

## **BANDO DI AMMISSIONE AI CORSI DI FORMAZIONE PER L'IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ MEDICA DI EMERGENZA TERRITORIALE**

In esecuzione della delibera A.S.L. BR di Brindisi n. 764 del 05.05.2017, sono banditi i corsi di formazione per il conseguimento dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi dell'art. 96 dell'A.C.N. del 23.03.2005 come integrato dall'A.C.N. del 29.07.2009 "Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale", ai sensi dell'art. 4, comma 9, della Legge n. 412/91 e dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

### **Art. 1 (Istituzione dei corsi)**

È istituito corso di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale, articolato in n. 2 moduli.

A ciascuno dei due moduli saranno ammessi n. 20 medici appartenenti alle categorie come individuate ai successivi articoli.

### **Art. 2 (Requisiti generali di ammissione)**

Possono presentare domanda, ai sensi dell'art. 96 dell'A.C.N., i medici che siano in possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o della cittadinanza in uno dei Paesi dell'Unione Europea.

### **Art. 3 (Requisiti specifici di iscrizione ed ammissione)**

Al corso possono partecipare i medici:

- a) in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- b) iscritti, alla data di scadenza del presente avviso, all'Albo Professionale;
- c) appartenenti alle seguenti categorie e secondo l'ordine di precedenza definita dal citato art. 96 e specificatamente:
  - 1) medici già incaricati nei servizi di Continuità Assistenziale, con priorità per i residenti nella A.S.L. di Brindisi, secondo l'anzianità di incarico;
  - 2) medici incaricati nei servizi di Continuità Assistenziale presso altre AA.SS.LL. della Regione Puglia;
  - 3) medici residenti nell'A.S.L. di Brindisi, secondo l'ordine della graduatoria regionale in vigore;

4) medici inseriti nella graduatoria regionale in vigore, residenti in altre AA.SS.LL. Regionali secondo l'ordine della graduatoria regionale in vigore.

Ai corsi possono partecipare in via subordinata i medici non iscritti nella graduatoria regionale di medicina generale con esclusione dei medici frequentanti il corso formativo triennale regionale per la medicina di base e le scuole di specializzazione, con priorità per i residenti nella ASL di Brindisi, e secondo le ulteriori priorità indicate dalla normativa (norma transitoria 4 e norma finale 5).

Possono partecipare inoltre in soprannumero, nel limite di n. 5 unità per ciascun modulo, i medici titolari, alla data di scadenza della pubblicazione del presente bando, di incarico provvisorio presso la A.S.L. di Brindisi nel Servizio di Emergenza Urgenza 118.

L'ammissione dei candidati ai corsi viene effettuata sulla base di apposita graduatoria aziendale.

#### **Art. 4 (Durata e programma del corso)**

Il corso ha durata almeno quadrimestrale, per un orario complessivo di 400 ore, di cui n. 100 di formazione teorica e n. 300 di formazione pratica.

#### **Art. 5 (Obbligo di frequenza al corso)**

La frequenza è obbligatoria e si articola secondo il calendario ed il programma formativo definito a livello regionale.

Il tirocinio guidato, della durata di 300 ore, si articola in turni diurni e notturni, secondo un percorso formativo individuale. Il tirocinio è guidato da medici "animatori" e si svolge presso le UU.OO. di terapia intensiva polivalente, sala operatoria, sala parto, U.T.I.C., centrale operativa e mezzi di soccorso, pronto soccorso e D.E.A..

Un numero di assenze superiore a 10 ore per la parte teorica comporta l'esclusione dal corso.

È richiesto, ai fini dell'ammissione alla valutazione finale, il recupero delle ore di tirocinio pratico non effettuate, prevedendosi il limite massimo di 30 ore di assenze complessive di tirocinio pratico oltre le quali vi è l'esclusione dal corso.

#### **Art. 6 (Valutazione finale)**

Il corso si conclude con un giudizio di idoneità o non idoneità che viene espresso da una apposita commissione aziendale, a seguito di una prova consistente in un colloquio (strutturato anche sulla base del profilo valutativo di ciascun candidato), al quale sono ammessi coloro che hanno frequentato il numero di ore previsto e che abbiano superato positivamente le singole fasi del percorso formativo.

Il Direttore del corso, ai fini della presentazione del candidato alla valutazione finale, predispone un profilo valutativo generale, desunto anche dai singoli giudizi favorevoli espressi dai medici “animatori” per ogni singola fase di corso.

