

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

CODICE CUP: D35F24000510009

CODICE CUP: D35F24000550009

PROT. N.

BARI,

AVVISO INTERNO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DI TURNI DI SERVIZIO NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA NAZIONALE EQUITÀ NELLA SALUTE 2021-2027 (PNES) – AREA DI INTERVENTO PER CONTRASTARE LA POVERTÀ SANITARIA

Con Deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 2093 dell'11/10/2024 è stata effettuata la presa d'atto della Delibera dell'INMP n. 322/2024, avente oggetto "Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027 (PNES) – Area di Intervento Contrastare la povertà Sanitaria - Approvazione del Piano di Interventi della Azienda Sanitaria Locale Bari- Determinazioni".

Nell'ambito del Piano di Interventi summenzionato il progetto numero 1 denominato "**Costituzione equipe multidisciplinare per attività clinica**", con codice progetto IN.4K.1 02 e codice CUP D35F24000510009, prevede l'arruolamento di personale per valutare le condizioni generali di salute e per la programmazione ed esecuzione successiva degli approfondimenti diagnostici, ove necessari. Il progetto 5 denominato "**Investimento strutturale, tecnologico, strumentale e di risorse umane funzionale alla implementazione delle attività di Outreach**", con codice progetto IN.4.5.1 01 e codice CUP D35F24000550009 prevede il reclutamento anche della figura dell'odontoiatra, al fine di erogare prestazioni pre-protesi e protesi. Tanto, al fine di prendere in carico dal punto di vista sanitario e sociale la popolazione target, ovvero i soggetti in stato di vulnerabilità socioeconomica che non riescono ad ottenere una presa in carico sanitaria e socio sanitaria adeguata: Persone senza fissa dimora; Famiglie a basso reddito; Migranti; Comunità RSC (Rom, Sinti, Caminanti).

Il Progetto prevede un target intermedio definito di persone da arruolare entro il 31 dicembre 2024, pertanto, risulta indifferibile la costituzione di una **Equipe di professionisti** che sia operativa nell'immediato e sia costituita anche da Medici e Odontoiatri Specialisti Ambulatoriali Interni Convenzionati presso l'ASL Bari.

L'attività da svolgere è la seguente:

- valutazione delle condizioni generali di salute e diagnosi;
- programmazione ed esecuzione successiva degli approfondimenti diagnostici, ove necessari, dopo la valutazione delle condizioni generali di salute;
- prestazioni pre-protesi e protesi odontoiatriche da erogare seguendo specifici criteri di arruolamento dei pazienti, che tengano conto sia dei criteri generali socioeconomici di arruolamento per il PNES, sia di fattori clinici e sociali definiti dal disciplinare del progetto.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

CODICE CUP: D35F24000510009

CODICE CUP: D35F24000550009

Le adesioni al presente bando saranno considerate valide anche per le attività, previste dal Piano di Interventi del Programma summenzionato, successive al 31 dicembre 2024.

Per poter partecipare all'avviso interno è necessario possedere i seguenti requisiti.

Requisito di ammissione: Medico e Odontoiatra Specialista Ambulatoriale Interno Convenzionato presso l'ASL Bari.

In caso di arrivo di più domande, visto la specificità delle attività da svolgere, il responsabile del progetto, formulerà un elenco delle candidature pervenute sulla base di uno o più dei seguenti requisiti:

1. Immediata disponibilità a prestare la propria attività fuori dall'orario istituzionale;
2. Esperienza sanitaria documentata con la popolazione target prevista dal PNES come suindicata;
3. Documentati percorsi accademici/di formazione utili ai fini di una corretta attuazione del progetto suindicato;
4. Documentata conoscenza di almeno una lingua straniera;
5. Documentata capacità di coordinamento e organizzazione.

ORARIO DI SERVIZIO

L'orario di servizio sarà programmato tenendo conto delle attività istituzionali e dell'obiettivo indifferibile riferito al numero previsto di persone target da arruolare dal Progetto PNES entro e successivamente al 31 dicembre 2024.

Le attività saranno svolte fuori dall'orario di servizio, con specifica timbratura.

SEDE DI LAVORO

Nelle more che siano disponibili i motorhome clinici e odontoiatrici per l'erogazione di cure sanitarie di base, prestazioni specialistiche ed odontoiatriche, la sede di prima attivazione dell'ambulatorio di prossimità dal 6 dicembre 2024 sarà presso la città di Bari, successivamente, per le esigenze connesse all'attuazione del progetto del PNES summenzionato, saranno attivati ulteriori ambulatori di prossimità nei P.T.A. dei comuni di Grumo, Altamura, Conversano e Gioia del Colle.

COMPENSO

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

CODICE CUP: D35F24000510009

CODICE CUP: D35F24000550009

Per il compenso spettante agli specialisti ambulatoriali interni convenzionati si farà riferimento al vigente ACN 04/04/2024, nel quale all'art. 29, co. 6, vengono indicate le tariffe relative al prolungamento dell'orario, mentre all'art. 32, co. 5, la tariffa relativa all'attività esterna fuori orario di servizio.

