



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

## SPECIALISTICA AMBULATORIALE

### AVVISO DI COMPLETAMENTO ORARIO

ACN per la Specialistica ambulatoriale 05.02.2026 – Art. 20 commi 2 e 3

ASP di Potenza

### **RICHIESTA MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITÀ PER PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA MONTE ORE PER CASE DELLE COMUNITÀ**

**RICHIAMATA l'art. 20 ACN vigente, ai commi 1, 2, 3 e 5:**

- comma 1, secondo cui: [...] l'Azienda, prima di dare attuazione a quanto disposto al successivo comma 2, dà seguito alla procedura di mobilità al proprio interno (mobilità intraziendale). Le domande devono essere presentate dal 1 al 31 gennaio di ciascun anno dagli specialisti ambulatoriali, veterinari o professionisti, che abbiano maturato, entro tale termine, un'anzianità di incarico di almeno 18 mesi nella sede di provenienza, con l'indicazione della sede presso cui intendono trasferirsi. L'Azienda valuta ed accoglie le richieste con prelazione di scelta per chi ha maggior anzianità di incarico nella stessa, in subordine il maggior numero di ore di incarico ed infine la maggiore età [...];
- comma 2, secondo cui: [...] successivamente l'Azienda verifica la possibilità di completare (per il raggiungimento del massimale orario di 38 ore settimanali), anche durante il periodo di prova, l'orario degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti già titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda stessa nella medesima branca o area professionale [...];
- comma 3, secondo cui: [...] l'istituto di cui al comma precedente è possibile anche per gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti già titolari di incarico a tempo indeterminato a 38 ore settimanali, suddivise in più Aziende, che richiedano di accentrare l'incarico in un'unica Azienda [...];
- comma 5, secondo cui: [...] allo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista che rinunci al completamento di cui al comma 2, offerto nell'ambito provinciale in cui opera, è preclusa la possibilità di partecipare all'assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni successivi [...];

**PRESO ATTO** della pubblicazione dell'Avviso, per l'anno 2026, sul sito istituzionale della ASP di Potenza, funzionale alla manifestazione di interesse alla mobilità intraziendale dei Medici Specialisti Ambulatoriali, Odontoiatri, Medici Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ai sensi dell'art. 20, comma 1 dell'ACN vigente, valevole per l'annualità 2026, per la ASP di Potenza;

**VISTO** l'art. 20 c. 2 e c. 3 ACN 2026, relativo alla possibilità di completare (per il raggiungimento del massimale orario di 38 ore settimanali), l'orario degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti già titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda stessa nella medesima branca o area



professionale, ovvero, di accentrare l'incarico in un'unica Azienda rinunciando alle ore eccedenti rispetto a quelle acquisite nell'Azienda di destinazione.

### **SI PUBBLICA**

il presente Avviso per la manifestazione di interesse al completamento orario, ex art. 20 c. 2 e all'accentramento orario, di cui all'art. 20 comma 3, dell'ACN vigente, per le ore riportate nella Tabella allegata.

**SI PRECISA** che preliminarmente alla pubblicazione delle ore di cui alla predetta Tabella allegata al presente Avviso, sono state espletate le procedure di mobilità intraaziendale ai sensi dell'art. 20 c. 1 ACN 2026.

#### **REQUISITI SPECIFICI DI ACCESSO ALLA PROCEDURA DI COMPLETAMENTO ORARIO (ex art. 20 c. 2):**

essere titolari di incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata, presso la ASP di Potenza che ancora non abbiano raggiunto il massimale orario consentito di n. 38 ore settimanali, nella stessa branca per la quale è richiesto il completamento orario.

#### **REQUISITI SPECIFICI DI ACCESSO ALLA PROCEDURA DI ACCENTRAMENTO ORARIO (ex art. 20 c. 3):**

- essere titolari di incarichi di specialistica ambulatoriale convenzionata a tempo indeterminato a 38 ore settimanali, suddivise in più Aziende, che richiedano di accentrare l'incarico presso la ASP di Potenza, rinunciando alle ore eccedenti rispetto a quelle da acquisire nell'Azienda di destinazione.
- aver maturato un'anzianità di incarico di almeno 18 (diciotto) mesi in ciascuna Azienda di provenienza.

