



## AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

PER L'INDIVIDUAZIONE DI RISORSE UMANE NECESSARIE ALLE ATTIVITÀ PROGETTUALI IN AMBITORIABILITATIVO DEL PROGETTO DI TELEASSISTENZA IN AMBITO RIABILITATIVO (DELIBERAZIONE N. 1839 DEL 29.12.2023)

**Atteso che:**

risulta necessario dare attuazione alle attività collegate al Progetto di Teleassistenza in ambito riabilitativo della A.S.L. Salerno, ai sensi del Regolamento Aziendale (deliberazione n.1839 del 29.12.2023), e per gli effetti, procedere al reclutamento delle risorse umane necessarie alle attività progettuali

**È INDETTA**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE, PER I PROFILI DI SEGUITO INDICATI, DESTINATA A TUTTO IL PERSONALE DI RUOLO DELLA A.S.L. SALERNO A TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO:**

PER L'INDIVIDUAZIONE DI RISORSE UMANE NECESSARIE ALLE ATTIVITÀ PROGETTUALI IN AMBITO RIABILITATIVO DEL PROGETTO DI TELEASSISTENZA IN AMBITO RIABILITATIVO (DELIBERAZIONE N. 1839 DEL 29.12.2023)

**POSSONO PRESENTARE ISTANZA I DIPENDENTI DELLA A.S.L. SALERNO SE IN POSSESSO, PER I VARI PROFILI, DEI SEGUENTI REQUISITI MINIMI:**

**Profilo: Dirigente Medico, Esperto in Assistenza Riabilitativa o Cure Domiciliari**

principali attività: Direzione tecnica del Centro F.K.T. ed assistenza medica da remoto (Televisita, teleconsulto, teleconsulenza, etc.)

**Profilo: Fisioterapista Coordinatore**

principali attività: Arruolamento, presa in carico a domicilio degli utenti, addestramento dei pazienti ai sistemi di teleriabilitazione, attività di teleassistenza. Supporto logistico, organizzazione, supervisione e coordinamento delle attività sanitarie, turni di servizio di operatori e dei medici, sostituzione operatori, ecc. Gestione informatizzata delle prenotazioni, liste di attesa e report mensile delle attività.

**Profilo: Infermiere Coordinatore / Infermiere afferente alle Cure Domiciliari**

principali attività: Arruolamento, presa in carico a domicilio degli utenti e tele-nursing del paziente. Supporto logistico, organizzazione, supervisione e coordinamento delle attività sanitarie, turni di servizio, sostituzione operatori, ecc. Gestione informatizzata delle prenotazioni, liste di attesa e report mensile delle attività.

**Profilo: Fisioterapista / Logopedista**

principali attività: Presa in carico, elezione del paziente, esecuzione programma riabilitativo a domicilio, in house e a distanza, valutazione degli outcome. Gestione cartella clinica ed informatizzazione dati sanitari Mensile. Supporto logistico e reportistica mensile delle attività.

Nel merito, si rappresenta che:

- l'impegno a garantirsi da ogni professionista aderente al progetto è di circa n. 3 ore settimanali/bisettimanali da erogarsi all'interno di turni di servizio, fuori orario di servizio, presso la sede distrettuale di Salerno o a domicilio del paziente;
- è previsto utilizzo auto propria e rimborso spese per trasferimenti;
- per ciascun operatore è prevista la partecipazione obbligatoria ad attività formativa, in orario di servizio, della durata di circa 5 ore, in sede aziendale da definirsi;
- l'adesione da parte degli interessati dovrà pervenire, utilizzando l'apposito modello, unitamente a curriculum datato e firmato, inviato esclusivamente a mezzo mail aziendale (...@aslsalerno): al seguente indirizzo:

**teleriabilitazione@aslsalerno.it**

Le istanze saranno valutate in base ai seguenti criteri:

1. Anzianità di servizio nel ruolo;
2. Età anagrafica del candidato (a parità di anzianità nel ruolo è preferito il candidato più giovane)

