



Decreto Dirigenziale n. 5 del 31/03/2020

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 4 - DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

U.O.D. 3 - Assistenza territoriale

Oggetto dell'Atto:

APPROVAZIONE E PUBBLICAZIONE ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALI ANNO 2019. CON ALLEGATI

IL DIRIGENTE

REMESSO:

- a. che la Regione Campania è preposta all'organizzazione, la pubblicazione e l'assegnazione delle zone carenti di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale comunicate dalle AA.SS.LL. alle Regioni;
- b. che l'Amministrazione Regionale della Campania ha la necessità di approvare, pubblicare e assegnare le zone carenti di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale per l'anno 2019 riferite alla graduatoria unica regionale definitiva di Medicina Generale relativa all'anno 2018;
- c. che con note prot. n. 421500 del 03/07/2019, prot. n. 532241 del 06/09/2019, prot n. 29732 del 16/01/2020 e prot n. 138934 del 03/03/2020 l'Amministrazione Regionale ha chiesto alle Aziende Sanitarie la trasmissione e/o l'integrazione delle zone carenti di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale per l'anno 2019;

VISTO:

- a. gli artt. n.5 e n.6 (ex art.34 e 63) dell'ACN del 21.06.2018 che regolano la procedura di assegnazione degli incarichi di Assistenza Primaria e Continuità assistenziale;
- b. il Decreto Dirigenziale n. 46 del 22.11.2018 pubblicato sul B.U.R.C. n. 87 del 26.11.2018 con il quale è stata approvata e pubblicata la graduatoria regionale definitiva di medicina generale anno 2018 valevole per l'anno 2019;
- c. il D.lgs n. 35 del 30/04/2019 art. 12 comma 3 "Disposizioni sulla formazione in materia sanitaria e sui medici di medicina Generale" convertito in L. n. 60 del 25.06.2019, possono partecipare al bando delle carenze di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale anno 2019, con graduatoria riservata, anche i medici abilitati, soprannumerari e non, che alla pubblicazione del Bando, frequentano il 1°, 2° o 3° anno di formazione in medicina generale;

CONSIDERATO:

- a. che le AA.SS.LL. hanno trasmesso la richiesta di pubblicazione degli incarichi carenti di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale accertati di cui all'allegato prospetto;
- b. che la contingente gravità della situazione creata dall'epidemia covid-19, ha ritardato la ricognizione della previsione, da parte delle AA.SS.LL. Della Regione Campania, delle zone carenti di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale anno 2020;

RITENUTO:

- a. di definire i criteri di partecipazione per l'assegnazione delle carenze 2019 con appositi allegati e modelli che sono parti integranti e sostanziali del presente decreto;
- b. Che l'Amministrazione Regionale provvederà alla pubblicazione delle zone carenti di Assistenza primaria e Continuità Assistenziale anno 2020 appena le AA.SS.LL. comunicheranno le previsioni carenze 2020;
- c. di disporre che le domande vanno inviate in formato esclusivamente pdf tramite pec all'indirizzo: **medicinagenerale@pec.regione.campania.it entro il trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania pena esclusione**, alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Funzionario Responsabile dell'UOD 03 nonché dall'espressa dichiarazione di regolarità resa dallo stesso;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

1. di approvare e pubblicare il presente decreto unitamente all'allegato "A" che definisce le modalità di partecipazione alle assegnazioni delle zone carenti di Assistenza Primaria e di Continuità

- Assistenziale anno 2019, nonché la modulistica ed i motivi di esclusione, parti integranti del presente atto;
2. di approvare e pubblicare gli elenchi delle zone carenti di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale, allegato “B” individuate e trasmesse dalle AA.SS.LL. della Regione Campania relative all’anno 2019, parti integranti del presente decreto;
 3. di inviare il presente atto all’UOD 03 Assistenza Territoriale per il prosieguo di competenza;
 4. di trasmettere il presente provvedimento all’Ufficio competente per la pubblicazione su BURC e sul sito istituzionale della Regione Campania(www.regione.campania.it);
 5. di dare idonea informativa circa la pubblicazione sul sito internet della Regione Campania a tutte le AA.SS.LL., nonché agli Ordini Provinciali dei medici della Regione Campania;

