

COMUNICATO DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO POLITICA DEL FARMACO E MEDICINA GENERALE

**Zone carenti di medici pediatri di libera scelta presso le Aziende USL della Regione
Emilia-Romagna. Art. 18 DPR 28.07.2000, n.272
I semestre 2005.**

Entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente Bollettino i medici interessati potranno presentare domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi - per trasferimento o per graduatoria o per entrambi - secondo i facsimile allegati (1 - 2).

La domanda di trasferimento e/o per graduatoria deve essere inviata esclusivamente **all'Azienda USL di Bologna – Dipartimento Cure Primarie - Via Montebello,6 – 40121 Bologna,** tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura “domanda per la partecipazione alle zone carenti di pediatria”.

L'Azienda USL di Bologna provvede alla predisposizione della graduatoria, alla convocazione dei pediatri aventi titolo, all'assegnazione delle zone 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.18 del DPR 272/2000. 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 Bologna – Dipartimento Cure Primarie (tel.051- 2869306-2869280) ed alle singole Aziende per informazioni sulle zone carenti.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi :

a) per trasferimento:

- i medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta in una Azienda USL della Regione Emilia-Romagna o di altra Regione, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento nella graduatoria regionale, a condizione che risultino iscritti rispettivamente da almeno due anni o da almeno quattro anni nell'elenco di provenienza (medesimo elenco) 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 la continuità assistenziale.

La data cui fare riferimento per l'anzianità di iscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati 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. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento una sola volta nel corso dell'anno solare.

b) per graduatoria:

- medici iscritti nella graduatoria regionale vigente per l'anno 2004/2005 (pubblicata sul BUR n.90 – parte terza – del 14 luglio 2004). Si fa presente che ai sensi e per gli effetti dell'art.18, comma 8, del DPR 272/2000 il pediatra che abbia accettato l'incarico per la copertura di zona carente è stato cancellato dalla graduatoria regionale vigente.

I pediatri aspiranti all'incarico saranno graduati mediante:

- ✍ attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale;
- ✍ attribuzione di punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (data di riferimento 31.1.2002) e che tale requisito abbiano mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico;
- ✍ attribuzione di punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione Emilia-Romagna da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di incarico nelle località carenti.

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

Il medico già titolare di convenzione pediatrica che accetta l'incarico viene cancellato dall'elenco di provenienza e pertanto 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 decade anche dal rapporto di convenzione con l'Azienda di appartenenza.

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 previsti dal DPR 272/2000.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI

Zone carenti di assistenza pediatrica

n.zone carenti

AZIENDA USL DI PIACENZA

DISTRETTO VALTIDONE

- Ambito territoriale comprendente i Comuni di:

Castel San Giovanni, Sarmato, Rottofreno, Calendasco,
Borgonovo V.T., Ziano P.no, Agazzano, Gazzola, Piozzano,
Gragnano Trebbiense, Pianello, Nibbiano, Pecorara,
Caminata:

(con obbligo d'apertura nel Comune di Rottofreno) [**0101**] 1

DISTRETTO DELLA MONTAGNA

- Ambito territoriale comprendente i Comuni di:

Travo, Bobbio, Coli, Ottone, Cerignale, Cortebruggatella)

(con obbligo di apertura nel Comune di Bobbio) [**4201**] 1

AZIENDA USL DI PARMA

DISTRETTO DI PARMA

- Ambito territoriale: Comuni di Colorno, Mezzani, Sorbolo, Torrile con I ambulatorio a Sorbolo e II ambulatorio a Mezzani (apertura da concordarsi con il Direttore Dipartimento Cure Primarie) **[0401]** 1

DISTRETTO DI FIDENZA

- Ambito territoriale: Comuni di Trecasali, S. Secondo, Roccabianca, Zibello, Polesine, Busseto, Sissa con I ambulatorio a Busseto ed obbligo II ambulatorio a Roccabianca **[0501]** 1
- Ambito territoriale: Comune di Salsomaggiore **(0502)** 1

AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA

DISTRETTO DI MONTECCHIO

- Comune di Gattatico (con obbligo di eventuale apertura di un 2° ambulatorio in Comune limitrofo qualora se ne determinasse la necessità) **[0801]** 1
(da assegnare solo in caso di mancata conclusione delle procedure di incarico precedentemente avviate)

