

**PROGRAMMA NAZIONALE "EQUITA' NELLA SALUTE 2021-2027"*****CONTRASTARE LA POVERTA' SANITARIA*****PROGETTO IN.4k.1\_02: COSTITUZIONE EQUIPE MULTIDISCIPLINARE PER ATTIVITA' CLINICA****CUP: H31J24002320006*****AVVISO INTERNO*****RISERVATO AL PERSONALE MEDICO CONVENZIONATO DELL'ASL DI AVELLINO  
TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE****RIAPERTURA TERMINI**

Premesso che il Programma Nazionale "Equità nella Salute" (2021-2027) ha, quale fine ultimo, il potenziamento della medicina di prossimità finalizzata alla presa in carico dei bisogni di salute della popolazione in condizione di significativa e non trascurabile vulnerabilità socio-economica;

Ritenuto che - al fine di attualizzare le azioni programmatiche di cui innanzi, per come dettagliate nella Scheda Progetto 1 approvato con deliberazione aziendale n.1361 del 14/10/2024 e di, per l'effetto, fronteggiare le criticità ad essa sottese - si rende necessario costituire un'equipe multidisciplinare per attività clinica, da allocare - sul profilo operativo - presso i cd. Ambulatori di prossimità, temporaneamente allocati presso le strutture ASL di Grottaminarda, Avellino e Montoro;

Dato atto che le prestazioni sanitarie da erogare, in regime di solidarietà, in favore di una fascia d'utenza gravemente indigente, diversamente pretermessa da ogni altra forma di accesso a trattamenti clinici essenziali e non differibili, afferiscono alle branche e/o discipline equipollenti per come di seguito enucleate: Cardiologia, Diabetologia, Endocrinologia, Fisiatria, Geriatria, Ginecologia, Neurologia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Urologia;

Rilevato che il fabbisogno orario, suddiviso per branca e sede di servizio, risulta dettagliato nel prospetto di sintesi che segue:

| SEDE OPERATIVA                                  | BRANCHE   |  |
|---|---|--|
| Ambulatorio di Prossimità - Ariano Irpino (DS1) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endocrinologia</li> <li>• Fisiatria</li> <li>• Urologia</li> </ul> | con cadenza settimanale dalle ore 15,00 alle ore 18,00 |
| Ambulatorio di Prossimità -                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetologia</li> </ul>  | con cadenza settimanale                                |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Avellino (DS4)                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatria</li> <li>• Neurologia</li> <li>• ORL</li> <li>• Pediatria</li> </ul> | 2h (profilo orario variabile)                             |
| Ambulatorio di Prossimità -<br>Montoro (DS5) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiologia</li> <li>• Diabetologia</li> <li>• Ginecologia</li> </ul>          | ogni mercoledì del mese dalle ore<br>14,30 alle ore 17,30 |

per le ragioni innanzi addotte ed argomentate,  
è disposta la

## **RIAPERTURA DEI TERMINI**

con riferimento all'**AVVISO INTERNO**

finalizzato all'acquisizione di disponibilità oraria da rendersi in regime di *plus* orario per la durata, in via sperimentale, di tre mesi, salvo conferma e proroga

### **MEDICI AVENTI DIRITTO A PRESENTARE LA PROPRIA CANDIDATURA E CRITERI DI GRADUAZIONE**

- specialisti ambulatoriali già titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'ASL di Avellino (sia con margine di capienza per il raggiungimento del massimale orario (38h settimanali) sia a tempo pieno) nelle seguenti branche di specializzazione ed equipollenti: Cardiologia, Diabetologia, Endocrinologia, Fisiatria, Geriatria, Ginecologia, Neurologia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Urologia.

Possono presentare la propria candidatura tutti gli specialisti ambulatoriali titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'ASL di Avellino in una delle branche di specializzazione e/o equipollenti interessate dal presente Avviso.

I medici specialisti ambulatoriali - che non abbiano capienza di massimale orario, in quanto già titolari di incarico a tempo pieno (38h settimanali) - possono manifestare la propria disponibilità limitatamente ad un impegno orario non superiore a 10h settimanali.

Gli specialisti ambulatoriali aventi titolo sono chiamati, con decorrenza immediata alla data di notifica del provvedimento aziendale, a rendere le prestazioni sanitarie, rispondenti alle azioni programmatiche di cui alla presente progettualità con durata limitata nel tempo, in orario non coincidente con quello di servizio, avendo cura

di validare la propria presenza, in entrata ed in uscita, a mezzo badge, cui sarà associato apposito codice di timbratura.

