Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Santi Paolo e Carlo

RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO PER CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

TITOLO: PREVENZIONE, PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE ORALE NEI SOGGETTI AFFETTI DA MALATTIE ONCOLOGICHE **CODICE AVVISO: TC-ODONTO II PR. 1)**

DESCRIZIONE: I tumori rappresentano nel nostro paese, e più in generale nei paesi industrializzati una patologia frequente e la seconda causa di morte. La terapia appropriata per il loro trattamento può prevedere procedure chemioterapiche e radioterapiche che spesso determinano effetti collaterali a livello del cavo orale. La prevenzione e la gestione di tali complicanze orali assume una valenza significativa nella cura globale dei pazienti oncologici. In particolare nei pazienti in attesa di trapianto d'organo, inoltre, si rende indispensabile una accurata preparazione odontoiatrica al fine di ridurre od azzerare le possibili complicanze orali nelle fasi più delicate del trattamento. Nei pazienti oncologici è necessario un intervento odontoiatrico preventivo, terapeutico e di follow-up ed a tal fine è essenziale un importante coinvolgimento ed una costante collaborazione delle Unità di Odontostomatologia delle ASST di Regione Lombardia, attività che si affianca all'usuale trattamento odontoiatrico in ambito ospedaliero previsto dalla normativa vigente.

UNITA' D'OFFERTA: n. **5** unità

FIGURA PROFESSIONALE SANITARIA RICHIESTA ODONTOIATRA, MEDICO ODONTOIATRA

Laurea: ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA, MEDICINA E CHIRURGIA (CON ABIITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE ODONTOIATRICA), con obbligo d'iscrizione all'Ordine professionale/abilitazione.

Altri requisiti: Pubblicazioni scientifiche nel settore specifico, eventuali corsi post-laurea, esperienza di formatore acquisita presso Università dell'Unione Europea, documentata attività pluriennale in ambito ospedaliero.

ESPERIENZE E COMPETENZE RICHIESTE: Per poter appropriatamente operare in questo settore si rende necessaria una consolidata esperienza professionale acquisita nei reparti ospedalieri di acclarata competenze nella gestione odontoiatrica del paziente oncologico. E' richiesta una approfondita conoscenza della gestione odontoiatrica dei soggetti in previsione di trattamento oncologico o già in trattamento oncologico. Conoscenza ed esperienza che vanno estese ai soggetti in trattamento con farmaci anti-riassorbitivi ed anti-angiogenici. Pluriennale attività in strutture Ospedaliera che operino anche nel settore della tutela della salute orale nei pazienti oncologici.

Centro di costo a cui assegnare la risorsa (sede di lavoro effettiva): SC ODONTOSTOMATOLOGIA II

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

□ n. 2 o 3 accessi settimanali (pari ad un minimo di **n. 15 ore settimanali**), per minimo n. 20 prestazioni settimanali e complessive **1000/1200** per singolo operatore annuali

COMPENSO FORFETTARIO LEGATO ALLA TIPOLOGIA DI FABBISOGNO: € 30,00/ora

PERIODO TEMPORALE DI DURATA DEL PROGETTO: dal 01/09/2021 al 31/08/2023.

Modalità di finanziamento (specificare se):

□ **Fondi SOLVENZA**

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.

Timbro e firma	Timbro e firma
IL DIRETTORE	IL RESPONSABILE
Dipartimento Testa Collo	S.C. Odontostomatologia II
Firmato Prof. G. Felisati	firmato Prof. A. Carrassi

IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO
Firmato dott. R. Baldelli

~~~~~~

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

CODICE AVVISO: TC-ODONTO II PR. 1)

COGNOME: ________________________ NOME: ____________________ NATO/A A: ____________________ (__) IL _________

RESIDENTE A:
____

CODICE FISCALE: ____________________________ QUALIFICA PROFESSIONALE:____

DESCRIZIONE DELLE MODALITA' DI SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO:

□ n. 2 o 3 accessi settimanali (pari ad un minimo di **n. 15 ore settimanali**), per minimo n. 20 prestazioni settimanali e complessive **1000/1200** per singolo operatore annuali

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. coinvolti, sulla base della proposta elaborata dal libero professionista.

- Il Direttore del Dipartimento/UOC/S.S. 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.
~~~~~~