Avv. Antonio Postiglione

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

- 1. La domanda di partecipazione, debitamente compilata in tutte le sue parti, deve essere presentata esclusivamente tramite pec ed inviata entro il trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania pena esclusione.**
- L'Amministrazione non assume responsabilità per la disfunzione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni dell'indirizzo pec da parte dell'aspirante oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo pec indicati nella domanda, o comunque imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
- Con la presentazione della domanda il candidato accetta tutte le prescrizioni del presente provvedimento.

Gli aspiranti alle assegnazioni di incarico per trasferimento sono tenuti a dichiarare nella domanda – ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 – l'anzianità di incarico **maturata entro la data di pubblicazione sul B.U.R.C. del presente decreto.**

A pena di inammissibilità della domanda, gli aspiranti al conferimento di primo incarico per i medici già presenti nella graduatoria definitiva MMG anno 2018 dovranno dichiarare:

- **Di non essere già titolari per l'incarico per il quale intendono concorrere all'atto della presentazione delle domande;**
- **La riserva percentuale alla quale gli aspiranti intendono concorrere, secondo quanto stabilito dall'art. 16 comma 7 lettere a) e b) dell'A.C.N. Vigente.**

A pena di inammissibilità della domanda, i medici che frequentano il corso triennale di formazione specifica di Medicina Generale:

- **devono barrare le caselle riguardante la loro situazione di corsisti all'atto della pubblicazione del Bando.**

L'Amministrazione si riserva in ogni momento di verificare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni e di procedere all'esclusione dei candidati dalle procedure di assegnazione per difetto dei requisiti prescritti.

Eventuali dichiarazioni difformi dalle certificazioni di servizio, determineranno l'immediata revoca dello stesso e l'applicazione delle sanzioni previste dalle vigenti norme in materia di autocertificazione.

La pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania e sul sito Internet della Regione degli elenchi degli ammessi e degli esclusi costituisce notifica agli aspiranti sui quali incombe l'onere di verificare la presenza del proprio nominativo in detto elenco al fine della eventuale necessaria integrazione della domanda.

Nel caso di eventuali integrazioni delle domande da parte degli interessati, l'istanza dovrà essere inviata entro il quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione sul B.U.R.C. degli elenchi degli ammessi ed esclusi **sempre e solo esclusivamente tramite pec.**

La mancata integrazione della domanda entro il quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione degli elenchi determina l'esclusione definitiva dalla graduatoria.

I medici aspiranti al trasferimento, saranno convocati tramite pec

La pubblicazione della graduatoria definitiva al conferimento delle zone carenti degli ammessi e degli esclusi, vale come notifica per la procedura di assegnazione e conterrà calendari e orari.

La sede per l'assegnazione dei trasferimenti e dei conferimenti di nuovi incarichi è presso l'Assessorato alla sanità della Regione Campania, Is. C3 del Centro Direzionale di Napoli.

Ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 30 giugno n. 196, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Giunta Regionale della Campania Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale – C.d.N. Is. C/3 Napoli, per le finalità di gestione delle procedure di assegnazione. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione pena esclusione dal concorso. Le medesime informazioni possono essere comunicate esclusivamente agli enti e alle strutture pubbliche direttamente interessate allo svolgimento delle procedure di assegnazione.

Data _____

firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(PER TRASFERIMENTO)
ANNO 2019**

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI

DATI ANAGRAFICI

Il sottoscritt Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____

Pec _____ Mail _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____.

