

**Scadenza ore 12.00 del 20.04.2015**

Si rende noto che a' sensi della deliberazione del Direttore Generale n. 119 del 12.02.2015 è indetto:

**BANDO DI AVVISO PUBBLICO PER TITOLI E COLLOQUIO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO QUINQUENNALE DI DIRIGENTE MEDICO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA IN DISCIPLINA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE AREA DELLA MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI PER LA S.C. NEURORIANIMAZIONE**

Il suddetto incarico sarà conferito in conformità alle disposizioni previste dall'art.15 ter comma 2 del D.Lgs.502/92 e s.m.i., dal D.P.R. 484/1997, dalla Legge 189/2012 e dalla D.G.R. Lombardia n. X/553 del 02.08.2013.

**DESCRIZIONE DEL FABBISOGNO**

- a) sotto il profilo oggettivo, declinato sulla base del governo clinico e delle caratteristiche organizzative e tecnico-scientifiche;
- b) sotto il profilo soggettivo, declinato sulla base delle competenze professionali e manageriali, delle conoscenze scientifiche e delle attitudini ritenute necessarie per assolvere in modo idoneo alle relative funzioni.

*La definizione del profilo professionale che caratterizza la struttura, sotto il profilo oggettivo e soggettivo è allegato quale parte integrante e sostanziale al presente bando, pubblicato sul sito internet aziendale [www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it).*

**REQUISITI GENERALI DI AMMISSIONE**

All'avviso possono partecipare candidati di entrambi i sessi (Legge 125/91), in possesso dei seguenti requisiti:

- a) cittadinanza italiana, fatte salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti o della cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea;
- b) idoneità fisica all'impiego. L'accertamento dell'idoneità fisica all'impiego è effettuato a cura dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda" prima dell'immissione in servizio;
- c) godimento dei diritti civili e politici.  
Non possono accedere al posto coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo e coloro che siano stati destituiti o dispensati dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione.

### **REQUISITI SPECIFICI DI AMMISSIONE:**

Ai sensi dell'art. 5 del DPR 10.12.1997, n. 484. l'accesso all'incarico di direzione di struttura complessa, è riservato a coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti:

- A) diploma di laurea in medicina e chirurgia e abilitazione all'esercizio della professione;
- B) iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi;
- C) anzianità di servizio di sette anni, di cui cinque nella disciplina oggetto dell'avviso o in una disciplina equipollente e specializzazione nella disciplina o in una disciplina equipollente;
- D) curriculum professionale ai sensi dell'art.8 del DPR 484/97, in cui sia documentata una specifica attività professionale ed adeguata esperienza, ai sensi dell'art. 6 del suddetto DPR.  
Fino all'emanazione dei provvedimenti previsti dall'art. 6 comma 1 del citato DPR 484/97 per l'incarico di direzione di struttura complessa si prescinde dal requisito della specifica attività professionale;
- E) attestato di formazione manageriale. Ai sensi dell'art.15, comma 8, del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i. l'attestato di formazione manageriale deve essere conseguito entro un anno dall'inizio dell'incarico; il mancato superamento del primo corso, attivato dalla Regione successivamente al conferimento dell'incarico, determina la decadenza dall'incarico stesso.

I requisiti di cui sopra devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione delle domande di ammissione.

A seguito della legge n. 127/1997, la partecipazione ai concorsi indetti da pubbliche amministrazioni non è soggetta a limiti di età, fatto salvo quanto previsto dalla circolare n. 1221/1996.

### **CONTENUTO E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:**

Le domande di partecipazione all'avviso, da formularsi in carta semplice secondo il modello allegato dovranno pervenire **entro le ore 12,00 del trentesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, pena esclusione dalla procedura.**