Al candidato risultato idoneo viene rilasciato un apposito attestato.

Il candidato valutato non idoneo può ripetere il corso una sola volta.

#### **Art. 7 (Domanda di ammissione)**

Coloro che intendono iscriversi al corso di formazione di cui al presente bando dovranno inviare domanda in carta semplice, sottoscritta e corredata da fotocopia di un valido documento di identità, indirizzata a:

**Azienda Sanitaria Locale BRINDISI - Unità Operativa Personale Convenzionato**

**Via Napoli, 8 - 72100 Brindisi**

**Referente del procedimento: Antonio Massaro**

La domanda di ammissione può essere presentata secondo le seguenti modalità:

- mediante il servizio postale,
- mediante consegna pro manibus all’ufficio protocollo dell’ASL BR, via Napoli, 8 - 72100 Brindisi (dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 ed il giovedì anche il pomeriggio dalle ore 15,30 alle ore 17,30),
- mediante invio a mezzo Posta Elettronica Certificata (PEC) personale, della domanda di partecipazione e della copia del documento di riconoscimento, all’indirizzo [protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it).

L’Ufficio provvederà a stilare la graduatoria aziendale, in base ai criteri indicati dal bando e dall’art. 96 dell’A.C.N..

#### **Art. 8 (Redazione delle domande)**

La domanda deve essere prodotta nel formato proposto in allegato al presente bando. Si precisa che le domande incomplete saranno escluse.

Gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., a pena di esclusione, i propri dati anagrafici, il luogo di residenza, l’indirizzo, il recapito telefonico, l’indirizzo PEC personale, il voto e l’anzianità di laurea, la data di iscrizione all’albo professionale, nonché tutte le attività svolte ed in via di svolgimento a qualsiasi titolo, anche precario, alla data di scadenza del presente avviso ed il richiedente dovrà, altresì, dichiarare di accettare quanto previsto dal presente bando.

### **Art. 9 (Termine di presentazione delle domande)**

La domanda di ammissione al corso, in tutti i casi sopra descritti, deve pervenire entro e non oltre il termine di 10 (dieci) giorni, che decorrono dal giorno successivo e quello della data di pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione. Non saranno considerate valide le istanze pervenute successivamente al detto termine, anche se spedite entro la data di scadenza, non rilevando l'eventuale data di accettazione da parte dell'ufficio postale.

### **Art. 10 (Quota di Iscrizione)**

È prevista una quota di iscrizione a copertura delle spese di organizzazione e gestione del corso, comprensiva delle quote per la certificazione dei corsi dell'area dell'emergenza effettuati nelle esercitazioni (BLSD, PBLSD, ALS, ecc.). Tale quota ammonta ad € 450,00=.

La quota prevista dovrà essere versata, pena decadenza, in un'unica soluzione, esclusivamente nei 5 giorni successivi alla data di convocazione presso l'ASL BR, effettuata a mezzo PEC, per la conferma dell'iscrizione al corso, con le seguenti modalità:

Bonifico su c/c bancario della Banca Popolare di Bari - filiale di Brindisi, intestato alla Azienda Sanitaria Locale di Brindisi - Via Napoli n.8 - 72100 BRINDISI, Causale: Iscrizione al Corso di Formazione SEU 118 ASL BR Anno 2017, Codice IBAN: IT 11 Z 05424 04297 000 000 000 204;

entro il secondo giorno successivo al predetto termine perentorio, dovrà essere inviata copia della ricevuta del suddetto bonifico al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: [protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it).

In caso di rinuncia alla partecipazione al corso, successiva al versamento della quota di iscrizione, non si darà seguito al rimborso della stessa e comunque le quote di iscrizione versate non saranno oggetto di rimborsi in nessun caso.

### **Art. 11 (Le procedure di consultazione)**

**Le procedure di consultazione saranno esperite esclusivamente tramite Posta Elettronica Certificata (art. 16 comma 7 L. n. 2 del 28/01/2009).**

Per l'inoltro delle comunicazioni, questa ASL non è responsabile della mancata ricezione dovuta ad indirizzi PEC scritti in modo errato e/o illeggibile. La mancata visione delle suddette comunicazioni, da parte del medico interessato, nei termini indicati nelle stesse, nonché l'eventuale conseguente mancato riscontro sarà addebitabile alla esclusiva responsabilità del medico e non di questa ASL.