DICHIARA

Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale dal _____ a tutt'oggi presso ASL di _____ della Regione _____ con anzianità complessiva di continuità assistenziale pari a mesi _____

N.B: Nel caso di più trasferimenti indicare con esattezza i vari periodi.

- Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per continuità assistenziale dal _____ al _____ presso ASL di _____ della Regione _____

- Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale dal _____ al _____ presso ASL di _____ della Regione _____

Data _____

firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA (per Graduatoria)
ANNO 2019**Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI**IMPORTANTE****BARRARE UNA SOLA CASELLA IN CASO DI BARRATURA DI ENTRAMBE LE CASELLE O MANCATA
INDICAZIONE DELLA RISERVA PRESCELTA LA DOMANDA SARÀ ESCLUSA IN VIA DEFINITIVA**

In osservanza di quanto previsto dall'art. 16, co. 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

- Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)**
Anno di conseguimento _____ Regione di conseguimento _____
- Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. n. 16, comma 7, lettera b.)**

DATI ANAGRAFICI

Il sottoscritt _____ Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. _____ Via _____ N. _____
CAP _____ Tel _____ laureato il _____ con voto _____

DICHIARADi aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2016 al 31/01/2018**
in Regione _____Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2016 al 31/01/2018**
nel Comune di _____**Dichiara di non essere titolare di Assistenza Primaria (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per dichiarazione mendace).****FA DOMANDA**

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2. lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria pubblicati sul BURC n. _____ del _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo pec:

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

Data _____ Firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (per Graduatoria)
ANNO 2019**Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI**IMPORTANTE****BARRARE UNA SOLA CASELLA IN CASO DI BARRATURA DI ENTRAMBE LE CASELLE O MANCATA
INDICAZIONE DELLA RISERVA PRESCELTA LA DOMANDA SARÀ ESCLUSA IN VIA DEFINITIVA**

In osservanza di quanto previsto dall'art. 16, co. 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

 **Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale di cui al
D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)
Anno di conseguimento _____ Regione di conseguimento _____** **Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. n. 16, comma 7, lettera b.)****DATI ANAGRAFICI**

I sottoscritt _____ Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ N. _____

CAP _____ Tel _____ laureato il _____ con voto _____

DICHIARADi aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2016 al 31/01/2018**
in Regione _____Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2016 al 31/01/2018**
nell'ASL _____**Dichiara di non essere titolare di Continuità Assistenziale (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per
dichiarazione mendace).****FA DOMANDA**Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2. lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la
Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria pubblicati sul
BURC n. _____ del _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo pec:

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

Data _____

Firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA****(per i soli medici abilitati che frequentano il corso di formazione al 1°, al 2° o al 3° anno e
sopranumerari)****ANNO 2019**Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOL**IMPORTANTE BARRARE LA CASELLA** **SOPRANNUMERARIO** **BORSISTA****FREQUENZA CORSO:** **1° ANNO;** **2° ANNO;** **3° ANNO;****DATI ANAGRAFICI**

Il sottoscritt Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ N. _____

CAP _____ Tel _____ laureato il _____ con voto _____

DICHIARADi aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2016 al 31/01/2018**
in Regione _____Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2016 al 31/01/2018**
nel Comune di _____**Dichiara di non essere titolare di Assistenza Primaria (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per
dichiarazione mendace).****FA DOMANDA**Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2. lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la
Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria pubblicati sul
BURC n. _____ del _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo pec:

Data _____

Firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
(per i medici abilitati che frequentano il corso di formazione al 1°, al 2° o al 3° anno e soprannumerari)
ANNO 2019

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOI

IMPORTANTE BARRARE LA CASELLA

SOPRANNUMERARIO

BORSISTA

FREQUENZA CORSO: **1° ANNO;** **2° ANNO;** **3° ANNO;**

DATI ANAGRAFICI

Il sottoscritt Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ N. _____

CAP _____ Tel _____ laureato il _____ con voto _____

DICHIARA

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2016 al 31/01/2018**
in Regione _____

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2016 al 31/01/2018**
nell'ASL _____

Dichiara di non essere titolare di Continuità Assistenziale (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per dichiarazione mendace).