#### **MODALITA' DI PRESENTAZIONE CANDIDATURA**

Gli aspiranti alla suddetta procedura sono invitati a presentare la propria manifestazione di disponibilità in carta semplice mediante utilizzo della modulistica allegata entro **SETTE GIORNI** decorrenti dalla data di **pubblicazione del presente Avviso sul sito istituzionale** esclusivamente agli indirizzi dei Distretti Sanitari, riportati nell'intestazione della modulistica prescelta, ove intendano rendere la propria disponibilità, avendo cura di allegare alla stessa copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e di indicare in oggetto la seguente dicitura: **"P.N.E.S. – Progetto IN.4k.1\_02 Manifestazione di disponibilità oraria Avviso Interno"**.

#### **CRITERI DI GRADUAZIONE CANDIDATURE**

Nell'eventualità in cui dovessero pervenire più istanze di partecipazione ed altresì risultare superiori alla copertura del fabbisogno orario interessato e rappresentato nel prospetto di sintesi di cui innanzi, l'Ufficio all'uopo preposto provvederà a generare, entro 3 giorni dal termine ultimo per la presentazione delle relative istanze, la consequenziale graduatoria redatta in osservanza dei seguenti criteri di precedenza:

- sede di servizio coincidente con l'area di competenza territoriale afferente ai Distretti ove risultano allocati gli ambulatori di prossimità.

Con successiva PEC - che costituisce, in favore dei candidati, notifica a tutti gli effetti - la UOC Cure Primarie formalizzerà la consequenziale convocazione, indicando giorni ed orario per il perfezionamento degli adempimenti amministrativi successivi.

#### **DISPOSIZIONI FINALI**

Si rende noto che l'autorizzazione all'espletamento di prestazioni ambulatoriali in regime di plus orario disposto - in favore dello specialista convenzionato avente titolo in ragione della procedura in argomento - non determina l'insorgenza, in capo allo stesso, di qualsivoglia aspettativa di titolarità a tempo indeterminato del monte ore acquisito; tanto in quanto trattasi di impegno orario suppletivo, connesso ad azioni programmatiche aventure durata limitata nel tempo, da rendersi in regime di plus orario.

Gli emolumenti da corrispondere, in favore dei medici convenzionati aventi titolo, seguono il trattamento economico di cui all'Accordo Collettivo Nazionale di categoria vigente a valere sui fondi del Progetto (FSE +).

Per quanto non rappresentato nel presente Avviso, si fa espresso rinvio alla normativa contrattuale nazionale e regionale vigente.

### Informativa sul trattamento dei dati personali

- Il trattamento dei dati personali, assunti con la domanda di partecipazione all'Avviso sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza tutelando la riservatezza e i diritti del candidato;
- tale trattamento avrà come finalità l'espletamento delle procedure connesse al presente Avviso;
- i dati personali forniti dal candidato saranno raccolti presso la UOC Cure Primarie e utilizzati solo con le modalità e procedure strettamente necessarie per condurre l'istruttoria finalizzata all'emanazione del provvedimento finale;
- la gestione dei dati, effettuata con l'ausilio di supporti cartacei e di strumenti informatici, sarà praticata solo dal personale della UOC Cure Primarie, all'uopo incaricato;
- il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto previsto dalla normativa contrattuale vigente e il mancato conferimento comporterà l'esclusione dalla procedura selettiva prevista dal presente bando;
- i dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti da disposizioni di legge o di regolamento o per l'assolvimento di funzioni istituzionali;
- il candidato godrà dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 tra cui il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, il diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione e, ricorrendone gli estremi, può chiederne il blocco, nonché opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi al responsabile del trattamento;
- il titolare del trattamento è la UOC Cure Primarie;
- il Responsabile del trattamento è il Direttore f.f. della UOC Cure Primarie o persona da lui delegata.