DISTRETTO DI REGGIO EMILIA

- Comune di Quattro Castella **[0901]** 1

DISTRETTO DI GUASTALLA

- Comune di Reggiolo **[1001]** 1

DISTRETTO DI CORREGGIO

- Comune di Rolo (con eventuale apertura di un II ambulatorio in Comune limitrofo qualora se ne determinasse la necessità) **[1101]** 1

DISTRETTO DI CASTELNOVO NE' MONTI

- Comune di Villa Minozzo (con eventuale apertura di un 2° ambulatorio nel Comune di Toano) **[1301]** 1
- Comune di Toano (con eventuale apertura di un 2° ambulatorio nel Comune di Villa Minozzo) **[1302]** 1

AZIENDA USL DI MODENA

DISTRETTO DI CARPI
- Comune di Carpi [1401] 1

DISTRETTO DI MIRANDOLA
- Ambito territoriale: Comuni di Mirandola- Concordia-
S. Possidonio (con obbligo di apertura dell'ambulatorio
principale nel Comune di Mirandola) [1501] 1

DISTRETTO DI PAVULLO
- Ambito territoriale: Comuni di Fanano, Sestola ,
Montecreto [1801] 1

-Ambito territoriale: Comuni di Pievepelago, Fiumalbo,
Riolunato [1802] 1

DISTRETTO DI VIGNOLA
- Ambito territoriale: Comuni di Marano sul Panaro,Guiglia
(con obbligo di apertura di ambulatorio in entrambi i Comuni)[1901] 1
- Ambito territoriale: Comuni di Zocca,Montese
(con obbligo di apertura di ambulatorio in entrambi i Comuni)[1902] 1

AZIENDA USL BOLOGNA

DISTRETTO CASALECCHIO DI RENO
- Ambito territoriale: Comuni di Bazzano, Castello di Serravalle,
Crespellano, Monteveglio e Savigno (con obbligo di apertura
del I ambulatorio complessivamente nei Comuni di Castello di
Serravalle e Savigno) [2001] 1

DISTRETTO DI SAN LAZZARO DI SAVENA
- Ambito territoriale: Comuni di Ozzano Emilia e Monterezeno
(con obbligo di apertura del I ambulatorio a Monterezeno) [2201] 1

AZIENDA USL DI FERRARA

DISTRETTO OVEST
- Comune di Bondeno [3001] 1
- Comuni di Sant'Agostino, Mirabello e Poggio Renatico [3002] 1

DISTRETTO CENTRO-NORD
- Comuni di Voghiera e Masi Torello (con obbligo di apertura
ambulatorio nel Comune di Voghiera) [3101] 1

DISTRETTO SUD-EST
- Comune di Argenta

- (con obbligo apertura ambulatorio in località Longastrino) [3201] 1 -
 Ambito territoriale Comuni di: Ostellato,Migliaro e Migliarino
 (con obbligo apertura ambulatorio nel Comune di Ostellato) [3202] 1

AZIENDA USL DI RAVENNA

DISTRETTO DI RAVENNA

- Comune di Ravenna
 (con obbligo apertura in località Punta Marina) [3501] 1
- Comune di Cervia [3502] 1

DISTRETTO DI LUGO

- Comune di Bagnacavallo [3601] 1

DISTRETTO DI FAENZA

- Comune di Faenza [3701] 1
*(da assegnare solo in caso di mancata conclusione
 delle procedure di incarico precedentemente avviate)*

AZIENDA U.S.L. DI FORLI'

DISTRETTO DI FORLI'

- Ambito territoriale: Comune di Forlì [3801] 1
- Ambito territoriale "Val Montone" Comuni di: Castrocaro Terme/
 Terra del Sole , Dovadola, Rocca San Casciano, Portico di
 Romagna (con obbligo di apertura ambulatori nei Comuni
 di Castrocaro Terme/ Terra del Sole e di Rocca S. Casciano) [3802] 1
- Ambito territoriale "Basso Bidente"
 Comuni di Forlimpopoli e Bertinoro [3802] 1

