

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**

*DSU VIBO VALENTIA
U.O.S.S. TUTELA ANZIANI E DISABILI*

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI RIABILITATIVI RELATIVI AI
“PROGETTI DI VITA”
AMBITI SOCIO ASSISTENZIALI DI VIBO VALENTIA, SERRA SAN BRUNO, E
SPILINGA.
INDIVIDUAZIONE PROFESSIONISTI IN:
“LOGOPEDIA, PSICOMOTRICITA’, TERAPISTI E ANALISTI METODO ABA
IN LIBERA PROFESSIONE.**

PREMESSO

- Che l’Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia intende garantire l’attuazione di trattamenti riabilitativi al fine di ricondurre il livello di erogazione dei livelli essenziali di assistenza agli standard di riferimento;
- Che l’Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia intende garantire l’attuazione degli interventi riabilitativi per le persone con disturbo dello spettro autistico, basati su evidenze riconosciute e condivise a livello internazionale e nazionali.
- Che nell’organico aziendale non è presente personale con specifica formazione ABA per il trattamento delle persone con disturbo dello spettro autistico e altre disabilità.
- Che l’ASP di Vibo Valentia non dispone di Centri Accreditati di cui all’ex art. 26 della legge 328/00, per il trattamento ABA.
- La necessità di creare un elenco di professionisti che rispondano ai criteri dettati dalla comunità scientifica, costantemente aggiornato per tenere conto degli sviluppi delle ricerche in questo campo e per accogliere altri professionisti in grado di effettuare “nuovi” trattamenti riconosciuti a livello internazionale e nazionale.

VISTE

- Le linee guida 21 “il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti” dell’Istituto Superiore di Sanità approvato dal DCA 256 del 07.12.2018 della Regione Calabria
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 Dicembre 2018, per la prioritaria attuazione dei Programmi operativi 2016-2018 nonché di tutti gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, ivi compresa l'adozione e l'attuazione dei Programmi Operativi (PO) 2019-2021, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari in particolare l’ Adozione di ogni necessaria iniziativa al fine di ricondurre il livello di erogazione dei livelli essenziali di assistenza agli standard di riferimento.

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**

*DSU VIBO VALENTIA
U.O.S.S. TUTELA ANZIANI E DISABILI*

SI BANDISCE

una manifestazione di interesse per soli titoli per creare un elenco da cui attingere professionisti in grado di erogare prestazioni che rispondano ai criteri di trattamenti riabilitativi per migliorare la qualità di vita.

DURATA E COMPENSO

La decorrenza degli incarichi di lavoro autonomo verrà fissata nei contratti individuali e potrà avere una durata massima di anni uno. A ciascun professionista verrà corrisposto un compenso annuale lordo onnicomprensivo, dietro presentazione di fattura elettronica, da liquidarsi in acconti bimestrali e, comunque, frazionabili su base mensile, per la durata dell'incarico se inferiore ad anni uno.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Per l'ammissione alla selezione i concorrenti debbono essere in possesso dei seguenti requisiti:

requisiti generali:

- a) cittadinanza italiana o di uno Stato membro dell'Unione Europea;
- b) di non essere dipendente di questa Azienda e di non intrattenere con la stessa rapporti di alcun tipo (convenzione, lavoro autonomo, ecc);
- c) di non trovarsi in situazione anche potenziale di conflitto di interessi con questa Azienda;
- d) di godere dei diritti civili e politici e di non essere stati esclusi dall'elettorato politico attivo;
- e) di non avere riportato condanne penali per uno dei reati che comportano il recesso da parte della P.A.;
- f) di non avere carichi pendenti;
- g) di non essere mai stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione, ovvero licenziati per avere conseguito l'impiego mediante la produzione di documenti falsi e, comunque, con mezzi fraudolenti;
- h) idoneità fisica allo svolgimento dell'attività oggetto dell'incarico in argomento;
- i) di non essere soggetti posti in quiescenza;

requisiti specifici

Logopedista

- Laurea triennale in Logopedia e/o equipollenti e affini (equipollenza o affinità da documentare a cura del candidato);
- Iscrizione all'Albo Professionale dell'Ordine dei _____ di _____ dal giorno _____ al numero _____;
- Documentata esperienza lavorativa presso soggetti pubblici o privati della CAA oppure apposita formazione nella tecnica;

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**

*DSU VIBO VALENTIA
U.O.S.S. TUTELA ANZIANI E DISABILI*

- Documentata esperienza nell'ambito delle disabilità presso strutture pubbliche o private o formazione specifica post universitaria;

Psicomotricista

- Laurea triennale in psicomotricità e/o equipollenti e affini (equipollenza o affinità da documentare a cura del candidato);
- Iscrizione all'Albo Professionale dell'Ordine dei _____ di _____ dal giorno _____ al numero _____;
- Documentata esperienza lavorativa presso soggetti pubblici o privati della CAA oppure apposita formazione nella tecnica;
- Documentata esperienza nell'ambito delle disabilità presso strutture pubbliche o private o formazione specifica post universitaria;