#### **MOTIVI DI ESCLUSIONE DALLA PROCEDURA DI COMPLETAMENTO ORARIO (ex art. 20 commi 2 e 3):**

- assenza di uno o più requisiti specifici di accesso, di cui sopra;
- domanda inviata con modulistica diversa/modificata da quella prevista dall'Avviso e domanda inviata a PEC diversa da quella prevista dall'Avviso;
- domanda trasmessa da casella di posta elettronica non certificata o da casella di posta elettronica certificata della quale il candidato non sia titolare;
- falsa dichiarazione del possesso dei requisiti specifici di accesso;
- domanda pervenuta oltre il **22.03.2026** termine di scadenza stabilito (6 giorni dalla pubblicazione) da considerarsi quale termine perentorio;
- invio di documenti illeggibili, non compilati o in formato modificabile qualora l'interessato non provveda ad un nuovo invio entro il giorno di scadenza;
- motivi di cui all'art. 5 comma 5, ACN vigente.

#### **CRITERI DI PRIORITÀ ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI:**

in presenza di più istanze di partecipazione, le ore disponibili di incarico a tempo indeterminato sono assegnate, anche mediante frazionamento, attraverso la formulazione di apposita graduatoria utilizzando i seguenti criteri di priorità:



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locali di Potenza

- titolari con maggiore anzianità di incarico nella ASP di Potenza, quale Azienda che ha attivato le procedure;
- a parità di anzianità, prevale il maggior numero di ore di incarico nella stessa Azienda;
- in subordine, l'anzianità di specializzazione;
- la minore età.

I Medici Specialisti Ambulatoriali aspiranti alle ore poste in completamento orario e accentramento orario, **devono comunicare la propria disponibilità, entro 6 giorni dalla data della pubblicazione del presente Avviso, tramite posta elettronica certificata personale, esclusivamente al seguente indirizzo PEC: [comitato.specamb@pec.aspbasilicata.it](mailto:comitato.specamb@pec.aspbasilicata.it).**

La comunicazione di disponibilità dovrà essere inviata, **entro le ore 24:00 del 22.03.2026**, pena esclusione dalla procedura. A tal fine, farà fede la data della trasmissione della detta posta elettronica certificata.

**Trascorso inutilmente tale termine gli interessati saranno, quindi, considerati rinunciatari.**

I candidati **dovranno inviare i seguenti documenti**, compilati in ogni parte e sottoscritti:

- domanda, in formato pdf con firma digitale o autografa (allegata a presente Avviso);
- dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità (allegata a presente Avviso)
- documento di identità.

Per quanto non espressamente previsto dal presente Avviso, si fa integralmente rinvio all'ACN vigente.

Potenza, 16.03.2026

Il Presidente del Comitato Zonale

Dott. Giuseppe DEFILIPPIS

D'Ordine del Presidente

Dr.ssa Giulia MOTOLA

La Segretaria del Comitato Consultivo Zonale  
Coordinatrice Sig.ra Maria Teresa Giorgio  
Tel. 0971 310427  
email: [m.teresa.giorgio@aspbasilicata.it](mailto:m.teresa.giorgio@aspbasilicata.it)  
pec: [comitato.specamb@pec.aspbasilicata.it](mailto:comitato.specamb@pec.aspbasilicata.it)



COMITATO CONSULTIVO ZONALE  
SPECIALISTICA AMBULATORIALE  
POTENZA

**SPECIALISTICA AMBULATORIALE**  
**AVVISO DI COMPLETAMENTO ORARIO**

**ART. 20, COMMI 2 E 3 ACN VIGENTE**

**RICHIESTA MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITÀ PER MONTE ORE CASE DEL  
PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA MONTE ORE PER CASE DELLA COMUNITÀ  
PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA**

**Verbale n. 03 del 13.03.2026**

| <b>BRANCA</b>       | <b>N. ORE<br/>SETTIMANALI</b> | <b>SEDE DI SERVIZIO</b>                              |
|---------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>Cardiologia</b>  | 10                            | Casa Comunità HUB di Sant'Arcangelo                  |
|                     | 9                             | Casa Comunità Spoke di Corleto Perticara             |
|                     | 14                            | Casa Comunità Spoke di Vieti di Potenza              |
|                     | 12                            | Casa Comunità Spoke di Maratea                       |
|                     | 12                            | Casa Comunità Spoke di Viggianello                   |
|                     | 10                            | Casa Comunità Spoke di Anzi                          |
|                     | 10                            | Casa Comunità Hub di Lavello                         |
|                     | 7                             | Casa Comunità Spoke di San Fele                      |
|                     | 12                            | Casa Comunità Hub di Senise                          |
| <b>Dermatologia</b> | 2                             | Casa Comunità Hub di Sant'Arcangelo                  |
|                     | 8                             | Casa Comunità Hub di Lavello                         |
| <b>Diabetologia</b> | 20                            | Casa Comunità Hub di Sant'Arcangelo                  |
|                     | 10                            | Casa Comunità Spoke di Corleto Perticara             |
|                     | 10                            | Casa Comunità Spoke di Vietri di Potenza             |
|                     | 6                             | Casa Comunità Spoke di Viggianello                   |
|                     | 10                            | Casa Comunità Spoke di Lagopesole (provvisoriamente) |



