



## AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA

### Avviso pubblico

*per la individuazione di medici pediatri che intendano partecipare al progetto di sperimentazione dei Punti di Primo Intervento Pediatrico (PP.P.I.P.) di Ragusa, Scicli e Comiso.*

Vista:

- la "Norma finale 1" dell'Accordo Integrativo Regionale per la pediatria (di seguito AIR) reso esecutivo con decreto dell'Assessore regionale della Salute 29 giugno 2011, pubblicato sul S.O. alla GURS parte I n. 31 del 22 luglio 2011 (All. C);
- la linea di indirizzo operativa, trasmessa dall'Assessorato della Salute Regione Sicilia, relativa al "Progetto di sperimentazione dei Punti di Primo Intervento Pediatrico (di seguito PP.P.I.P.) (All.C);

è indetto avviso pubblico per la individuazione di medici pediatri che intendano partecipare al suddetto **Progetto di sperimentazione dei PP.P.I.P.** prestando la propria attività nei tre PP.P.I.P. aventi sede rispettivamente 1) presso il PTA di Scicli; 2) presso l'Ospedale civile di Ragusa; 3) presso il PTA di Comiso.

L'avviso è rivolto sia ai medici pediatri di libera scelta convenzionati con il SSR, che agli specialisti non convenzionati, che intendano operare in uno o più PP.P.I.P.. La partecipazione alla sperimentazione è facoltativa. Non possono essere individuati medici dipendenti del S.S.R. in quanto incompatibili. Gli interessati possono presentare domanda per ciascun PPIP. Qualora la domanda venga inviata per uno o due PP.P.I.P., il richiedente deve dichiarare la disponibilità a coprire turni vacanti in tutti e tre PP.P.I.P., sia per mancanza o insufficienza di pediatri in una graduatoria, che per sostituzioni di colleghi eventualmente impossibilitati a svolgere i turni previsti. Per gli specialisti non convenzionati con il SSR è prevista la riserva del 50% delle ore disponibili per il servizio. E' escluso per tali medici un rapporto di pubblico impiego, di tipo subordinato o parasubordinato, con l'Azienda.

I PP.P.I.P. saranno aperti nelle fasce orarie diurne (dalle ore 10 alle ore 20) dei giorni prefestivi e festivi; ogni turno sarà di 5 ore, con possibilità di ricoprire due turni consecutivi. La programmazione dei turni sarà semestrale. In ogni caso i turni di lavoro non potranno mai superare le dodici ore consecutive, compresi altri eventuali incarichi professionali conferiti ai pediatri.

Il progetto avrà durata fino al 31 dicembre 2013, salvo riconferma dello stesso per l'anno o gli anni successivi. In caso venisse riconfermato, le graduatorie saranno stilate annualmente sulla scorta delle domande di adesione presentate da giorno 1 a giorno 31 gennaio di ogni anno ed in ragione dei titoli maturati al 31 dicembre dell'anno precedente. L'aggiornamento annuale delle graduatorie, in ragione delle nuove domande di adesione presentate, si determinerà inserendo, in calce all'elenco vigente l'anno precedente, i nuovi Pediatri richiedenti.

#### **Presentazione della domanda: termini – contenuti – modalità**

I pediatri che intendono partecipare al suddetto **Progetto di sperimentazione dei PP.P.I.P.** dovranno presentare apposita istanza (All. A), una per ogni PPIP di interesse, all'ASP di Ragusa a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: *ASP di Ragusa, piazza Igea n. 1 – 97100 Ragusa*, oppure direttamente al protocollo generale dell'Azienda medesima allo stesso indirizzo, con esclusione di ogni altro mezzo.

La suddetta istanza dovrà essere corredata da autocertificazione ai sensi dell'art. 46 della legge 445/00 (All. B) e dalla copia di un documento di identità in corso di validità.

Il termine perentorio per la presentazione della domanda di partecipazione scadrà il 20° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso all'Albo pretorio on line dell'Azienda. Il suddetto termine, qualora verrà a cadere in giorno festivo, si intenderà prorogato al primo giorno utile non festivo.

La data di presentazione sarà comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante, ovvero dalla data di ricezione del protocollo dell'Azienda.