**La domanda potrà essere presentata con le seguenti modalità:**

- **consegna diretta** all'Ufficio Protocollo (Area Ingresso – Pad. 1 – Piano rialzato) dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda" - P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano;
- **a mezzo del servizio postale:** le domande di partecipazione all'avviso si considerano prodotte in tempo utile se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine di scadenza fissato dal bando; a tal fine fa fede il timbro dell'Ufficio postale accettante comprovante la data e l'ora della spedizione;
- **mediante posta elettronica certificata da inviare al seguente indirizzo pec:**  
[postacertificata@pec.ospedaleniguarda.it](mailto:postacertificata@pec.ospedaleniguarda.it). Anche in tal caso, la domanda dovrà pervenire entro le ore 12,00 del giorno di scadenza del bando (pena esclusione dalla procedura).  
La validità dell'invio telematico è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) personale; non sarà ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria del candidato o di altra persona, anche se indirizzata alla suindicata casella PEC dell'Azienda Ospedaliera. L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati, in un unico file in formato PDF, deve avvenire tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) personale del candidato, esclusivamente all'indirizzo mail sopra indicato, entro la scadenza del bando.

A tal fine, sono consentite le seguenti modalità di predisposizione dell'unico file PDF da inviare, contenente tutta la documentazione che sarebbe stata oggetto dell'invio cartaceo:

- sottoscrizione con firma digitale del candidato, con certificato rilasciato da un certificatore accreditato;

oppure

- sottoscrizione della domanda con firma autografa del candidato e scansione della documentazione (compresa scansione fronte/retro di un valido documento di identità).

Le domande inviate ad altra casella di posta elettronica dell'Azienda Ospedaliera non verranno prese in considerazione.

Nella PEC di trasmissione della domanda, l'oggetto dovrà chiaramente indicare gli estremi dell'avviso pubblico al quale si chiede di partecipare, nonché il nome e cognome del candidato.

L'invio tramite PEC, come sopra descritto, sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale.

In caso di utilizzo del servizio di PEC per l'invio della domanda, questo equivale automaticamente ad elezione di domicilio informatico per eventuali future comunicazioni relative all'avviso pubblico di cui al presente bando da parte dell'A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda" nei confronti del candidato.

Le suddette modalità di trasmissione elettronica della domanda e della documentazione di ammissione all'avviso per il candidato che intenda avvalersene, si intendono tassative.

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; non si terrà conto di eventuale documentazione che pervenga oltre la scadenza del bando stesso.

L'Amministrazione dell'Azienda Ospedaliera declina sin da ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'Amministrazione stessa.

Con la presentazione della domanda di partecipazione all'avviso il candidato acconsente alla pubblicazione nel sito internet aziendale del proprio curriculum in applicazione dell'art.15, comma 7 bis, lett.d) del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

Nella domanda, compilata secondo il modello allegato, gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità:

- nome, cognome e codice fiscale;
- la data, il luogo di nascita e la residenza;
- il possesso della cittadinanza italiana salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti o della cittadinanza di uno dei paesi dell'Unione Europea;
- il comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- le eventuali condanne penali riportate;
- il possesso dei requisiti specifici (laurea in medicina e chirurgia ed abilitazione all'esercizio della professione, iscrizione all'Ordine dei Medici, specializzazione, anzianità di servizio, attestato di formazione manageriale);
- l'assenza di dispensa o licenziamento da una pubblica amministrazione;
- la posizione nei riguardi degli obblighi militari;
- il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere fatta ogni necessaria comunicazione. In assenza di tale indicazione le comunicazioni saranno effettuate presso la residenza indicata;
- il consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003).

**La domanda deve essere firmata, pena esclusione dalla procedura.**

Ai sensi del 5° comma dell'art. 3 della Legge 127/97 non è prevista l'autentica della firma in calce alla domanda.

