



## AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER LA STIPULA DI UNA CONVENZIONE CON CENTRI O ISTITUTI PUBBLICI O PRIVATI

per l'esecuzione di prestazioni relative alle attività connesse al programma di assistenza, ricerca e collaborazione professionale per l'attuazione e la supervisione dell'iter psicologico, diagnostico e terapeutico, per la durata di anni due, da svolgersi presso il Servizio di Adeguamento tra Identità Fisica ed Identità Psicica (SAIFIP) della U.O.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, in attuazione della deliberazione n. 1371 del 25.1.2020

DATA DI PUBBLICAZIONE 8 OTT. 2020  
SCADENZA TERMINI 12.2 OTT. 2020

Il Protocollo Tecnico prevede il seguente tipo di prestazione:

|  |  |
|--|--|
| Relazione psicodiagnostica sulle condizioni psicofisiche ai fini della rettificazione anagrafica chirurgia di sesso (Legge 164/82)                   | Costo a carico dell'utenza attraverso ticket aziendale (codice LPS 33.5) |
| Counselling individuali, familiari, di coppia e di gruppo per disfonia di genere.  | Costo a carico dell'utenza attraverso ticket aziendale (codice LCP 63)   |
| Colloqui psicologici clinici durante il ricovero   | A titolo volontario da parte degli operatori psicologi/psicoterapeuti    |
| Consulenza ad operatori della U.O.C. di Chirurgia Plastica, dei servizi socio-sanitari (ASL e Municipi) ed all'interno delle istituzioni scolastiche | A titolo volontario da parte degli operatori psicologi/psicoterapeuti    |
| Attività di segreteria e di coordinamento delle attività cliniche  | A titolo volontario da parte degli operatori psicologi/psicoterapeuti    |
| Sportello Informativo aperto 5 ore a settimana, per contatto sia personale che telefonico  | A titolo volontario da parte degli operatori psicologi/psicoterapeuti    |
| Raccolta e analisi dati per ricerche scientifiche sul tema in collaborazione con Università e Istituti di Ricerca                                    | A titolo volontario da parte degli operatori psicologi/psicoterapeuti    |
| Riunioni di equipe per discussione casi clinici  | A titolo volontario da parte degli operatori psicologi/psicoterapeuti    |
| Supervisioni di equipe in gruppi Balint  | A titolo volontario da parte degli operatori psicologi/psicoterapeuti    |

**Corrispettivo per le attività:** L'Azienda corrisponderà, a fronte dell'attività prestata, un compenso lordo pari al 85% dei ricavi delle tariffe aziendali applicate alle singole prestazioni ambulatoriali individuate nelle deliberazioni n. 1091/2012 e n. 1516/2012.

L'Azienda tratterà il restante 15% dei ricavi delle tariffe aziendali applicate in osservanza con le linee guida recate dal DGR 114/2008, in merito ad attività di prestazioni ambulatoriali.

**Soggetti ammissibili:** Centri o Istituti pubblici o privati.

**Durata della convenzione:** anni due, a decorrere dalla data di stipula della convenzione.

**Criteri di valutazione:** esperienze maturate in attività oggetto del presente avviso.

**Domanda di ammissione:** Gli interessati dovranno inoltrare domanda al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, entro il quindicesimo giorno dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Sito Internet Aziendale secondo le seguenti modalità:

- spedizione tramite raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini. Le domande si considerano prodotte in tempo utile se inviate entro il termine indicato. A tal fine fanno fede il timbro e la data dell'ufficio postale accettante;
- consegna presso il Protocollo Generale dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Circonvallazione Gianicolense, 87-00152 Roma, dalle ore 8,30 alle ore 13,00 dal lunedì al venerdì.

**Gli interessati devono inoltre:**

-indicare il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere data ogni necessaria comunicazione relativa alla selezione, comprensivo del codice di avviamento postale, nonché l'eventuale recapito telefonico;

-esprimere il proprio assenso all'utilizzo dei dati personali forniti per le finalità inerenti la stipula della convenzione.

Il termine stabilito per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio, e, pertanto, non saranno prese in considerazione le domande che, per qualsiasi ragione, non esclusa la forza maggiore, vengano consegnate oltre il termine stesso.

L'Azienda si riserva la facoltà di riaprire i termini, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, o parte di esso, qualora ne rivelasse la necessità e l'opportunità, per ragioni di pubblico interesse o disposizioni di legge, senza che per i concorrenti insorga alcuna pretesa o diritto.

**Trattamento dei dati personali:**

Ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679, i dati personali forniti dai partecipanti con le domande di partecipazione alla selezione, saranno raccolti presso la Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, titolare del trattamento, e saranno trattati per le sole finalità connesse alla stipula della convenzione in oggetto.

Per informazioni è possibile rivolgersi alla Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini - Circonvallazione Gianicolense n. 87-00152 Roma, Tel. 0655552510-2533.

Il Direttore Generale  
Dott. Fabrizio d'Alba

Sede Legale: Circonvallazione Gianicolense, 87 – 00152 Roma / C.F. e P.I. 04733051009

e-mail: [Affarigenerali@scf.gov.it](mailto:Affarigenerali@scf.gov.it) - tel: 06 58702396 - fax: 06 58702423

**AVVISO DI SELEZIONE PUBBLICA PER LA STIPULA DI UNA CONVENZIONE PER PRESTAZIONI RELATIVE ALLE ATTIVITA' CONNESSE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA, RICERCA E COLLABORAZIONE PROFESSIONALE PER L'ATTUAZIONE E LA SUPERVISIONE DELL'ITER PSICOLOGICO, DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO, DA SVOLGERSI PRESSO IL SERVIZIO DI ADEGUAMENTO TRA IDENTITÀ FISICA ED IDENTITÀ PSICHICA (SAIFIP) DELLA U.O.C. CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA.**

SCHEMA DI DOMANDA

Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini  
Circonvallazione Gianicolense n. 87  
00152 Roma

Il sottoscritto.....nato il.....  
a..... residente in.....in qualità di legale  
rappresentante del.....con sede legale  
in.....

CHIEDE

di partecipare all'avviso di selezione pubblica per la stipula di una convenzione con centri o istituti pubblici o privati per l'esecuzione di prestazioni relative alle attività connesse al programma di assistenza, ricerca e collaborazione professionale per l'attuazione e la supervisione dell'iter psicologico, diagnostico e terapeutico, da svolgersi presso il Servizio di Adeguamento tra Identità Fisica ed Identità Psicica (SAIFIP) della U.O.C. di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, il possesso dei requisiti e dell'esperienza mediante allegata autocertificazione debitamente sottoscritta.

Dichiara, altresì, di essere consapevole della veridicità della presente dichiarazione ed a conoscenza delle sanzioni penali di cui agli artt.75 e 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci.

Data

In fede

Allegare copia del documento d'identità del dichiarante.