## **Art. 12 (Le cause di esclusione)**

Sono cause di esclusione:

- la presentazione della domanda oltre i termini perentori indicati nel presente avviso;
- la presentazione della domanda prima del giorno di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;
- la mancata indicazione, nella domanda, di almeno uno dei requisiti di partecipazione previsti dal presente avviso;
- la mancata indicazione di un indirizzo personale di posta elettronica certificata, cui questa ASL possa inviare tutte le comunicazioni inerenti il presente avviso;
- la mancata indicazione della data d'iscrizione all'Albo Professionale;
- la mancata sottoscrizione della domanda di partecipazione;
- la mancata allegazione della fotocopia di un valido documento di identità;
- l'eventuale riserva di invio successivo di documenti e qualsiasi altra comunicazione rettificativa o integrativa della domanda, successiva alla data di scadenza del presente avviso;
- la redazione di domande incomplete dei dati necessari per la formulazione delle graduatorie;
- la mancata indicazione di uno qualsiasi dei dati indicati all'art. 8 del presente avviso;
- il mancato versamento della quota di iscrizione a copertura delle spese di organizzazione e gestione del corso.

## **Art. 13 (Norma finale)**

Per il programma delle attività formative, le procedure organizzative ed i criteri necessari al corretto svolgimento dei corsi, si rinvia integralmente alla disciplina definita per la specifica materia e contenuta nell'avviso pubblicato sul B.U.R.P. n. 148 del 21.11.2002 da pagina n. 11587 a pagina n. 11591.

La quota di iscrizione al corso di formazione non potrà essere in nessun caso rimborsata.

L'ASL BR si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, modificare o revocare, in tutto o in parte, il presente avviso, restando precluso ai concorrenti partecipanti qualsiasi pretesa o diritto

Brindisi, 5 maggio 2017

Il Direttore Generale  
(F.to Dr. Giuseppe Pasqualone)

Alla A.S.L. BRINDISI  
U.O. Personale Convenzionato  
Via Napoli, 8  
72100 BRINDISI

**OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il corso di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL BRINDISI - anno 2017.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e s.m.i., consapevole delle conseguenze penali cui può andare incontro su quando dichiarato nella presente, presa visione del bando pubblicato sul B.U.R.P. n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, chiede di essere ammesso/a alla selezione per la formulazione delle apposite graduatorie per l'ammissione al corso di formazione per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 della ASL BRINDISI - anno 2017.

A tal fine dichiara:

- a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_ ;
- b) di risiedere nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_,  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ;
- c) recapito telefonico n. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
indirizzo PEC \_\_\_\_\_ ;
- d) di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_,  
con voto \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ ;
- e) di essere iscritto/a all'Albo Professionale presso l'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ ;
- f) di essere medico (apporre una crocetta in corrispondenza del titolo di partecipazione):

incaricato a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale presso la A.S.L. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ,

iscritto nella graduatoria regionale vigente di M.G., posizione n. \_\_\_\_\_ punti \_\_\_\_\_ ,

titolare di incarico provvisorio presso la A.S.L. di Brindisi nel Servizio Emergenza Urgenza dal \_\_\_\_\_ a tutt'oggi,

non inserito nella graduatoria regionale, concorrente per l'inserimento nell'elenco previsto dalla norma transitoria n. 4 dell'A.C.N. vigente, avendo acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale in data \_\_\_\_\_ ;

non inserito nella graduatoria regionale, concorrente per l'inclusione nell'elenco previsto dalla norma finale n. 5 dell'A.C.N. vigente, avendo acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994;

g) di non frequentare il corso di formazione in medicina generale;

h) di non frequentare alcuna scuola di specializzazione;

i) di detenere / non detenere alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato. In caso affermativo indicare la natura del rapporto \_\_\_\_\_ ;

j) di trovarsi / non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità, ai sensi dell'art. 17 dell'A.C.N. del 29.07.2009;

k) di non avere riportato provvedimenti disciplinari né avere procedimenti a proprio carico in corso comportanti la cessazione del rapporto convenzionale;

l) di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni per le finalità connesse alla presente procedura;

m) di accettare tutto quanto previsto dal bando di indizione;

n) di essere consapevole che le comunicazioni attinenti al presente bando si avranno per conosciute con la semplice pubblicazione sul sito aziendale della ASL BR.

**Allega alla presente copia fotostatica di un documento di riconoscimento.**

Il/La sottoscritto/a dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva, tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29.07.2009 e dagli Accordi Integrativi Regionali che disciplinano i rapporti con i medici di medicina generale, dei quale ha integrale conoscenza

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_