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

- un **curriculum formativo e professionale** redatto su carta semplice, datato e firmato, concernente le attività professionali, di studio e direzionali - organizzative,  
Il curriculum dovrà essere redatto secondo il modello allegato ed i suoi contenuti, ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. n. 484/97 devono far riferimento:
  - a) alla tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime (da documentarsi mediante atto rilasciato dalla Direzione Sanitaria dell'Azienda ove il servizio è stato prestato);
  - b) alla posizione funzionale del candidato nelle strutture ed alle sue competenze con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione;
  - c) alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato (da documentarsi mediante atto rilasciato dal Direttore Sanitario d'Azienda sulla base della attestazione del Direttore del Dipartimento o S.C. dell'Azienda Ospedaliera);
  - d) ai soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a tre mesi con esclusione dei tirocini obbligatori;
  - e) alla attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, laurea o specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione delle ore annue di insegnamento;
  - f) alla partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari anche effettuati all'estero, valutati secondo i criteri di cui all'art. 9 del DPR 484/97, nonché alle pregresse idoneità nazionali;
- **Le pubblicazioni scientifiche.** Possono essere prodotte in originale o in copia corredata da dichiarazione sostitutiva di notorietà che ne attesti la conformità all'originale. Allo scopo può essere utilizzata la dichiarazione sostitutiva allegata al presente bando.  
E' valutata la produzione scientifica strettamente pertinente alla disciplina oggetto dell'avviso, edita su riviste italiane e straniere, caratterizzata da criteri di filtro dell'accettazione dei lavori, nonché dal suo impatto sulla comunità scientifica.  
Deve essere presentato:
  - un elenco cronologico delle pubblicazioni ove saranno evidenziate quelle ritenute più significative riferite all'ultimo decennio dalla data di pubblicazione del presente bando sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana,
  - un elenco separato delle pubblicazioni indicizzate;
- **Le certificazioni e i titoli ritenuti utili agli effetti della valutazione di merito:** i titoli possono essere prodotti in originale o in copia corredata da dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà che ne attesti la conformità all'originale o autocertificati a' sensi di legge (DPR 445/2000).
- Devono essere **prodotte in originale:**
  - a) la tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività ed alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime,
  - b) la tipologia quali-quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato, nel decennio precedente alla data di pubblicazione del presente avviso e certificate dal Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria di appartenenza;
- La **ricevuta** comprovante l'eseguito versamento della tassa di concorso - non rimborsabile - di €. 15,00. Il versamento può essere effettuato tramite:
  - il Tesoriere dell'Azienda ospedaliera (UBI Banca Popolare Commercio e Industria – IBAN: IT34M0504801798000000038085)
  - il bollettino di C/C postale n. 13737200 intestato all'Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Cà Granda" di Milano – servizio tesoreria - P.zza Ospedale Maggiore, 3 – 20162 Milano – specificando la causale: "tassa di partecipazione all'avviso per il conferimento di incarico quinquennale di direttore di S.C."

- Un **elenco**, in carta semplice, dei documenti e dei titoli presentati;
- una **copia fotostatica di valido documento di identità**.

Le dichiarazioni sostitutive devono, in ogni caso, contenere tutti gli elementi e le informazioni necessarie previste dalla certificazione cui si riferiscono.

Nelle autocertificazioni/certificazioni del servizio devono essere indicate le posizioni funzionali o le qualifiche attribuite, le discipline nelle quali il servizio è stato prestato, nonché le date iniziali e finali dei relativi periodi di attività.

Si precisa che a' sensi dell'art. 40 comma 1 del DPR 445/2000 così come modificato dall'art. 15 della Legge 183/2011 le certificazioni rilasciate da Pubbliche Amministrazioni non possono essere prodotte agli organi della Pubblica Amministrazione o a privati gestori di pubblici servizi. Conseguentemente le Pubbliche Amministrazioni non possono più richiederle né accettarle.

In relazione a quanto sopra il candidato dovrà produrre, in luogo delle predette certificazioni, esclusivamente "dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di notorietà" di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000.

Non è ammessa la produzione di titoli e documenti dopo il termine fissato per la presentazione delle domande.

### **COMMISSIONE DI VALUTAZIONE E OPERAZIONI DI SORTEGGIO**

A' sensi della Legge 189/2012, la commissione è composta dal Direttore Sanitario dell'Azienda interessata e da tre Direttori di Struttura Complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei Direttori di Struttura Complessa appartenenti ai ruoli regionali del S.S.N.

Per ogni componente titolare va sorteggiato un componente supplente. E' fatta eccezione per la figura del Direttore Sanitario che non potrà essere sostituito.

Il sorteggio dei componenti della commissione relativa al presente avviso avrà luogo presso la Sala Riunioni della S.C. Risorse Umane e Relazioni Sindacali dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda - Piazza Ospedale Maggiore, 3 Milano – alle ore 11,00 del giorno successivo alla scadenza del termine per la presentazione delle domande.

