



riferimento 171 CCH

**AVVISO PUBBLICO**  
**PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO LIBERO-PROFESSIONALE**

**SI RENDE NOTO**

In attuazione alla determinazione del Direttore della S.C. Risorse Umane e relazioni sindacali n. 333 del 30.09.2011 esecutiva ai sensi di legge, si procederà all'assegnazione:

**N°1 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA**  
**SPECIALIZZATO IN CARDIOCHIRURGIA**

Presso la S.C. Cardiocirurgia, della durata di 12 mesi, per la collaborazione al progetto: "POD Ospedalizzazione domiciliare post-cardiocirurgica" per la quale si prevedono n. 3 accessi domiciliari, mediante lo svolgimento delle seguenti attività secondo il programma indicato dal Direttore della citata S.C.:

- arruolamento del Paziente candidabile al percorso riabilitativo;
- corretta ed esaustiva informazione sulle modalità del percorso clinico, durata ed obiettivi e rilascio del consenso informato;
- istruzione del Paziente sull'utilizzo del dispositivo portatile di registrazione elettrocardiografica consegnato all'inizio del percorso;
- comunicazione telefonica e via fax preliminare con un Centro Servizi (operativo 24 ore su 24) sull'avvenuto arruolamento del Paziente, segnalandone le generalità, la tipologia di intervento cardiocirurgico cui è stato sottoposto, la data di inizio e fine del ciclo e le corrette modalità del percorso (accessi domiciliari del personale medico/paramedico, contatti telefonici programmati con il Paziente, date di invio dell'elettrocardiogramma dal domicilio del Paziente);
- consegna al Paziente, all'inizio del percorso, di un questionario di soddisfazione, che verrà compilato dal Paziente stesso e poi riconsegnato al Medico al termine del periodo riabilitativo;
- un accesso domiciliare minimo a settimana, per la visita medica generale, il controllo delle ferite chirurgiche (la cui gestione viene fatta insieme con l'Infermiere coinvolto nel percorso), il controllo e l'eventuale adeguamento della terapia farmacologica;
- compilazione ed aggiornamento continuo di un database clinico, comprendente i dati generali del Paziente assistito, le copatologie, il tipo di intervento cardiocirurgico cui è stato sottoposto, il decorso post-operatorio durante il ricovero ospedaliero, la terapia farmacologica (all'inizio e alla fine del ciclo e le eventuali modifiche durante il percorso riabilitativo), l'esito delle visite mediche effettuate al domicilio (specificandone la data e la durata), eventuali complicanze durante il percorso, eventuali cause dell'interruzione del percorso o dell'accesso del Paziente nel Pronto Soccorso, esami strumentali effettuati, contatti telefonici (programmati o non) con il Paziente (data e durata);
- gestione dei contatti telefonici bi-settimanali con il Paziente, attraverso l'intermediazione del Centro Servizi;
- raccolta e refertazione del tracciato elettrocardiografico inviato dal Paziente al domicilio (monotraccia) e dall'Infermiere (12 derivazioni);
- coordinamento delle attività dell'Infermiere e del Fisioterapista coinvolti, allo scopo di garantire la gestione completa ed ottimale del Paziente durante tutto il periodo di riabilitazione domiciliare;
- dimissione del Paziente al termine del ciclo, previo accesso in Ospedale, per favorire l'esecuzione di esami strumentali specifici richiesti dal protocollo (RX Torace, Ecocardiogramma, spirometria, test del cammino) e la visita medica conclusiva.

Per un compenso complessivo lordo di € 6.000,00.=

Per essere ammessi al presente avviso, pena l'esclusione, i candidati dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:

- ↪ Cittadinanza Italiana o cittadinanza di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
- ↪ Laurea in Medicina e Chirurgia;
- ↪ Specializzazione in Cardiocirurgia;



- ↪ Abilitazione alla professione;
- ↪ Iscrizione all'albo.

Detti requisiti devono essere posseduti alla data di presentazione della domanda di ammissione.