|                       |    |                                           |
|-----------------------|----|-------------------------------------------|
|                       | 12 | Rionero in Vulture                        |
|                       | 10 | Casa Comunità Spoke di Anzi               |
|                       | 9  | Casa Comunità Hub di Lavello              |
|                       | 8  | Casa Comunità Spoke di Genzano di Lucania |
|                       | 10 | Casa Comunità Spoke di San Fele           |
| <b>Endocrinologia</b> | 15 | Casa Comunità Hub di Lavello              |
|                       | 6  | Casa Comunità Spoke di Genzano di Lucania |
|                       | 10 | Casa Comunità Spoke di San fele           |
| <b>Fisiatria</b>      | 2  | Casa Comunità Hub di Sant'Arcangelo       |
|                       | 5  | Casa Comunità Spoke di Corleto Perticara  |
|                       | 5  | Casa Comunità Spoke di Vietri di Potenza  |
|                       | 6  | Casa Comunità Spoke di Viggianello        |
| <b>Geriatria</b>      | 12 | Casa Comunità Hub di Sant'Arcangelo       |
|                       | 5  | Casa Comunità Spoke di Corleto Perticara  |
|                       | 5  | Casa Comunità Spoke di Vietri di Potenza  |
|                       | 6  | Casa Comunità Hub di Senise (provvisorio) |
|                       | 6  | Casa Comunità Spoke di Maratea            |
|                       | 6  | Casa Comunità Spoke di Viggianello        |
| <b>Nefrologia</b>     | 6  | Casa Comunità Spoke di Maratea            |
| <b>Neurologia</b>     | 8  | Casa Comunità Hub di Sant'Arcangelo       |
|                       | 6  | Casa Comunità Spoke di Maratea            |
|                       | 6  | Casa Comunità Spoke di Viggianello        |
|                       | 6  | Casa Comunità Hub di Lavello              |
| <b>N.P.I.</b>         | 3  | Casa Comunità Hub di Lavello              |
| <b>Oculistica</b>     | 2  | Casa Comunità Hub di                      |



|                                   |    |                                                       |
|-----------------------------------|----|-------------------------------------------------------|
|                                   |    | Sant'Arcangelo                                        |
|                                   | 6  | Casa Comunità Spoke di Genzano di Lucania             |
| <b>Ortopedia</b>                  | 8  | Casa Comunità Hub di Sant'arcangelo                   |
| <b>Ostetricia e Ginecologia</b>   | 10 | Casa Comunità Spoke di San Fele                       |
| <b>Pneumologia</b>                | 10 | Casa Comunità Hub di Sant'ARCANGELO                   |
|                                   | 8  | Casa Comunità Spoke di Corleto Perticara              |
|                                   | 8  | Casa Comunità Spoke di Vietri di Potenza              |
|                                   | 6  | Casa Comunità Hub di Senise (provvisoriamente)        |
|                                   | 6  | Casa Comunità Spoke di Viggianello                    |
|                                   | 10 | Casa Comunità Spoke di Lagopolesse (provvisoriamente) |
|                                   | 10 | Casa Comunità Spoke di Anzi                           |
|                                   | 5  | Casa Comunità Hub di Lavello                          |
|                                   | 5  | Casa Comunità Spoke di San Fele                       |
| <b>Scienze dell'Alimentazione</b> | 24 | Casa Comunità Hub di Lavello                          |
|                                   | 10 | Casa Comunità Spoke di Genzano di Lucania             |
|                                   | 10 | Casa Comunità Spoke di San Fele                       |
| <b>Reumatologia</b>               | 10 | Casa Comunità Spoke di Lagopolesse (provvisoriamente) |
|                                   | 10 | Casa Comunità Spoke di Anzi                           |
| <b>Urologia</b>                   | 8  | Casa Comunità Hub di Lavello                          |
|                                   | 6  | Casa Comunità Spoke di Viggianello                    |

La Segretaria del Comitato Consultivo Zonale  
 Coordinatrice Sig.ra Maria Teresa Giorgio  
 Tel. 0971/310427  
 E-mail: [maria.teresa.giorgio@aspbasilicata.it](mailto:maria.teresa.giorgio@aspbasilicata.it)  
 PEC: [comitato.speccamo@pec.aspbasilicata.it](mailto:comitato.speccamo@pec.aspbasilicata.it)