Qualora detto giorno sia sabato o festivo, la data del sorteggio è spostata al primo giorno successivo non festivo, nella medesima sede ed ora.

In caso di indisponibilità di Commissari sorteggiati, la procedura di sorteggio verrà ripetuta ogni lunedì successivo con le stesse modalità sopra indicate e con pubblicizzazione sul sito internet aziendale.

### **CONVOCAZIONE DEI CANDIDATI**

La data e la sede del colloquio saranno rese note ai candidati mediante pubblicazione sul sito internet aziendale ([www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it) – Area Professionisti – Concorsi) almeno 20 giorni prima della data fissata per l'espletamento del colloquio stesso.

I candidati che non si presenteranno a sostenere il colloquio nel giorno, nell'ora e nella sede stabiliti, saranno dichiarati rinunciatari all'avviso, qualunque sia la causa dell'assenza, anche se non dipendente dalla volontà dei singoli aspiranti.

I candidati dovranno presentarsi al colloquio muniti di documento di identità personale, in corso di validità.

La commissione, ricevuto dall'Azienda, all'atto del suo insediamento, il profilo professionale del dirigente da incaricare, sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti del colloquio, presenterà al Direttore Generale una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti, nell'ambito del quale il Direttore Generale individuerà il candidato da nominare.

### **CRITERI DI VALUTAZIONE**

In conformità a quanto previsto dalle Linee di indirizzo regionali di cui alla DGR n. X/553 del 2.8.2013, la commissione dispone complessivamente di punti 100, di cui:

- a) valutazione curriculum: max 40 punti,
- b) valutazione colloquio: max 60 punti. L'idoneità nel colloquio si consegue con il minimo di punti 40/60.

La commissione definirà prima dell'inizio dei colloqui i criteri di attribuzione dei punteggi, che saranno riportati nel verbale dei lavori.

Il colloquio sarà diretto alla valutazione delle capacità professionali del candidato nella specifica disciplina con riferimento anche alle esperienze professionali documentate, nonché all'accertamento delle capacità gestionali, organizzative, di direzione, dell'aspirante stesso, con riferimento all'incarico da svolgere, e della conoscenza delle disposizioni normative vigenti relative alla prevenzione della corruzione (Legge 190/2012 – DPR 62/2013 e Codice disciplinare dell'Azienda).

**PUBBLICAZIONE SUL SITO INTERNET AZIENDALE:** ([www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it)) a' sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.:

- la definizione del fabbisogno sotto il profilo oggettivo e soggettivo,
- la composizione della commissione di valutazione,
- i curricula dei candidati presenti al colloquio,
- la relazione della commissione di valutazione
- l'analitica motivazione del Direttore Generale nell'ipotesi di scelta non basata sul punteggio,
- l'atto di nomina.

### **CONFERIMENTO DELL'INCARICO:**

L'incarico è conferito dal Direttore Generale ad un candidato individuato nell'ambito della terna degli idonei, composta sulla base dei migliori punteggi attribuiti ai candidati a seguito della valutazione dei curriculum ed all'espletamento del colloquio.

L'incarico è soggetto a conferma al termine di un periodo di prova di mesi sei, prorogabile di altri mesi sei, a decorrere dalla data della nomina.

L'incarico ha durata quinquennale, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o periodo più breve secondo le modalità previste dall'art. 15-ter del D.Lgs 502/92 e s.m.i. , nonché dalle norme contrattuali.

L'assegnatario dell'incarico stipulerà con l'Azienda Ospedaliera il contratto individuale di lavoro e sarà tenuto all'osservanza dell'orario settimanale previsto per i dirigenti a tempo pieno. Allo stesso sarà attribuito il trattamento economico previsto dal vigente contratto collettivo nazionale di lavoro per i dirigenti responsabili di struttura complessa.

L'incarico comporta per l'assegnatario l'obbligo di un rapporto esclusivo con l'Azienda, fatti salvi i casi debitamente autorizzati dalla stessa e/o previsti dalla legge.

L'incarico è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente o in convenzione con altre strutture pubbliche o private.