La domanda di partecipazione redatta in carta semplice dovrà pervenire al Protocollo Generale – Area Ingresso – Padiglione 1 (orario dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 16.00) (P.zza Ospedale Maggiore, 3 – 20162 Milano)

entro le ore **12.00** del **19.10.2011** a pena di esclusione.

Qualora detto giorno sia festivo, o cada di Sabato, il termine è prorogato alla stessa ora del primo giorno successivo non festivo.

A tal fine si precisa che non fa fede il timbro dell'ufficio postale accettante e che non verranno ritenute valide le domande pervenute via fax o via e-mail.

Nella domanda stessa gli aspiranti dovranno indicare sotto la propria responsabilità:

- a. Le proprie generalità, la data ed il luogo di nascita, la residenza, il godimento dei diritti civili e politici ed il recapito eletto ai fini delle comunicazioni;
- b. il possesso della cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, o di cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
- c. il Comune nelle cui liste elettorali risulti iscritto, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- d. le eventuali condanne riportate ovvero di non aver riportato condanne penali;
- e. i titoli di studio posseduti, con indicazione della data e dell'istituto presso il quale sono stati conseguiti;
- f. il possesso dei requisiti specifici di ammissione, di cui al presente bando;
- g. il possesso della specializzazione ove necessaria.

Il candidato deve, inoltre, impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni eventuale cambiamento della propria residenza o del recapito sollevando l'Azienda da ogni responsabilità in caso di irreperibilità presso l'indirizzo indicato.

**Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 non è richiesta l'autenticazione della firma in calce alla domanda.**

**Alla domanda di partecipazione gli aspiranti devono allegare tutte le certificazioni relative ai titoli che ritengono opportuno presentare ivi compreso un curriculum formativo e professionale, datato e firmato, e fotocopia della carta d'identità.**

In luogo alle certificazioni rilasciate dall'autorità competente, il candidato può presentare una **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà per tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nell'elenco di cui all'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 (attività di servizio, borse di studio, incarichi libero-professionali, docenze, conformità agli originali di copie obbligatoriamente allegate per quanto riguarda partecipazione a corsi, convegni o seminari, pubblicazioni, comunicazioni a convegni, abstract, etc.)**

La dichiarazione resa dal candidato, in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione, deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che si intende produrre; l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato.

Con particolare riferimento al servizio prestato, la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà deve contenere l'esatta denominazione dell'ente, la qualifica, il tipo di rapporto di lavoro (a tempo pieno, a tempo



Azienda Ospedaliera

**Ospedale Niguarda Ca' Granda**

definito, a tempo parziale), le date di inizio e di conclusione del servizio, nonché le eventuali interruzioni (aspettative, sospensioni, ecc...) e quant'altro necessario per valutare il servizio stesso.

In caso di accertamento di indicazioni non rispondenti a veridicità, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa.

### **VALUTAZIONE DEI TITOLI E DELLE DOMANDE**

I titoli e le domande saranno valutati dall'apposita Commissione Esaminatrice che dovrà tenere presente, in particolare, i seguenti criteri:

- **particolare rilevanza all'esperienza maturata nell'ambito delle attività indicate nel bando;**
- attitudini e/o esperienze risultanti dal curriculum;
- eventuali interdisciplinarietà connesse con l'oggetto dell'incarico;
- opportunità di promuovere giovani professionalità;
- altri elementi di giudizio che la Commissione ritiene importanti.

La Commissione, ove ritenga opportuno, potrà procedere ai fini della comparazione ad un colloquio con i singoli candidati.

### **CONFERIMENTO DELL'INCARICO**

Il conferimento dell'incarico al singolo professionista sarà formalizzato all'interno di apposito contratto secondo quanto previsto nel regolamento aziendale che sarà sottoscritto sia dal Direttore della S.C. Risorse umane e relazioni sindacali, su delega resa dal Direttore Generale di quest'Azienda Ospedaliera che dal singolo incaricato.