#### COMPENSI ORARI

Attività	Qualifica operatori	Obiettivi individuali/responsabilità esecutiva	Retrib. Oraria
Direzione Tecnica	Dirigente Medico, Esperto in Assistenza Riabilitativa o Cure Domiciliari	1. Attività di Direzione tecnica del Centro FKT ed assistenza medica da remoto (Televisita, teleconsulto, teleconsulenza, etc.)	78,00 €
Coordinamento attività di FKT	Fisioterapista Coordinatore	1. Arruolamento e presa in carico utenti; 2. Organizzazione, supervisione e coordinamento delle attività sanitarie, turni di servizio degli operatori e dei medici , sostituzione operatori, ecc. 3. Gestione prenotazioni, liste di attesa e report mensile	34,32 €
Coordinamento attività Cure Domiciliari	Infermiere Coordinatore; Infermiere afferente alle Cure Domiciliari	1. Arruolamento e presa in carico del paziente 2. Organizzazione, supervisione e coordinamento delle attività sanitarie, turni di servizio, sostituzione operatori, ecc. 3. Gestione prenotazioni, liste di attesa e report mensile	34,32 €
Attività Riabilitativa	Fisioterapista	1. Presa in carico, elezione del paziente, esecuzione programma riabilitativo a domicilio, in house e a distanza, valutazione degli outcome; 2. Gestione cartella clinica ed informatizzazione dati sanitari; 3. Report mensile	30,89 €
	Logopedista	1. Presa in carico, elezione del paziente, esecuzione programma riabilitativo a domicilio utente, in house e a distanza, valutazione degli outcome 2. Gestione cartella clinica ed informatizzazione dei dati sanitari 3. Report mensile	30,89 €

IL DIRIGENTE RESPONSABILE  
U.O.S.D. RIABILITAZIONE E PROTESICA A.S.L. SALERNO  
RESPONSABILE PROGETTO AZIENDALE TELERIABILITAZIONE

FAC-SIMILE DOMANDA

**AL DIRETTORE GENERALE**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO VIA NIZZA,146**  
**84124 SALERNO**

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

C.F. \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, dipendente di ruolo presso questa Azienda Sanitaria  
Locale Salerno – assegnato funzionalmente alla macrostruttura

Unità Operativa \_\_\_\_\_

nella qualifica di \_\_\_\_\_.

**CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

PER L'INDIVIDUAZIONE DI RISORSE UMANE NECESSARIE ALLE ATTIVITÀ PROGETTUALI IN AMBITO RIABILITATIVO DEL PROGETTO DI TELEASSISTENZA IN AMBITO RIABILITATIVO (DELIBERAZIONE N. 1839 DEL 29.12.2023)

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per il caso di dichiarazione mendace e falsità in atti

**DICHIARA**

✓ di essere nato/ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

✓ di risiedere a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**OVVERO:**

✓ di essere in possesso della cittadinanza italiana

**OVVERO:**

di essere in possesso del seguente requisito sostitutivo della cittadinanza italiana \_\_\_\_\_(indicare);

✓ cittadinanza del seguente Stato membro dell'U.E. cittadinanza del seguente stato e possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, comma 1 e comma 3 bis del D. Lgs.vo 165/2001 e s.m.i.

✓ di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune \_\_\_\_\_

✓ di non essere iscritto nelle liste elettorali per le seguenti motivazioni ( \_\_\_\_\_ );

✓ di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso Pubblica Amministrazione;

✓ di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso;

**OVVERO:**

✓ di aver subito le seguenti condanne penali:

\_\_\_\_\_;

**OVVERO:**

✓ di avere i seguenti procedimenti penali in corso:

\_\_\_\_\_;

✓ di accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal presente Avviso di selezione.

✓ di allegare alla presente valido documento di identità e curriculum vitae aggiornato;

✓ di essere inquadrato nella qualifica di \_\_\_\_\_ profilo professionale di \_\_\_\_\_ disciplina di (solo dirigenza sanitaria) \_\_\_\_\_;

✓ di partecipare all'avviso di manifestazione di interesse per il profilo (segnare il profilo scelto) di:

**Dirigente Medico, Esperto in Assistenza, Riabilitativa o Cure Domiciliari;**

**Fisioterapista Coordinatore;**

**Infermiere Coordinatore/Infermiere afferente alle Cure Domiciliari;**

**Fisioterapista/Logopedista;**

*N.B.: i candidati hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente eventuali cambi di indirizzo alla ASL SALERNO, la quale non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità presso l'indirizzo comunicato.*

\_\_\_\_\_  
(luogo)

\_\_\_\_\_  
(data)

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso)

- allegato curriculum vitae
- documento di riconoscimento
- modello b

## modello b

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso/a al

### Progetto di Teleassistenza in ambito riabilitativo A.S.L. Salerno.

A tal fine dichiara:

#### Anagrafica:

Cognome e nome	
Nato il	
Codice Fiscale	
Residenza	
Località	

#### Contatti:

Telefono	
Mail aziendale	

#### Requisiti:

Qualifica	
Numero e Data iscrizione all'ordine	

#### Assegnazione di servizio

MACROCENTRO	
Unità Operativa	
Matricola	
Data prima assunzione	

Manifesto il mio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del GDPR 679/2016 (Regolamento europeo in materia di protezione

dei dati personali) per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Sono consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, attesta che le dichiarazioni contenute nella presente domanda sono sostitutive di certificazione ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 445/2000.

Dichiaro di accettare incondizionatamente tutte le clausole e le condizioni contenute nel bando.