



## RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO PER CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

**TITOLO:** Progetto finalizzato all'“Attività Istituzionale di assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari della città di Milano, in carico alla ASST Santi Paolo e Carlo, secondo il modello organizzativo previsto nella DGR X/4716/2016”. Medici Specialisti. **CODICE AVVISO: CARCERI-MEDSPEC-PR.2)**

**DESCRIZIONE:** I servizi sanitari penitenziari devono offrire in via continuativa numerose attività di tipo specialistico interne agli Istituti Penitenziari. La normativa regionale citata sottolinea l'importanza delle seguenti problematiche: salute mentale e prevenzione del rischio suicidario, malattie infettive, detenute e loro prole, patologie cardiache, patologie oncologiche

**UNITA' D'OFFERTA:** secondo il seguente schema per contratti libero professionali:

Unità minime richieste	Assistenza Medica Specialistica	BOLLATE	OPERA	SAN VITTORE	BECCARIA	TOTALE
		Ore Mensili				
1	Cardiologia	0	0	40	0	40
1	Chirurgia Generale	0	25	20	0	45
1	Dermatologia	8	0	0	0	8
1	Endocrinologia	16	15	24	0	55
1	Ginecologia	16	0	16	0	32
3	Infettivologia	120	120	120	30	390
2	Medicina Legale	30	30	30	30	120
1	Neurologia	10	15	24	0	49
1	*Oculistica	31	31	32	31	125
3	Odontoiatria	100	100	80	20	300
1	Ortopedia	14	30	16	0	60
1	ORL	8	0	0	0	8
1	Pediatria	8	0	8	0	16
1	Pneumologia	16	12	0	0	28
1	Urologia	8	10	16	0	34

\* Attività anche presso la UO Oculistica HSP

**FIGURA PROFESSIONALE SANITARIA RICHIESTA:** Medico specialista con obbligo d'iscrizione all'ordine

**Laurea:** Medicina e Chirurgia

**Specializzazione:** relativa specializzazione, anche equipollente, nell'area sopra indicata.

**Centro di costo a cui assegnare la risorsa:** La sede di prima e principale assegnazione sarà uno dei quattro Istituti Penitenziari facenti capo alla Direzione Medica Area Penitenziaria della ASST Santi Paolo e Carlo (CR Opera, CC San Vittore, CR Bollate, IPM Beccaria). Tale sede potrà variare a seconda delle necessità contingenti della ASST Stessa.

**CRITERI DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO PER VOLUMI E/O INDICATORI QUALITATIVI:**

X  accessi diurni secondo le esigenze di servizio.



## ASST Santi Paolo e Carlo

X  prestazioni necessarie secondo quanto previsto nel progetto e comunque programmate

X  disponibilità per ulteriori accessi a chiamata per consentire la flessibilità del servizio.

X  tariffe proposte: € 130 lordi per ogni accesso di 4 ore, per medico, finalizzate alla realizzazione delle attività progettuali.

Eventuale ulteriore attività prestata, darà luogo ad un compenso ulteriore proporzionato alla attività oraria effettuata. Eventuale riduzione della attività prestata, darà luogo ad una riduzione del compenso proporzionato alla attività oraria effettuata.

**PERIODO TEMPORALE DI DURATA DEL PROGETTO:** dalla data di stipula del contratto per anni 3 (tre).

**Modalità di finanziamento:** bilancio (Sanità penitenziaria);

Ai sensi dell'art. 7 comma 6 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. il Direttore del Dipartimento Gestionale e della S.C./S.S./S.S.D coinvolti con la presente attestano di aver preliminarmente accertato l'impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili nel Dipartimento e nella S.C./S.S./S.S.D interessati ai fini dello svolgimento/realizzazione del progetto di cui trattasi.

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO

S.C. Direzione Medica di Presidio Area Penitenziaria

F.to Dott. C. Lari

F.to Dott. G. L. Cattaneo

~~~~~  
parte riservata alla compilazione del **LIBERO PROFESSIONISTA** ( da allegare alla domanda di partecipazione)

**CODICE AVVISO:CARCERI-MEDSPEC-PR.2)**

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| COGNOME: _____ NOME: _____ NATO/A A: _____ ( ) IL _____                          |
| RESIDENTE A: _____                                                               |
| CODICE FISCALE: _____ QUALIFICA PROFESSIONALE: _____                             |
| DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO:                   |
| <input type="checkbox"/> circa n. _____ accessi settimanali - oppure             |
| <input type="checkbox"/> circa n. _____ prestazioni complessive annuali - oppure |
| <input type="checkbox"/> disponibilità per accessi a chiamata - oppure           |
| <input type="checkbox"/> tariffe proposte per ciascuna prestazione – oppure      |
| _____                                                                            |
| _____                                                                            |
| Data _____ IL PROFESSIONISTA (firma leggibile)                                   |

- Le modalità operative finalizzate all'esecuzione del progetto saranno oggetto di accordo con il Direttore del Dipartimento/UOC/S.S., Coordinatore sanitario di Istituto coinvolti, sulla base della proposta elaborata dal libero professionista.

- Il Direttore del Dipartimento/UOC/S.S., Coordinatore Sanitario di Istituto coinvolti nella realizzazione del progetto verificherà, con cadenza temporale prestabilita, lo stato di raggiungimento degli obiettivi prefissati dallo stesso, al fine di procedere alla corresponsione dei ratei spettanti al professionista relativamente all'attività prestata per il periodo di tempo oggetto di liquidazione.