F A D O M A N D A

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2. lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria pubblicati sul BURC n. _____ del _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo pec:

Data _____ **Firma per esteso** _____

**INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, la informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione delle graduatorie utili alle assegnazioni di incarichi di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale e sul sito Internet della Regione Campania;
5. L'art. 7 del citato D.lgs. Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;
6. Titolare del trattamento dei dati è la Regione Campania.

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritt _____
(cognome) (nome)

autorizza la Regione Campania al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003

Data ____/____/____

Firma per esteso

ELENCO DEI MOTIVI DI ESCLUSIONE DEFINITIVA PER CONFERIMENTI DI INCARICO PER GRADUATORIA

1. Invio domanda oltre i termini.
2. Non è stata scelta nessuna delle due riserve oppure sono state scelte entrambe le riserve
 - a) Nota esplicativa: **il medico è obbligato a scegliere una sola riserva.**
3. Medico non presente nella graduatoria di MMG dell'anno precedente a quello per cui concorre per il conferimento di incarico.
- 4.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P. R. N. 445 DEL 28.12.2000)**

ESENTE DA
IMPOSTA DI BOLLO

In riferimento alla domanda di partecipazione alle procedure di assegnazione carenze di Assistenza
Primaria e Continuità Assistenziale della Regione Campania relativa all'anno 2019

_____l_____ sottoscritt_____ Dr _____ nat _____

a _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti
falsi richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000,

D I C H I A R A

Che tutte le informazioni rese in domanda corrispondono al vero.

Data _____

Firma _____

ELENCO DEI MOTIVI DI ESCLUSIONE DEFINITIVA PER I TRASFERIMENTI

- 1) Invio domanda oltre i termini.
- 2) Anzianità di servizio insufficiente per i medici provenienti dalla Regione Campania.
 - a) Nota esplicativa: Per l'**Assistenza Primaria** e per la **Continuità Assistenziale** i medici provenienti dalla Regione Campania possono richiedere il trasferimento di incarico solo se hanno almeno **due anni di anzianità di servizio**.
- 3) Anzianità di servizio per i medici provenienti da Regioni differenti dalla Campania
 - a) Nota esplicativa: per l'**Assistenza Primaria** i medici provenienti da fuori regione possono richiedere il trasferimento di incarico solo se hanno **quattro anni di anzianità di servizio**.
 - b) Per la **Continuità Assistenziale** i medici provenienti da fuori regione possono richiedere il trasferimento di incarico solo se hanno **almeno tre anni di anzianità di servizio**.

ELENCO ZONE CARENTI ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2019**A.S.L. AVELLINO**Nota Direttore generale prot. 30284 del 13/11/2019
ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2019

| AMBITI | CARENZE |
|--|---------|
| AMBITO N. 2 DEL DISTRETTO DI BAIANO. N. 2 carenze con obbligo di studio nel comune di Baiano- N. 1 carenza con obbligo di studio nel comune di Sirignano | 3 |
| AMBITO N. 1 DEL DISTRETTO DI AVELLINO-Con obbligo di studio nel comune di Roccascerano | 1 |
| AMBITO N. 5 DEL DISTRETTO DI AVELLINO-Con obbligo di studio nel comune di Avellino. | 1 |
| AMBITO N. 7 DEL DISTRETTO DI ATRIPALDA-Con obbligo di studio nel comune di San Michele di Serino. | 1 |
| TOTALE | 6 |

ASL DI BENEVENTODELIBERA DIRETTORE GENERALE N. 35 DEL 17/02/2020
ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2019

| AMBITI | CARENZE |
|---------------------|---------|
| CERRETO SANNITA | 1 |
| GUARDIA SANFRAMONTI | 1 |
| PAUPISI | 1 |
| PUGLIANELLO | 1 |
| SOLOPACA | 1 |
| TOTALE | 5 |

