



**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 6 SANLURI**

Via Ungaretti, 9 – 09025 SANLURI – C.F. - P. IVA 02265950929

Deliberazione del Direttore Generale n. **252** del **01 / 04** /2014

**OGGETTO: Conferimento incarico titolare di Assistenza Primaria a tempo indeterminato alla Dott.ssa Montis Graziella Angelica nell'ambito territoriale 1.5**

L'anno duemilaquattordici il giorno **01** del mese di **APRILE** in Sanluri,  
nella sede legale dell'Azienda Sanitaria

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dr. Salvatore Piu**

**Tenuto conto che il proponente Direttore del Distretto Socio Sanitario di Guspini**

- VISTO** il D. Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.
- VISTE** le Leggi Regionali n. 10/2006 e n. 3/2009;
- PRESO ATTO** che la G.R. con provvedimento deliberativo n. 17/8 adottato nella seduta del 31/03/2011, ha conferito l'incarico di Direttore Generale della Asl di Sanluri al Dr. Salvatore Piu, nato a Muravera il 03/01/1950 per un periodo di cinque anni a decorrere dal 01/04/2011;
- VISTO** che l'Azienda ASL n. 8 di Cagliari, individuata quale ufficio regionale incaricato per l'espletamento delle procedure di attribuzione degli incarichi carenti di assistenza primaria relativi all'anno 2010, ha comunicato con nota del 06 Febbraio 2014 prot N°0006080 del 12/02/2014 in ingresso presso nostra ASL l'assegnazione della sede di assistenza primaria nell'ambito territoriale 1.5 nel Distretto Sociosanitario di Guspini; ASL 6 Sanluri, alla Dott.ssa Montis Graziella Angelica, allegata al presente atto;
- VISTO** l'Accordo collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 29/07/2009 ai sensi dell'art. 8 del DLG. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTO** L'Accordo integrativo Regionale per la Medicina Generale in attuazione di quanto previsto dall'A.C.N., approvato con Delibera G. R. n. 19/9 del 12/05/2010;
- VISTI** gli artt. 34 e 35 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale riguardanti la copertura degli ambiti territoriali carenti e l'instaurazione del rapporto convenzionale di titolarità.
- VISTA** la dichiarazione di accettazione dell'incarico di titolarità a tempo indeterminato per la Medicina Generale nell'ambito territoriale 1.5 che la Dott.ssa Montis Graziella Angelica, presentatosi presso l'Ufficio aziendale competente, ha sottoscritto in data 07/03/2014, agli atti dell'Ufficio prot.0008921 del 07/03/2014; vista la dichiarazione sostitutiva d'atto notorio con la quale, contestualmente all'accettazione dell'incarico di titolarità in oggetto, dichiara l'assenza di cause di incompatibilità, agli atti dell'Ufficio competente;
- PRESO ATTO** che il Direttore del Distretto ha provveduto alla verifica della documentazione presentata dalla Dott.ssa Montis Graziella Angelica per l'accettazione dell'incarico, allegata alla presente;

**CONSIDERATO** che è compito di questa Azienda provvedere al conferimento dell'incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria ai sensi dell'art. 35 del suindicato accordo del 2009; il sanitario individuato a coprire la zona carente deve, a pena di decadenza, entro 90 giorni dal ricevimento del seguente atto ottemperare a quanto sotto riportato: Aprire, nell' ambito territoriale assegnatogli, idoneo ambulatorio secondo le prescrizioni di cui all'art. 36 del sopra citato Accordo, e darne comunicazione alla A.S.L.

**DATO ATTO** che la spesa dovrà gravare sul conto di costo dell' esercizio finanziario 2014 n° 0502020101 Aut. 6 Sub. 45 "(Compensi per assistenza medico generica in convenzione ) " per un importo pari a € 12.000,00 presunti, Oneri Sociali/Premi Ass. Malattia per Assistenza Medico Generica in convenzione conto n° 0502020102 Aut. 6 Sub. 46 per un importo pari a € 4.000,00 presunti;

**ATTESTA** sotto la propria responsabilità, la regolarità degli atti istruttori compiuti ed esprime parere di legittimità degli stessi in ordine alla proposta formulata;

**TUTTO CIÒ PREMESSO E CONSIDERATO**

**col parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario**

**DELIBERA**

**DI CONFERIRE** alla Dott.ssa Montis Graziella Angelica l'incarico di Medico Titolare a tempo indeterminato per l'Assistenza Primaria con obbligo di apertura dell' ambulatorio nel comune di San Gavino Monreale, ambito territoriale 1.5 del Distretto Sociosanitario di Guspini;

**DI DARE ATTO** che l'incarico si intenderà definitivamente conferito, ai fini della decorrenza dell'iscrizione nell'elenco e dell'autorizzazione ad acquisire le scelte degli assistiti, con la comunicazione di questa Azienda dell'attestato di idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine di 15 giorni dalla presentazione della comunicazione di apertura dello stesso come stabilito dall'art. 35 comma 9 dell'A.C.N. del 2009;

**DI DARE ATTO** che la spesa complessiva derivante dal presente atto dovrà gravare sul conto di costo dell' esercizio finanziario 2014 n° 0502020101 Aut. 6 Sub. 45 "(Compensi per assistenza medico generico in convenzione ) " per un importo pari a € 12.000,00 presunti, Oneri Sociali/Premi Ass. Malattia per Assistenza medico Generica in convenzione conto n° 0502020102 Aut. 6 Sub. 46 per un importo pari a € 4.000,00 presunti;




DI TRASMETTERE la presente deliberazione al Servizio Affari Generali e Legali, al Servizio Risorse Umane, alla Direzione degli Uffici di Staff della Direzione Generale e al Direttore del Distretto Sociosanitario di Guspini.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dr. Paolo Cangas

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dr. Antonio Farci

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Salvatore Piu

Si allegano alla presente per costituire parte integrante n.1 allegato composto complessivamente da n.2 fogli

|   |   |
|---|---|
| <p>Responsabile Struttura Proponente nel rispetto al budget di spesa annua assegnata</p> <p>Nome Struttura <b><u>Distretto Sociosanitario di Guspini</u></b></p> <p>Sigla Responsabile Dr. Aldo Casadio </p> <p>Sigla Responsabile del Procedimento </p> <p>Estensore Sig. Gian Franco Tuveri </p> | <p>Responsabile del Bilancio in ordine alla relativa copertura finanziaria</p> <p><u>Dr. Giampaolo Aroffu</u></p> |
|---|---|

## CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata all'albo dell'Azienda Unità Sanitaria Locale n. 6 dal 2 Aprile 2014 e che resterà in pubblicazione per 1consecutivi e che la stessa è stata posta a disposizione per la consultazione.

Trasmessa al Collegio Sindacale il 2 Aprile 2014 con prot. n.2082



La segreteria generale

|  |   |
|--|---|
| <p>REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA<br/>Ass.to Igiene e Sanità</p> <p>Preso atto nella seduta del _____<br/>Con il n. _____</p> | <p>Divenuta esecutiva per decorrenza dei termini in seguito a pubblicazione all' albo dal _____ al _____<br/>senza reclami e invio all'Organo di controllo in data _____ prot. n. _____</p> |
|--|---|