AZIENDA USL DI CESENA

DISTRETTO CESENA- VALLE DEL SAVIO

- Ambito territoriale Distretto Cesena- Valle Savio
 con obbligo di apertura ambulatorio nei Comuni di
 Montiano e di Cesena [3901] 1

DISTRETTO RUBICONE

- Ambito territoriale Distretto Rubicone con obbligo
 di apertura ambulatorio nel Comune di Gatteo [4901] 1

AZIENDA U.S.L. DI RIMINI

DISTRETTO DI RIMINI

- Ambito territoriale: Comuni di Santarcangelo,
 Poggio Berni e Torriana [4001] 1

- Ambito territoriale: Comune di Verucchio **4002?**

1

Il Responsabile del Servizio
Politica del farmaco e Medicina Generale
(Cristina Malvi)

BOLLO(€11,00)

Allegato 1

Raccomandata A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NELLE
ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(per trasferimento)**

Azienda USL di Bologna
Dipartimento Cure Primarie
Via Montebello,6
40121 BOLOGNA

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....
residente a.....prov.....Via.....
CAP.....tel.....iscritto all'Ordine dei Medici di.....
titolare di incarico a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.18, 3° comma, lett.a) del DPR 272/2000 per l'assegnazione degli incarichi nelle zone carenti di assistenza pediatrica pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n.....del.....come di seguito indicato:

(riportare il numero a quattro cifre che identifica la zona carente)

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

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

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

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

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

ASL di..... zona 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, dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

a) di essere attualmente iscritto nell'elenco dei medici pediatri dell'Azienda USL di.....Comune di.....dal.....(*)
a tutt'oggi. (giorno-mese-anno)

b) la seguente anzianità di iscrizione negli elenchi dei pediatri convenzionati:
Azienda USL di.....Comune di.....dal.....al.....(*)
Azienda USL di.....Comune di.....dal.....al.....(*)
Azienda USL di.....Comune di.....dal.....al.....(*)

c) di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria in data.....con voto.....presso l'Università degli Studi di.....

d) di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del S.S.N. alla data della presente domanda, eccezion fatta per incarichi 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 al DPR 272/2000) è rimandato al momento dell'eventuale accettazione di incarico.

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

.....

Data

Firma (**)

.....

.....

(*) – per accelerare le procedure di controllo, si invita il medico a trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, del/i certificato/i di servizio di cui sia in possesso.

(**) - la sottoscrizione della domanda 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 445/2000)

BOLLO(€11,00)

Allegato 2

Raccomandata A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NELLE
ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(per graduatoria)**

Azienda USL di Bologna
Dipartimento Cure Primarie
Via Montebello,6
40121 BOLOGNA

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....
residente a.....prov.....Via.....
CAP.....tel.....

iscritto nella graduatoria regionale vigente per l'anno 2004/2005 (pubblicata sul BUR n.90
– parte terza – del 14 luglio 2004)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.18, 3° comma, lett. b) del DPR 272/2000 per l'assegnazione
degli incarichi nelle zone carenti di assistenza pediatrica pubblicati sul Bollettino Ufficiale della
Regione Emilia-Romagna n.....del.....come di seguito indicato:

(riportare il numero a quattro cifre che identifica la zona carente)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ASL di..... .. zona 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, dichiara ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000: (*)

1) di essere iscritto nella graduatoria regionale dei medici pediatri di libera scelta valida per l'anno 2004/2005 con punti.....

2) di essere residente nel Comune di.....(prov.....)
Via..... n..... dal.....a tutt'oggi;
(giorno-mese-anno)

- precedenti residenze:

Comune didal.....al.....

Comune didal.....al.....

Comune didal.....al.....

3) di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria in data.....
con voto.....

4) di essere/non essere iscritto(**) negli elenchi dei pediatri di libera scelta. In caso affermativo specificare: Azienda USL di.....Comune di.....
dal.....

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L al DPR 272/2000) è rimandato al momento dell'eventuale accettazione di incarico.

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

.....

Data

.....

Firma ***

.....

- (*) – la mancata dichiarazione sostitutiva di certificazione relativamente alla residenza, inserita nella domanda, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art.18, comma 5 del DPR 272/2000.
- (**)- cancellare la parte che non interessa
- (***)- 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)