

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 SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI CONVENZIONATI PRESSO L'ASL BARI - 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 l'erogazione prestazioni sanitarie in favore di persone in condizioni di vulnerabilità socio economica secondo quanto previsto PNES – Area di Intervento Contrastare la povertà Sanitaria.
- il progetto numero 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 anche il reclutamento dell'odontoiatra che procederà alle erogazione di prestazioni odontoiatriche previste nel progetto, valutando e programmando le prestazioni necessarie all'applicazione delle protesi per i pazienti arruolati secondo i criteri clinici e sociali definiti dal PNES.

Tanto, al fine di migliorare l'accesso ai servizi sanitari e 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 ovvero: persone senza fissa dimora; famiglie a basso reddito; migranti; comunità RSC (Rom, Sinti, Caminanti).

Il Progetto prevede la costituzione di una **Equipe multiprofessionale** costituita da medici dipendenti e/o medici specialisti ambulatoriali convenzionati e altre figure professionali.

L'attività da svolgere è la seguente:

- valutazione delle condizioni generali di salute e diagnosi;
- programmazione successiva degli approfondimenti diagnostici;
- valutazione specialistica ove necessaria;

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

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

CODICE CUP: D35F24000510009

CODICE CUP D35F24000550009

PER POTER PARTECIPARE ALL'AVVISO INTERNO È NECESSARIO POSSEDERE I SEGUENTI REQUISITI:

- **Titolo di Specialista Ambulatoriale Interno Convenzionato presso la 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. Documentata conoscenza di almeno una lingua straniera;
3. Esperienza sanitaria con la popolazione target prevista dal PNES come suindicata.

ORARIO DI SERVIZIO

L'orario di servizio sarà programmato tenendo conto delle attività istituzionali del personale arruolato e dell'obiettivo indifferibile riferito al numero previsto di persone target da arruolare dal Progetto PNES.

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

L'Amministrazione si riserva di riprogrammare il numero delle ore e il contingente massimo da reclutare in base al raggiungimento del target previsto.

SEDE DI LAVORO

Le iniziali sedi di lavoro saranno gli ambulatori siti nei comuni di: Bari, Grumo Appula, Altamura, Conversano e Gioia del Colle. Successivamente potranno essere individuate nell'ambito delle sedi distrettuali, ulteriori ambulatori al fine di soddisfare il fabbisogno assistenziale che emerge durante la fase di arruolamento.

Con l'acquisizione dei motorhome attrezzati la suddetta attività sanitaria ambulatoriale sarà svolta su tali veicoli, al fine di raggiungere i destinatari direttamente nei siti di maggior concentrazione della popolazione target individuata dallo scopo del presente progetto.

COMPENSO

Agli specialisti ambulatoriali interni convenzionati ai sensi del vigente ACN 04/04/2024 verrà liquidato il prolungamento dell'orario secondo le tariffe previste dall'art. 29 co. 6 e le prestazioni effettuate secondo le tariffe indicate all'art. 32 co. 6.

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.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

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

CODICE CUP: D35F24000510009

CODICE CUP D35F24000550009

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 **PNES2025-Specialisti ambulatoriali interni convenzionati**.

La domanda di manifestazione di interesse va presentata entro e non oltre il **15/03/2025**.

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.

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);
- di godere dei diritti civili e politici;

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

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

CODICE CUP: D35F24000510009

CODICE CUP D35F24000550009

- 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 la relativa disciplina) 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"/> |
| Documentata conoscenza di almeno una lingua straniera; | <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.

Il sottoscritto/la sottoscritta esprime per le sedi di lavoro le seguenti preferenze (indicare l'ordine di preferenza tra l'Ambulatorio di Prossimità di Bari, Altamura, Grumo Appula, Conversano, Gioia del Colle):

1. Ambulatorio di Prossimità di _____
2. Ambulatorio di Prossimità di _____
3. Ambulatorio di Prossimità di _____
4. Altre sedi (specificare solo se interessati a più di tre Ambulatori) _____

Esprime la disponibilità ad andare su Motorhome: SI NO

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione relativa al presente AVVISO deve essere fatta al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____ Città _____
Prov. _____ CAP _____ Tel. n. _____ Indirizzo E-pec/Mail _____, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

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

CODICE CUP: D35F24000510009

CODICE CUP D35F24000550009

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.

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.