L'estensore  
dott.ssa Martina Sirignano

Il RUP  
Dirigente Amministrativo UOC Cure Primarie  
dott.ssa Lucia Vesce

Il Direttore f.f. della UOC Cure Primarie  
dott.ssa Immacolata Giusto

Il Direttore Sanitario  
Responsabile dell'attuazione del piano di interventi PNES

Dott.ssa Maria Concetta Conte

Al Direttore del Distretto Sanitario di Ariano Irpino  
[protocollo@pec.aslavellino.it](mailto:protocollo@pec.aslavellino.it)

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA'  
 SUPPLETIVA IN REGIME DI PLUS ORARIO  
 PROGRAMMA NAZIONALE "EQUITA' NELLA SALUTE 2021-2027"  
 CONTRASTARE LA POVERTA' SANITARIA**

**PROGETTO IN.4k.1\_02: COSTITUZIONE EQUIPE MULTIDISCIPLINARE PER ATTIVITA' CLINICA  
 CUP: H31J24002320006**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ ( )

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,

email: \_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

specialista ambulatoriale interno a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_, titolare di un monte ore settimanale pari a complessive \_\_\_\_\_ ore, in tal modo distribuite:

| Ore settimanali di incarico | Distretto - Presidio<br>ASL Avellino | Altre ASL<br>-<br>INAIL |
|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
|                             |                                      |                         |
|                             |                                      |                         |
|                             |                                      |                         |
|                             |                                      |                         |
|                             |                                      |                         |

preso atto dell'Avviso Interno riservato al personale medico convenzionato dell'ASL di Avellino, titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale

**MANIFESTA L'INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' ORARIA SUPPLETIVA IN  
 REGIME DI PLUS ORARIO**

1. n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso l'Ambulatorio di prossimità di **GROTTAMINARDA**;

Eventuali annotazioni in merito alla presente dichiarazione:

Il/la sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il/la sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_ dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

## Avellino, II

(firma per esteso)

Al Direttore del Distretto Sanitario di Avellino  
[protocollo@pec.aslavellino.it](mailto:protocollo@pec.aslavellino.it)

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA'  
 SUPPLETIVA IN REGIME DI PLUS ORARIO  
 PROGRAMMA NAZIONALE "EQUITA' NELLA SALUTE 2021-2027"  
 CONTRASTARE LA POVERTA' SANITARIA**

**PROGETTO IN.4k.1\_02: COSTITUZIONE EQUIPE MULTIDISCIPLINARE PER ATTIVITA' CLINICA**

**CUP: H31J24002320006**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ ( )

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,

email \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

specialista ambulatoriale interno a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_, titolare di un monte ore settimanale pari a complessive \_\_\_\_\_ ore, in tal modo distribuite:

| Ore settimanali di incarico | Distretto - Presidio<br>ASL Avellino | Altre ASL<br>-<br>INAIL |
|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
|                             |                                      |                         |
|                             |                                      |                         |
|                             |                                      |                         |
|                             |                                      |                         |
|                             |                                      |                         |

preso atto dell'Avviso Interno riservato al personale medico convenzionato dell'ASL di Avellino, titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale

**MANIFESTA L'INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' ORARIA SUPPLETIVA IN  
 REGIME DI PLUS ORARIO**

1. n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso l'Ambulatorio di prossimità di AVELLINO;

Eventuali annotazioni in merito alla presente dichiarazione:

---

---

Il/la sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso dichiarazioni non veritiero, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il/la sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_ dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Avellino, il \_\_\_\_\_

---

(firma per esteso)

Al Direttore del Distretto Sanitario di Atripalda  
protocollo@pec.aslavellino.it

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA'  
SUPPLETIVA IN REGIME DI PLUS ORARIO  
PROGRAMMA NAZIONALE "EQUITA' NELLA SALUTE 2021-2027"  
CONTRASTARE LA POVERTA' SANITARIA**

**PROGETTO IN.4k.1\_02: COSTITUZIONE EQUIPE MULTIDISCIPLINARE PER ATTIVITA' CLINICA**

**CUP: H31J24002320006**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,

email \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

specialista ambulatoriale interno a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_, titolare di un monte ore settimanale pari a complessive \_\_\_\_\_ ore, in tal modo distribuite:

| Ore settimanali di incarico | Distretto - Presidio<br>ASL Avellino | Altre ASL<br>-<br>INAIL |
|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
|                             |                                      |                         |
|                             |                                      |                         |
|                             |                                      |                         |
|                             |                                      |                         |
|                             |                                      |                         |
|                             |                                      |                         |

preso atto dell'Avviso Interno riservato al personale medico convenzionato dell'ASL di Avellino, titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale

**MANIFESTA L'INTERESSE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' ORARIA SUPPLETIVA IN  
REGIME DI PLUS ORARIO**

1. n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso l'Ambulatorio di prossimità di **MONTORO**:

Eventuali annotazioni in merito alla presente dichiarazione:

---

---

Il/la sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, nel caso dichiarazioni non veritiero, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il/la sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_ dichiara, altresi, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Avellino, li \_\_\_\_\_

(firma per esteso)