COMITATO CONSULTIVO ZONALE  
SPECIALISTICA AMBULATORIA POTENZA

Al Comitato Zonale Specialistica Ambulatoriale  
c/o UOC Cure Primarie PZ- Venosa-Melfi  
PEC: comitato [specamb@pec.aspbasilicata.it](mailto:specamb@pec.aspbasilicata.it)

**Oggetto: DISPONIBILITÀ COMPLETAMENTO ORARIO – Art. 20 commi 2 e 3 ACN 04.04.2024**

Il/La Dott/Dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (Cap) \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

**Comunica di accettare l'incarico per la copertura di n. \_\_\_\_\_ ore/sett. - Branca di \_\_\_\_\_**

Dichiara, sotto la propria responsabilità, di:

- essere laureato in \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- essere iscritto all'Albo Professionali di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- essere Specializzato in \_\_\_\_\_ Titolo conseguito il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- essere Specialista Ambulatoriale a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara di espletare attualmente la propria attività presso le seguenti sedi:

- 1) \_\_\_\_\_ per n. ore sett. \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_ per n. ore sett. \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_ per n. ore sett. \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_ per n. ore sett. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci, afferma che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data \_\_\_\_\_

Firma (per esteso) \_\_\_\_\_



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

U.O.C. Assistenza Primaria - Ambito Potenza/Venosa/Melfi

## DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ / F \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

Ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale, per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

### DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - triennio 2019-2021;
- di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 27 - "Incompatibilità" del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni - triennio 2019-2021, il quale dispone che:  
"1. Ai sensi del punto 6 dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell'articolo 4, comma 7, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo lo specialista ambulatoriale, il veterinario ed il professionista che:  
a) sia titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale;  
b) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'articolo 8 del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;  
c) eserciti altre attività, ovvero sia titolare o partecipante di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;  
d) svolga attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2, ovvero di medico convenzionato INPS;  
e) sia titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'articolo 21 e svolga contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'articolo 22;  
f) eserciti la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN che non adottino le clausole



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

U.O.C. Assistenza Primaria - Ambito Potenza/Venosa/Melfi

economiche del presente Accordo, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

g) svolga funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

h) fruiscia del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

i) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale o aziendale;

j) sia titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

k) sia iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D. Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

l) fruiscia di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficino delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto, o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'articolo 54.

2. La eventuale situazione di incompatibilità a carico dello specialista, del veterinario o del professionista, incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, deve essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

3. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con particolare riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità.

La sopravvenuta ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità prevista dal presente Accordo comporta la decadenza dell'incarico convenzionale, come previsto ai sensi dell'articolo 38, comma 3 ovvero la revoca, come previsto all'articolo 38, comma 2, in riferimento all'Allegato 6, comma 2, lettera d), punto VII";

- di non trovarsi in condizioni di incompatibilità e/o di conflitti di interesse ai sensi della legislazione nazionale e regionale vigente in materia;
- di attenersi nell'esercizio delle attività inerenti allo svolgimento dell'incarico conferitogli scrupolosamente alle disposizioni di cui al vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti, Veterinari ed altre Professionalità;
- di essere in possesso dei titoli di seguito riportati:

1. di essere laureato in \_\_\_\_\_ (medicina e chirurgia o odontoiatria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto \_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

U.O.C. Assistenza Primaria - Ambito Potenza/Venosa/Melfi

2. di essere abilitato all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ nella sessione di \_\_\_\_\_ presso  
l'Università di \_\_\_\_\_

3. di essere iscritto \_\_\_\_\_ all'Albo Professionale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

4. di essere in possesso delle seguenti Specializzazioni:

n \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

n \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

n \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

di essere in possesso delle seguenti libere docenze:

n \_\_\_\_\_ con Decreto Ministeriale del \_\_\_\_\_

n \_\_\_\_\_ con Decreto Ministeriale del \_\_\_\_\_

n \_\_\_\_\_ con Decreto Ministeriale del \_\_\_\_\_

di essere in possesso dei seguenti dottorati di ricerca:

n \_\_\_\_\_ con Decreto Ministeriale del \_\_\_\_\_

n \_\_\_\_\_ con Decreto Ministeriale del \_\_\_\_\_

n \_\_\_\_\_ con Decreto Ministeriale del \_\_\_\_\_

Fornisce il consenso al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679  
(G.D.P.R.).

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_