

Allegato n. 1

**Ambiti territoriali carenti di assistenza primaria presso le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna. Art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. 1° semestre 2012**

Entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente Bollettino i medici interessati possono presentare domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi - per trasferimento o per graduatoria - secondo il facsimile allegati (A - B). Fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

La domanda, **in bollo**, deve essere inviata esclusivamente **all'Azienda USL di Imola – Dipartimento Cure Primarie – Viale Amendola,2 – 40026 Imola**, tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione alle zone carenti di assistenza primaria".

L'Azienda USL di Imola provvederà alla predisposizione delle graduatorie, alla convocazione dei medici aventi titolo, all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti anche per conto delle altre Aziende USL, che restano competenti all'adozione del provvedimento di incarico.

La convocazione dei medici per l'assegnazione degli incarichi è effettuata mediante raccomandata A.R. o telegramma secondo le modalità di cui all'art. 34 dell'ACN per la medicina generale. Nessuna responsabilità è posta in capo all'Azienda USL per il mancato ritiro della raccomandata in tempo utile.

Per informazioni relative alla presente procedura rivolgersi all'Azienda USL di Imola – Dipartimento Cure Primarie (tel.0542 - 604224 – 604336 - 604318 -) ed alle singole Aziende per informazioni sugli ambiti territoriali carenti.

Le graduatorie predisposte saranno rese pubbliche mediante affissione all'Albo dell'Azienda USL di Imola.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti si informa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi :

a) per trasferimento

I medici che risultano già iscritti nell'elenco dei medici convenzionati per l'assistenza primaria in una Azienda della Regione Emilia-Romagna (da almeno due anni nel medesimo elenco di provenienza) e quelli inseriti in un elenco di assistenza primaria di altra Regione (da almeno quattro anni nel medesimo elenco di provenienza) e che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale.

La data cui fare riferimento per il calcolo dell'anzianità di iscrizione negli elenchi è quella riportata in calce nella sottoscrizione della domanda.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

Il medico già convenzionato che accetta l'incarico decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco; non può acquisire ulteriori scelte, pur mantenendo il rapporto convenzionale con l'Azienda di provenienza fino al definitivo conferimento di incarico da parte dell'Azienda di destinazione. In caso di rinuncia o decadenza dall'incarico non è possibile ripristinare il precedente rapporto convenzionale con l'Azienda di provenienza.

b) per graduatoria:

I medici iscritti nella graduatoria regionale per la medicina generale – settore di assistenza primaria - valevole per il 2012 (pubblicata nel BUR n. 2 - parte terza – del 3 gennaio 2012). Per l'assegnazione delle zone carenti - fatta salva l'assegnazione preliminare per trasferimento - la riserva è definita, in ambito regionale, nel modo seguente:

- 70% a favore dei medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale;
- 30 % a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Gli aspiranti all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione.

I medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria, anche se iscritti nella vigente graduatoria regionale, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento (art.15, comma 11 dell'AC.N. per la medicina generale)

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 34, comma 8, dell'ACN il medico che accetta l'incarico per la copertura di un ambito territoriale carente è cancellato dalla graduatoria regionale – settore di assistenza primaria – valevole per il 2012.

I punteggi previsti per la residenza nell'ambito territoriale e/o nell'ambito della Regione sono assegnati se il requisito della residenza risulta posseduto da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (la data di riferimento è il 31.01.2009) e mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

In base a quanto previsto dalla norma finale n. 2, ai medici già inseriti nella graduatoria regionale valevole per il 2012, che abbiano conseguito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale dopo la scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria (31.01.2011), è consentito, previa presentazione del titolo unitamente alla domanda, partecipare all'assegnazione delle zone carenti, nell'ambito della riserva di assegnazione prevista a favore dei medici in possesso dell'attestato, con l'attribuzione, in tale sede, del relativo punteggio per il possesso dell'attestato.

Le condizioni ed i requisiti di cui ai punti a) e b) devono permanere fino all'assegnazione degli incarichi.