L'Amministrazione si riserva la possibilità di variare numero di persone da arruolare, orari, sede di lavoro e attività al fine soddisfare il bisogno di salute che emergerà dopo la prima visita generale e di dare piena attuazione a quanto previsto dal progetto IN.4K.1_02 e codice CUP D35F24000510009.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La manifestazione di interesse dovrà essere espressa mediante la compilazione e sottoscrizione del modulo allegato, da trasmettere unitamente a copia di un documento di identità in corso di validità e a curriculum formativo e professionale datato e firmato, redatto in forma di dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000.

Il curriculum formativo e professionale dovrà mettere in evidenza **esclusivamente** i requisiti richiesti posseduti e dichiarati nella domanda. Tale documentazione dovrà essere trasmessa direttamente al Responsabile del Progetto PNES al seguente indirizzo pnes.contrastarepovertasanitaria@asl.bari.it indicando nell'oggetto della email **PNES2024**.

La domanda di manifestazione di interesse va presentata entro e non oltre 5 giorni dalla pubblicazione del presente avviso.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e s.m.i., si rende noto che i dati personali forniti dagli interessati saranno raccolti per le finalità di cui all'avviso e trattati nel rispetto delle disposizioni normative vigenti.

INFORMAZIONI

La presentazione della domanda alla presente manifestazione di interesse non fa sorgere, in capo ai candidati, diritti o pretese di sorta.

L'ASL BA si riserva la facoltà di prorogare, sospendere, revocare o modificare in tutto o in parte la presente manifestazione di interesse a suo insindacabile giudizio.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

CODICE CUP: D35F24000510009

CODICE CUP: D35F24000550009

Il Responsabile del Progetto PNES -

Silvana Fornelli



Il Direttore Generale f.f.

Luigi Fruscio



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

CODICE CUP: D35F24000510009

CODICE CUP: D35F24000550009

SCHEMA DI DOMANDA –AVVISO INTERNO PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DI TURNI DI SERVIZIO NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA NAZIONALE EQUITÀ NELLA SALUTE 2021-2027 (PNES) – AREA DI INTERVENTO CONTRASTARE LA POVERTÀ SANITARIA

**Al Responsabile
del Progetto PNES
pn.es.contrastarepovertasanitaria@asl.bari.it**

Il/La sottoscritto/a _____

nat_ il _____ a _____

codice regionale _____ in servizio presso _____

sede _____ in qualità di _____

pec/e-mail _____ telefono _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

allo svolgimento di turni di servizio per l'attuazione del progetto PNES.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, nonché consapevole, secondo quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 del 28/12/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, dichiara quanto segue:

- di essere nato/a a _____ il _____;
- di essere residente in _____ Prov. _____ CAP _____ Via _____ n. _____;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno dei paesi dell'Unione Europea;
- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ (ovvero: di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo: _____ (cancellare l'espressione che non interessa) (1);

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

CODICE CUP: D35F24000510009

CODICE CUP: D35F24000550009

- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso (2);
- di prestare servizio in qualità di specialista ambulatoriale interno convenzionato _____ (indicare Medico o Odontoiatra) _____ (indicare la relativa disciplina solo se Medici) presso la _____ (indicare il Distretto/Dipartimento con relativa sede);
- di essere in possesso di uno o più dei seguenti requisiti come richiesti dall'avviso per l'eventuale formulazione di un elenco di candidature in caso di più domande pervenute (barrare il profilo per il quale si concorre e i relativi requisiti posseduti):

Immediata disponibilità a prestare la propria attività fuori dall'orario istituzionale;	<input type="checkbox"/>
Esperienza sanitaria documentata con la popolazione target prevista dal PNES come suindicata;	<input type="checkbox"/>
Documentati percorsi accademici/di formazione utili ai fini di una corretta attuazione del progetto suindicato;	<input type="checkbox"/>
Documentata conoscenza di almeno una lingua straniera;	<input type="checkbox"/>
Documentata capacità di coordinamento e organizzazione.	<input type="checkbox"/>

- di non aver subito procedimenti disciplinari di cui all'ACN vigente e non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una pubblica amministrazione o licenziati per aver conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile (riferito ad eventuali impieghi pregressi in qualità di dirigente medico);
- di autorizzare l'Azienda al trattamento dei dati personali forniti, finalizzato agli adempimenti connessi all'espletamento della procedura concorsuale, ai sensi della Legge 30/12/2003 n. 196;
- di accettare tutte le clausole previste dal bando.

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa al presente AVVISO deve essere fatta al seguente indirizzo: Indirizzo PEC _____, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara, altresì, di essere a conoscenza che in caso di dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

Lungomare Starita, 6 – 70123 BARI – P.I.: 0653434072

CODICE CUP: D35F24000510009

CODICE CUP: D35F24000550009

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016, autorizza il trattamento dei propri dati per le finalità di cui all'avviso di manifestazione di interesse.

Data, _____

Firma

Si allega, in copia, al presente documento di riconoscimento in corso di validità e a curriculum formativo e professionale datato e firmato, redatto in forma di dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000.