A.S.L. CASERTADelibera Direttore Generale n. 378 del 12.11.2019
ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2019

| AMBITI | CARENZE |
|--|---------|
| CASERTA | 2 |
| SAN NICOLA LA STRADA | 2 |
| MADDALONI - VALLE DI MADDALONI Con obbligo di studio nel comune di Maddaloni. | 1 |
| SESSA AURUNCA | 1 |
| GRICIGNANO D'AVERSA | 1 |
| ORTA DI ATELLA | 1 |
| CASAL DI PRINCIPE | 1 |
| CASAPESENA | 1 |
| SANTA MARIA C.V. - SAN TAMMARO. Con obbligo di studio nel comune di Santa Maria C.V. | 1 |
| TOTALE | 11 |

A.S.L. NAPOLI 1 CentroNota Direttore Generale n. 64691 del 12.07.2019 e nota n.
ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2019

| AMBITI | CARENZE |
|---|---------|
| NAPOLI | 30 |
| CAPRI E ANACAPRI. Con obbligo di studio ad Anacapri | 1 |
| TOTALE | 31 |

A.S.L. NAPOLI 2 Nordnote del Direttore Generale n. 64953 del 25/10/2019;n.13476 del 11.03.2020
ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2019

| AMBITI | CARENZE |
|--|---------|
| AFRAGOLA | 1 |
| ARZANO | 1 |
| CRISPANO | 1 |
| FRATTAMINORE | 2 |
| GIUGLIANO IN CAMPANIA | 2 |
| GRUMO NEVANO | 1 |
| ISCHIA | 1 |
| MARANO DI NAPOLI | 3 |
| MUGNANO DI NAPOLI | 2 |
| BARANO - SERRARA FONTANA -1 carenza anno 2017(decaduta il 17/12/2019) con obbligo di studio nel comune di Serrara Fontana | 2 |
| TOTALE | 16 |

A.S.L. SALERNONota DIRETTORE GENERALE prot. n. 219195 del 17.9.2019; n. 260312 del 4.11.2019; n. 64311 dell'11.03.2020
ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2019