#### **AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI**

Zone carenti di assistenza primaria

n. zone carenti

#### **AZIENDA USL DI PARMA**

##### **DISTRETTO DI FIDENZA**

- Ambito territoriale: Comuni di Fontevivo, Noceto con apertura di primo studio medico nel Comune di Fontevivo, frazione di Pontetaro **(0501)**

**1**

##### **DISTRETTO VALLI TARO E GENO**

- Ambito territoriale: Comuni di Bore, Pellegrino Parmense, Varano de' Melegari con apertura di primo studio medico nel Comune di Bore **(0601)**

**1**

- Ambito territoriale: Comuni di Borgo Val di Taro, Albareto con apertura di primo studio medico nel Comune di Borgo Val di Taro **(0602)**

**1**

##### **DISTRETTO SUD EST**

- Ambito territoriale: Comune di Montechiarugolo con apertura di primo studio medico nella frazione di Monticelli Terme ed apertura di secondo studio medico nella frazione di Basilicanova - località Piazza **(0701)**

**1**

- Ambito territoriale: Comuni di Sala Baganza, Felino, Calestano con apertura

di primo studio medico nel Comune di Calestano **(0702)** 1

## **AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA**

### **DISTRETTO DI MONTECCHIO**

- Ambito territoriale (Comuni di Cavriago e Montecchio) - Nucleo di Cure Primarie n.1 con obbligo di apertura primo studio medico nel Comune di Cavriago **(0801)** 1  
*(da assegnare solo in caso di mancata conclusione delle procedure d'incarico precedentemente avviate)*

### **DISTRETTO DI REGGIO EMILIA**

- Ambito territoriale (Comune di Reggio Emilia) - Nucleo di Cure Primarie n.2 **(0901)** 1

- Ambito territoriale (Comune di Reggio Emilia) - Nucleo di Cure Primarie n.5 **(0902)** 1

### **DISTRETTO DI GUASTALLA**

- Ambito territoriale (Comuni di Boretto, Brescello, Poviglio) - Nucleo di Cure Primarie n.2 con obbligo di apertura primo studio medico nel Comune di Brescello **(1001)** 1

### **DISTRETTO DI CORREGGIO**

- Ambito territoriale (Comuni di Correggio e San Martino in Rio) - Nucleo di Cure Primarie n.1 con obbligo di apertura primo studio medico nel Comune di Correggio **(1101)** 1

### **DISTRETTO DI SCANDIANO**

- Ambito territoriale (Comuni di Castellarano e Baiso) - Nucleo di Cure Primarie n.2 con obbligo di apertura primo studio medico nel Comune di Baiso e di apertura secondo studio medico in località Muraglione **(1201)** 1

- Ambito territoriale: Nucleo di Cure Primarie n. 3 – Comune di Casalgrande **(1202)** 1  
*(da assegnare solo in caso di mancata conclusione delle procedure d'incarico precedentemente avviate)*

- Ambito territoriale: Nucleo di Cure Primarie n. 4 – Comune di Rubiera **(1203)** 1  
*(da assegnare solo in caso di mancata conclusione delle procedure d'incarico precedentemente avviate)*

## **AZIENDA USL DI MODENA**

### **DISTRETTO DI CARPI**

- Ambito territoriale: Comune di Carpi **(1401)** 1

- Ambito territoriale: Comune di Novi **(1402)** 1

### **DISTRETTO DI MIRANDOLA**

- Ambito territoriale: Comune di Finale Emilia **(1501)** 1

- Ambito territoriale: Comuni di Concordia e San Possidonio **(1502)** 1

### **DISTRETTO DI MODENA**

- Ambito territoriale: Comune di Modena con obbligo di apertura studio medico in centro storico o zone limitrofe **(1601)** 1

### **DISTRETTO DI CASTELFRANCO EMILIA**

- Ambito territoriale: Comune di Nonantola **(4401)** 1

## **AZIENDA USL DI BOLOGNA**

### **DISTRETTO DI PORRETTA TERME**

- Ambito territoriale: Comuni di Porretta Terme, Castel di Casio, Granaglione, Lizzano in Belvedere, Gaggio Montano con congruo orario ambulatoriale nella frazione di Pietracolora del Comune di Gaggio Montano **(2101)** 1
- Ambito territoriale: Vergato, Grizzana Morandi, Castel d'Aiano con congruo orario ambulatoriale nel Comune di Grizzana Morandi **(2102)** 1  
*(da assegnare solo in caso di mancata conclusione delle procedure di incarico precedentemente avviate)*

### **DISTRETTO DI BOLOGNA**

- Zona Saragozza Porto **(2701)** 1
- Zona S.Vitale / S.Donato **(2702)** 1
- Zona Navile **(2703)** 2