L'accertamento dell'idoneità fisica allo svolgimento dell'incarico è effettuato a cura dell'Azienda Ospedaliera.

### **NORME DI RINVIO**

La partecipazione all'avviso comporta l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente bando, di quelle previste dal Regolamento aziendale per il conferimento di incarichi individuali, dal Codice etico (visionabile sul sito dell'Ospedale: [www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it)) che unitamente al Modello Organizzativo aziendale costituiscono, insieme, il Codice etico-comportamentale, nonché dal Codice Civile.

L'Azienda Ospedaliera si riserva ogni più ampia facoltà in ordine alla possibilità di modificare, sospendere, annullare o revocare il presente avviso o parte di esso nonché in ordine alla proroga o alla sospensione dei termini dello stesso.

Per le informazioni necessarie rivolgersi alla S.C. Risorse umane e relazioni sindacali – Ufficio Contratti atipici di questa Azienda Ospedaliera - referenti: sig.ra D'Auria Assunta tel. 02 6444.4589.

Per Delega del Direttore Generale  
Il Direttore della S.C. Risorse Umane  
e Relazioni Sindacali  
(Dr.ssa Simona Girolidi)

AL DIRETTORE GENERALE  
Azienda Ospedaliera  
"Ospedale Niguarda Ca' Granda"  
P.zza Ospedale Maggiore, 3  
20162 MILANO

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

indicare riferimento bando n. 171 CCH

valevole come dichiarazione sostitutiva di certificazione e notorietà  
ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammesso all'Avviso Pubblico per il conferimento di INCARICHI INDIVIDUALI LIBERO –  
PROFESSIONALI di .....

a tal fine consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/00)

### DICHIARA


(Barrare le caselle corrispondenti)

- di essere nata/o a ..... il .....
- di essere residente nel Comune di .....  
in Via/P.za ..... n .....
- di essere cittadina/o .....
- di godere dei diritti civili e politici;
- di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari:  
 *in attesa di chiamata; in servizio di leva; dispensato; esonerato ; congedato;*
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di:  
.....

ovvero di non essere iscritto nelle liste elettorali per il seguente motivo:

.....

 di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:

 **diploma di laurea in** ..... conseguito il .....  
presso .....

 **abilitazione all'esercizio della professione di** .....  
.....

 **iscrizione all'albo dell'ordine n.**..... **della Provincia di**  
..... dal .....

 **diploma di specializzazione in**.....  
conseguito il ..... presso .....  
**durata legale del corso (espressa in anni)** .....


La specializzazione è conseguita ai sensi del D.Lgs 368/99 **(barrare la casella)**

**SI**  **NO**

 di possedere il seguente numero di codice fiscale .....

 di possedere il seguente numero di partita IVA .....

 **di essere esente da patologie o problematiche fisiche che possono influire negativamente nello svolgimento dell'incarico**

 **di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando in merito alla gestione della procedura e agli adempimenti conseguenti**

Ogni comunicazione relativa al presente avviso deve essere fatta al seguente indirizzo:

**COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_

**VIA** \_\_\_\_\_ **N.** \_\_\_\_\_

**CAP** \_\_\_\_\_ **CITTA'** \_\_\_\_\_ **PROV.** \_\_\_\_\_

**Recapiti telefonici** \_\_\_\_\_ **indirizzo mail** \_\_\_\_\_

Al fine della valutazione di merito, il/la sottoscritto/a presenta n. \_\_\_\_\_ titoli ed un curriculum formativo e professionale in formato europeo redatto su carta semplice datato e firmato.

Tutti i documenti e titoli presentati indicati nell'allegato elenco redatto in carta semplice sono conformi agli originali in mio possesso.

Con la presente autorizzo codesta amministrazione al trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.Lgs. N. 196/2003, in relazione alla presente procedura.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

All. Copia carta identità  
All. certificazione sostitutiva di notorietà per corsi e pubblicazioni  
All. Copie titoli di studio con votazioni