Terapista tecnico RBT metodo ABA

- Laureato triennale, magistrale o V.O. in psicologia, scienze dell'educazione, logopedia, neuropsicomotricità e figure professionali affini);
- Iscrizione al Registro Nazionale AssoTaba dei tecnici ABA dal giorno _____ al numero _____
- Possesso di master di I livello in Applied Behavior Analysis o frequenza (completa) di corso di alta formazione stesso ambito;
- Corso RBT con Assessment delle competenze e iscrizione ad un Registro italiano (ABA IT o SIACSA) o internazionale;
- Documentata esperienza nell'ambito dei disturbi dello spettro autistico e disabilità presso strutture pubbliche o private o formazione specifica post universitaria;

Analista ABA

- Laureato magistrale o V.O. in psicologia, scienze dell'educazione, figure professionali affini);
- Possesso di master di II livello in Applied Behavior Analysis;
- Iscrizione ad un Registro italiani (ABA IT o SIACSA) o internazionali (BOARD) con titolo di BCBA;
- Documentata esperienza nell'ambito dei disturbi dello spettro autistico e disabilità presso strutture pubbliche o private o formazione specifica post universitaria.

Il mancato possesso anche di uno soltanto dei requisiti generali o specifici sopra indicati comporta l'esclusione dalla selezione; gli stessi devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande e mantenuti al momento della stipula del contratto di lavoro autonomo.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE: TERMINE E MODALITA'

La domanda di partecipazione alla selezione, deve essere compilata e inviata a mezzo PEC: aspvibovalentia@pec.it oppure tramite sportello del Protocollo Generale ASP Vibo Valentia a pena di esclusione, entro il 13° (decimo) giorno successivo alla data di pubblicazione del presente

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**

*DSU VIBO VALENTIA
U.O.S.S. TUTELA ANZIANI E DISABILI*

bando integrale di concorso sul sito web aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente- sub sezione di primo livello “**Bandi di concorso**”.

F.to Il Commissario Straordinario
Avv. Giuseppe Giuliano

**Il termine per la presentazione della domanda scade il giorno
5 agosto 2022.**

ALLEGATO: FAC-SIMILE ISTANZA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

SPETT.LE
ASP VIBO VALENTIA
aspvibovalentia@pec.it

Oggetto: ISTANZA PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI RIABILITATIVI RELATIVI AI "PROGETTI DI VITA" AMBITI SOCIO ASSISTENZIALI DI VIBO VALENTIA, SERRA SAN BRUNO, E SPILINGA. INDIVIDUAZIONE PROFESSIONISTI IN LOGOPEDIA, PSICOMOTRICITA', TERAPISTI E ANALISTI METODO ABA IN L IBERA PROFESSIONE.

Il sottoscritto nato il a e residente
in via n. codice fiscale.....
email.....pec.....
.....partita
IVA n.

Per ogni comunicazione relativa a chiarimenti e per le verifiche previste dalla normativa vigente:

Domicilio eletto: via n. Località CAP
..... telefono e-mail (PEC)

sotto la propria responsabilità – a norma degli articoli 46-47 del DPR 28.12.2000 n. 445 - e
nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti sono punite ai sensi del
Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000),

MANIFESTA

il proprio interesse a partecipare alla selezione per il ruolo professionale di:

- Logopedia**
- Psicomotricità**
- Terapista metodo ABA**

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**

*DSU VIBO VALENTIA
U.O.S.S. TUTELA ANZIANI E DISABILI*

Analista del comportamento metodo ABA

DICHIARA

Di essere in possesso del Titolo di studio

Conseguito presso _____

In data _____ con votazione _____

di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine dei _____ dal giorno
_____ al numero _____ o al Registro Nazionale

_____;

Specializzazioni: _____

Eventuali abilitazioni ed iscrizioni ad Albo:

Dichiara inoltre:

1) che non sussistono motivi ostativi all'esercizio della libera professione e di non aver riportato, se iscritto ad ordine professionale o albo, sanzioni disciplinari;

2) di godere dei diritti civili e politici;

3) di non essere destinatario di misure di prevenzione

4) di non aver subito condanne penali e/o di non avere procedimenti penali in corso;

5) di non essere stato destituito, dispensato o licenziato dall'impiego presso una pubblica amministrazione per persistente insufficiente rendimento e di non essere stato dichiarato decaduto o licenziato da un impiego pubblico per averlo conseguito mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

6) di non trovarsi in alcuna delle condizioni di divieto a contrattare con la Pubblica Amministrazione e, in particole di non trovarsi nella situazione di divieto a contrattare con la Pubblica Amministrazione di cui all'art. 53, comma 16-ter, del Decreto Legislativo n. 165/2001

7) di non trovarsi in alcuna delle situazioni previste dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012, n. 190");

8) che il Curriculum Vitae allegato è autentico e veritiero;

9) di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679;

10) di impegnarsi a comunicare tutte le variazioni relative al possesso di requisiti di accesso previsti nel presente avviso pubblico e nel Regolamento per il conferimento di incarichi di collaborazione esterna.

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**

*DSU VIBO VALENTIA
U.O.S.S. TUTELA ANZIANI E DISABILI*

Allega:

Curriculum Vitae debitamente sottoscritto

Copia carta d'identità e tessera sanitaria

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà'

luogo, data _____

Firma

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)**

Il sottoscritto

_____ nato a _____ () il

_____ ,

residente a _____ ()

in

_____ codice fiscale

_____ in qualità di

_____ consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n . 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445;

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000;

sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Firma

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**

*DSU VIBO VALENTIA
U.O.S.S. TUTELA ANZIANI E DISABILI*

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.