### Formulazione della graduatoria

L'Azienda formulerà, per ogni PPIP, due distinte graduatorie, rispettivamente una per i pediatri convenzionati ed una per quelli non convenzionati. I turni (di 5 ore ciascuno) verranno assegnati scorrendo le due graduatorie contemporaneamente ed alternativamente dal primo all'ultimo, mantenendo la percentuale del 50% delle ore per ogni graduatoria. Esaurite le graduatorie, qualora vi fossero ancora turni da assegnare, si ricomincerà dal pediatra al primo posto in poi. L'Azienda potrà eventualmente modificare la percentuale del 50% delle ore riservata alle due categorie di pediatri, qualora vi fosse un'eccessiva sproporzione numerica tra i due gruppi. Qualora, per esigenze territoriali e per motivazioni logistico-organizzative, l'Azienda avesse necessità di organizzare l'espletamento dei turni con modalità più aderenti alle necessità del contesto locale, su proposta del Servizio assistenza sanitaria di base, il Comitato aziendale permanente per la pediatria concorrerà alla eventuale realizzazione di "criteri locali" per organizzare i predetti turni. Per tutto quanto non previsto dal presente avviso, si rimanda alla norma finale 1 dell'AIR ed alla Linea di indirizzo operativa (All. C).

Ragusa, 13 MAG. 2013



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
ARCH. ANGELO ALIQUO'

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "A. Aliquo'".

**PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE DEI PUNTI PRIMO INTERVENTO PEDIATRICO**  
**(P.P.I.P.)**

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA PER IL P.P.I.P. DI**

.....

**Al Commissario straordinario  
ASP di Ragusa  
Piazza Igea n. 1  
97100 Ragusa**

*Alla cortese attenzione del Direttore Servizio assistenza sanitaria di base*

**Il/la sottoscritt... Dott. / Dott.ssa.....**

nat... a.....(prov.....) il.....

(se convenzionato) codice regionale .....

comune di residenza.....( prov.....)

indirizzo via.....n.....cap.....

(se convenzionato) con ambulatorio di pediatria di libera scelta nell'ambito territoriale  
di.....

telefono: ..... cell.: .....

e-mail:.....

**CHIEDE**

di essere inclus... nella graduatoria dei medici pediatri che intendono prestare la propria attività nel  
Punto di Primo Intervento Pediatrico (P.P.I.P.) di .....

A tal fine dichiara di aver preso visione del bando, della linea di indirizzo operativa e della norma  
finale 1 dell'AIR pediatria 2011 (All. C), pubblicati all'albo pretorio on line dell'ASP di Ragusa  
il..... e di accettarne tutti i contenuti. In particolare dichiara di essere  
disponibile a coprire turni vacanti in tutti e tre PP.P.I.P., sia per mancanza o insufficienza di  
pediatri in una graduatoria, che per sostituzioni di colleghi eventualmente impossibilitati a svolgere  
i turni previsti.

Allega alla presente:

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- dichiarazione sostitutiva di certificazione (All.B).

**Luogo e data.....**

**Firma per esteso.....**

Recapito per le comunicazioni: .....

.....

**PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE DEI PUNTI PRIMO INTERVENTO PEDIATRICO**  
**(P.P.I.P.)**

Al Commissario straordinario  
 ASP di Ragusa  
 Piazza Igea n. 1  
 97100 Ragusa

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**  
**( Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii.)**

Il sottoscritt... Dott./Dott.ssa.....

nat .. a ..... (prov. ....) il .....

codice fiscale n. ....

residente a .....(prov. ....) via .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm. ii.,

**DICHIARA**

- ☐ di essere / non essere convenzionat.. con il SSR per la pediatria di libera scelta ambito territoriale di .....
- ☐ di essere / non essere inserito nella graduatoria regionale vigente al n. d'ordine .....

*(solo per i pediatri convenzionati e per i pediatri non inseriti nella graduatoria regionale):*

- ☐ di essersi specializzato in data ..... presso .....
- ☐ di essersi laureato in data ..... presso .....

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.L.vo 30.06.03 n.196 (codice privacy), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

(luogo, data)

firma

.....

.....

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.**