## **AZIENDA USL DI IMOLA**

### **DISTRETTO DI IMOLA**

- Ambito territoriale: Comuni di Imola e Mordano **(2301)** 2

## **AZIENDA USL DI FERRARA**

### **DISTRETTO SUD EST**

- Ambito territoriale: Comune di Comacchio con obbligo di apertura studio medico nella frazione di San Giuseppe **(3201)** 1

## **AZIENDA USL DI RAVENNA**

### **DISTRETTO DI RAVENNA**

- Ambito territoriale: Comune di Ravenna **(3501)** 3
- Ambito territoriale: Comune di Cervia **(3502)** 1

### **DISTRETTO DI FAENZA**

- Ambito territoriale: Comune di Faenza **(3701)** 1

## **AZIENDA USL DI FORLÌ**

### **DISTRETTO DI FORLÌ**

- Ambito territoriale: Comune di Forlì **(3801)** 2
- Ambito territoriale "Basso Bidente 1": Comuni di Forlimpopoli e Bertinoro **(3802)** 3  
con obbligo di apertura:
  - n.2 studi medici nel Comune di Bertinoro
  - n.1 studio medico nel Comune di Forlimpopoli
- Ambito territoriale: Comune di Meldola **(3803)** 1

## **AZIENDA USL DI CESENA**

### **DISTRETTO CESENA – VALLE SAVIO**

- Ambito territoriale: Comuni di Bagno di Romagna e Verghereto **(3901)** **1**

**DISTRETTO RUBICONE**

- Ambito territoriale: Comuni di Borghi, Savignano sul Rubicone,  
Sogliano al Rubicone **(4901)** **1**

**AZIENDA USL DI RIMINI**

**DISTRETTO DI RIMINI**

- Ambito territoriale: Comune di Bellaria-Igea Marina **(4001)** **1**

**DISTRETTO DI RICCIONE**

- Ambito territoriale: Comuni di Riccione e Misano Adriatico, con obbligo  
di apertura studio medico nel Comune di Misano Adriatico **(4101)** **1**

*Il presente avviso è consultabile anche sul portale del Servizio Sanitario Regionale - [www.saluter.it](http://www.saluter.it) – Area istituzionale e operatori - Medicina convenzionata.*

**Marca da bollo  
Euro 14,62**

**Allegato A**

RACCOMANDATA A.R.

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

Azienda USL di Imola  
Dipartimento Cure Primarie  
Viale Amendola ,2  
40026 IMOLA

Il sottoscritto Dr..... nato a..... il.....

Residente a.....prov.....Via.....n.....

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

e-mail: .....

titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art.34, comma 2,lett.a) dell'ACN per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del ..... 2012, come di seguito indicato:

***(riportare il numero che identifica gli ambiti carenti)***

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

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.....;
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'Azienda USL di.....ambito territoriale.....della Regione.....dal.....(1) *(detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico)*;
4. 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.....  
*(detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico)*
5. 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.....*)

*L'atto sostitutivo 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.*

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

.....

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  
Euro 14,62**

**Allegato B**

RACCOMANDATA A.R.

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

Azienda USL di Imola  
Dipartimento Cure Primarie  
Viale Amendola ,2  
40026 IMOLA

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....

Residente a.....prov.....Via.....n.....

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

e-mail .....

inserito nella graduatoria regionale per la medicina generale – settore di assistenza primaria – valevole per l'anno 2012 (pubblicata nel BUR n. 2 - parte terza – del 3 gennaio 2012)

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art.34, comma 2,lett.b) dell'ACN per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del ..... 2012, come di seguito indicato:

***(riportare il numero che identifica gli ambiti carenti)***

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

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.....;
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
3. di essere iscritto nella graduatoria regionale – settore di assistenza primaria - valevole per il 2012 con punti.....e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria( 31.01.2011) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria;
4. di essere residente nel Comune di..... dal.....(giorno/mese/anno) (1);
5. 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 diploma 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 dell'attestato 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.*

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

.....

Data

Firma (3)

.....

.....

- 1) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2009. La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art.34, comma 3, lettere b) e c) dell'ACN per la medicina generale;
- 2) I medici inseriti nella graduatoria regionale che hanno conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale dopo il 31.01.2011 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).