli resi 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.
4. La pubblicazione degli incarichi ai sensi del comma precedente non può essere revocata e gli incarichi non sono frazionabili in sede di assegnazione.
5. Qualora la pubblicazione degli incarichi inerenti una branca specialistica o area professionale, di cui al presente Accordo, contenga la richiesta di possesso di particolari capacità professionali, la scelta dello specialista ambulatoriale, del veterinario o del professionista avviene previa valutazione da parte di una commissione tecnica aziendale, nominata dall'Azienda, composta da tre specialisti, veterinari o professionisti della medesima branca/area professionale designati dal Comitato zonale, che definisce altresì le procedure ed individua il componente con funzioni di Presidente.

L'Azienda assegna gli incarichi ai candidati ritenuti idonei dalla commissione di cui al presente comma secondo quanto previsto all'articolo 21 per gli incarichi a tempo indeterminato.
6. In sede di pubblicazione degli incarichi di psicologia e di psicoterapia, le Aziende devono specificare se gli stessi sono destinati a medici o psicologi.

ART. 21 – ASSEGNAZIONE DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO.

1. Gli specialisti, i veterinari ed i professionisti aspiranti all'incarico devono comunicare, con lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata, durante il periodo di pubblicazione degli incarichi di cui all'articolo 20, comma 3, la propria disponibilità all'Azienda sede del Comitato zonale di riferimento, la quale individua, entro i 20 giorni successivi alla scadenza del termine, l'avente diritto secondo l'ordine di priorità di cui al comma successivo.
2. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo in una sola branca specialistica o area professionale con rapporto di lavoro convenzionato unico a tutti gli effetti, instaurato con una o più Aziende della stessa Regione o di Aziende di altra Regione. Le ore di attività sono ricoperte attraverso conferimento di nuovo incarico o aumenti di orario nella stessa branca o area professionale, o attraverso riconversione in branche diverse. Per l'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato l'avente diritto è individuato attraverso il seguente ordine di priorità:
 - a) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta all'Azienda di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio;
 - b) titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante. Relativamente all'attività svolta come incremento orario ai sensi della presente lettera b) non compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'articolo 51;
 - c) titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;
 - d) specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;
 - e) specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;
 - f) titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'articolo 28, comma 1;

- g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente Accordo);
 - h) specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'articolo 19 del presente Accordo in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi. L'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l'anno in corso;
 - i) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19;
 - j) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico di specialista ambulatoriale.
3. Ai fini delle procedure di cui al comma 2, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione delle lettere h) e i), l'anzianità riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione è data precedenza all'anzianità di specializzazione e, successivamente, all'anzianità di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica. Gli aspiranti di cui alla lettera i) sono graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.
 4. L'Azienda, dopo aver esperito inutilmente le procedure osservando tutte le priorità di cui al comma 2, può conferire l'incarico anche a specialisti ambulatoriali, veterinari o professionisti già titolari di incarico a tempo indeterminato in Regioni non confinanti, nel limite di quanto previsto all'articolo 28, comma 1 del presente Accordo, graduandoli secondo la maggiore anzianità di incarico. L'Azienda predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti gli interessati.
 5. In ogni caso, allo specialista ambulatoriale, al veterinario o al professionista, disponibile ad assumere l'incarico di cui al presente articolo è consentito il trasferimento qualora abbia maturato un'anzianità, nell'incarico in atto, di almeno 18 mesi alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità.
 6. Lo specialista, il veterinario o il professionista in posizione di priorità deve comunicare l'accettazione/rinuncia all'incarico entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione da parte della Azienda. Alla dichiarazione di disponibilità dovrà essere allegata, pena l'esclusione dall'incarico, l'autocertificazione informativa appositamente predisposta dalla Azienda.
La formalizzazione dell'incarico deve avvenire entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della dichiarazione. Le Regioni possono definire diverse procedure, tese allo snellimento burocratico e all'abbreviazione dei tempi necessari al conferimento dell'incarico.
 7. L'incarico conferito a tempo indeterminato ai sensi del comma 2, lettere h) e i) è confermato, previo superamento di un periodo di prova della durata di sei mesi.

ART. 27 – INCOMPATIBILITÀ.

1. Ai sensi del punto 6 dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell'articolo 4, comma 7, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo lo specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista che:
- a) sia titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale;
 - b) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
 - c) eserciti attività, ovvero sia titolare o partecipante di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
 - d) svolga attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2;
 - e) sia titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'articolo 21 e svolga contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'articolo 22;
 - f) eserciti la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN che non adottino le clausole economiche del presente Accordo, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;
 - g) svolga funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
 - h) fruisca 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;
 - i) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale;
 - j) sia titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
 - k) sia 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;
 - l) fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto, o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'articolo 54.

2. La eventuale situazione di incompatibilità a carico dello specialista, del veterinario o del professionista, incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, deve essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.
3. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con particolare riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità.

La sopravvenuta ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità prevista dal presente Accordo comporta la decadenza dell'incarico convenzionale, come previsto ai sensi dell'articolo 38, comma 3 ovvero la revoca, come previsto all'articolo 38, comma 2, in riferimento all'Allegato 6, comma 2, lettera d), punto VII.

INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DIREZIONE TERRITORIALE
TERAMO

Prot. 54/2021

ASL TERAMO PROTOCOLLO UNICO
Posta in Arrivo



Prot. n.0079792/21 del 25/05/2021

e p.c. Alla DIREZIONE REGIONALE ABRUZZO
L'AQUILA

Spett.le COMITATO ZONALE
presso AUSL
c.a. dott. Francesco BAIOCCHI
TERAMO

Teramo, 24 maggio 2021

OGGETTO: Ripubblicazione del turno, a tempo indeterminato, di n. 8 ore settimanali
per prestazioni di ortopedia.

Ai sensi e per gli effetti delle vigenti disposizioni, si chiede la
ripubblicazione del seguente turno di ortopedia da conferire a tempo indeterminato:

- turno di 8 ore settimanali, di norma, così articolato:
Lunedì dalle ore 8,00 alle ore 16,00.

Distinti saluti

P/Il Direttore della Sede
Avv. Katia PANELLA
Il Vicario
Dott.ssa Grazia Paola Nardone