| AMBITI | CARENZE |
|--|----------------|
| NOCERA INFERIORE | 1 |
| PAGANI | 2 |
| SAN VALENTINO TORIO | 1 |
| CAVA DE' TIRRENI | 3 |
| AMALFI-ATRANI-CETARA-CONCA DEI MARINI-FURORE-MAIORI-MINORI-POSITANO- PRAIANO-RAVELLO-SCALA-TRAMONTI. 1 carenza con obbligo di studio nel comune di Maiori - 1 carenza con obbligo di studio nel comune di Praiano. | 2 |
| EBOLI - 1 Carenza con obbligo di studio nella frazione di Santa Cecilia. | 4 |
| BELLIZZI | 1 |
| MERCATO SAN SEVERINO-BARONISSI-BRACIGLIANO-CALVANICO-FISCHIANO-SIANO. 1 carenza con obbligo di studio nel comune di Mercato San Severino; 1 carenza con obbligo di studio nella frazione di Piazza del Galdo del comune di Mercato San Severino oppure nella frazione di San'Angelo del comune di Mercato San Severino; 1 carenza con obbligo di studio nel comune di Fisciano; 1 carenza con obbligo di studio nel comune di Siano; 1 carenza con obbligo di studio nel comune di Bracigliano. | 5 |
| GIFFONI VALLE PIANA - GIFFONI SEI CASALI - Con obbligo di studio nel Comune di Giffoni Valle Piana. | 1 |
| PONTECAGNANO FAIANO- carenze con obbligo di studio nella zona centrale di Pontecagnano Faiano. | 3 |
| CAPACCIO PAESTUM-ALBANELLA-GIUNGANO-MONTEFORTE.CILENTO-TRENTINARA | 1 |
| ROCCADASPIDE-CASTEL SAN LORENZO-FELITTO. 1 Carenza con obbligo di studio nel comune di Roccadaspide; 1 Carenza con obbligo di studio nel comune di Castel San Lorenzo; | 2 |
| CASTELLABATE-MONTECORICE-PERDIFUMO-SAN MAURO CILENTO-SERRAMEZZANA- 1 Carenza con obbligo di studio nel comune di Castellabate; | 1 |
| VALLO DELLA LUCANIA-CANNALONGA-CERASO-MOIO DELLA CIVITELLA-NOVI VELIA- 2 Carenza con obbligo di studio nel comune di Vallo della Lucania; 1 Carenza con obbligo di studio nel comune di Cannalonga; | 3 |
| CASAL VELINO-CASTELNUOVO CILENTO-OMIGNANO-POLLICA-SALENTO-SESSA CILENTO-STELLA CILENTO- 1 Carenza con obbligo di studio nel comune di Pollica; | 1 |
| CAMEROTA-CELLE DI BULGHERIA-CENTOLA. 1Carenza con obbligo di studio nella frazione Marina di Camerota del comune di Camerota; 1 Carenza con obbligo di studio nel comune di Celle di Bulgheria; | 2 |
| SALA CONSILINA-ATENA LUCANA-AULETTA-BUONABITACOLO-CAGGIANO- CASALBURNO-MONTE SAN GIACOMO-MONTESANO SULLA MARCELLANA-PADULA- PERTOSA-PETINA-POLLA-SALVITELLE-SAN PIETRO AL TANAGRO-SAN RUFO- SANT'ARSENIO-SANZA-SASSANO-TEGGIANO- 1 Carenza con obbligo di studio nel comune di Salvitelle; 1 Carenza con obbligo di studio nel comune di San Ruffo. | 2 |
| BUCCINO-CASTENUOVO DI CONZA-COLLIANO-CONTURSI TERME-LAVIANO-OLIVETO CITRA- PALOMONTE-RICIGLIANO-ROMAGNANO AL MONTE-SAN GREGORIO MAGNO- SANTOMENNA- VALVA- 1 Carenza con obbligo di studio nel comune di Buccino. | 1 |
| SARNO | 1 |
| AGROPOLI-CERREALE-AUREANA CILENTO-LUSTRA-OGGIASTRO CILENTO-PRIGNANO CILENTO- RUTINO-TORCHIARA- 1 Carenza con obbligo di studio nel comune di Oggiastro Cilento. | 1 |
| TOTALE | 38 |

ASL DI AVELLINOCONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2019
Nota Direttore Generale Prof. n. 30284 DEL 13.11.2019

| | |
|--|-----------|
| CARENZE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE ASL DI AVELLINO | 21 |
| TOTALE | 21 |

ASL DI BENEVENTOCONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2019
Delibera Direttore Generale n.431 DEL 13.09.2019

| | |
|---|----------|
| CARENZE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE ASL DI BENEVENTO | 3 |
| TOTALE | 3 |

ASL DI CASERTACONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2019
Delibera Direttore Generale n.378 DEL 12.11.2019

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| CARENZE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE | 14 |
| TOTALE | 14 |

A.S.L. NAPOLI 1 CentroNota Direttore Generale n. 64691 del 12.07.2019 e nota n.
CONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2019

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| CARENZE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE | 43 |
| TOTALE | 43 |

A.S.L. NAPOLI 2 NORDCONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2019
Nota Direttore Generale n.112800 DEL 5.12.2019- n. 13539 del 11.03.2020

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| CARENZE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE | 10 |
| TOTALE | 10 |

A.S.L. NAPOLI 3 SUDCONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2019
Nota Direttore Generale n. 141249 DEL 08.10.2019

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| CARENZE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE | 17 |
| TOTALE | 17 |

A.S.L. SALERNONOTA COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 175474 DEL 12.07.2019
CONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2019

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| CARENZE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE | 30 |
| TOTALE | 30 |