L'eventuale rinnovo o il mancato rinnovo dell'incarico quinquennale sono disposti con provvedimento motivato del Direttore Generale, previa verifica dell'espletamento dell'incarico con riferimento agli obiettivi affidati ed alle risorse attribuite. La verifica è effettuata da parte di apposito Collegio Tecnico, nominato dal Direttore Generale, a' sensi dell'art.15, comma 5, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

Il dirigente non confermato nell'incarico sarà destinato ad altra funzione con la perdita dello specifico trattamento economico.

Il candidato a cui sarà conferito l'incarico dovrà produrre entro il termine di trenta giorni dalla richiesta dell'Azienda le autocertificazioni comprovanti il possesso dei requisiti generali e specifici richiesti per l'attribuzione dell'incarico.

Dovrà assumere servizio entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di nomina salvo caso di giustificato impedimento sul quale esprimerà il suo insindacabile giudizio l'Azienda Ospedaliera.

Decade dall'impiego chi lo abbia conseguito mediante presentazione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

### **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

A' sensi dell'art.7 del D.Lgs. 196/2003 si informano i partecipanti che il trattamento dei dati personali comunicati all'Azienda è finalizzato unicamente all'espletamento della presente procedura.

La presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, ed all'utilizzo degli stessi per lo svolgimento della procedura prevista per il conferimento dell'incarico.

### **DISPOSIZIONI VARIE**

Per quanto non previsto nel presente bando si fa richiamo alle disposizione legislative e regolamentari in materia.

La procedura si concluderà con atto formale del Direttore Generale entro sei mesi dalla data di scadenza del termine per la presentazione delle domande.

Con la partecipazione all'avviso, il candidato accetta senza riserve le condizioni del presente bando e tutte le disposizioni che disciplinano e disciplineranno lo stato giuridico ed economico dei dipendenti delle Aziende Sanitarie.

L'Azienda si riserva di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso, nonché di riaprire i termini di scadenza qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di pubblico interesse o per disposizioni di legge.

La documentazione allegata alla domanda di partecipazione alla procedura potrà essere ritirata personalmente o da un incaricato munito di delega, previo riconoscimento tramite documento valido di identità personale, solo dopo 120 giorni dall'avvenuto conferimento dell'incarico da parte del Direttore Generale, la restituzione dei documenti potrà avvenire anche prima della scadenza del suddetto termine per il candidato non presentatosi al colloquio o per chi, prima del colloquio, dichiara espressamente di rinunciare alla partecipazione.

DALLE ORE 9.00 ALLE ORE 12.00 di tutti i giorni feriali escluso il sabato, l'Ufficio Concorsi (tel. 02/64442736, mail: [concorsi@ospedaleniguarda.it](mailto:concorsi@ospedaleniguarda.it)) dell'Azienda ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda" è a disposizione degli interessati per eventuali chiarimenti.

f.to II DIRETTORE GENERALE  
(dr. Marco Trivelli)

(esente da bollo a sensi dell'art.40 D.P.R. 26.10.1972, n. 642)



**AVVISO PUBBLICO, PER TITOLI E COLLOQUIO, PER IL CONFERIMENTO QUINQUENNALE DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA S.C. NEURORIANIMAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE NIGUARDA CA' GRANDA DI MILANO (Area della Medicina Diagnostica e dei Servizi – Disciplina Anestesia e rianimazione)**

### **DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO**

#### **PROFILO OGGETTIVO:**

La S.C. di Neurorianimazione contribuisce in modo essenziale alla mission aziendale che vede l'A.O. Niguarda impegnata in prima linea nel trattamento delle patologie cerebrovascolari acute e nella gestione dei traumatismi complessi. Garantisce la piena operatività del Dipartimento di Neuroscienze in cui operano la S.C. di Neurochirurgia con annessa Gammaknife, la S.C. di Neurologia, la S.C. del Centro Regionale Chirurgia dell'Epilessia, l'Unità Spinale Unipolare consentendo lo svolgimento delle attività cliniche ed interventistiche dell'intero dipartimento, assicurando il massimo livello di intensità di cure per i pazienti affetti da patologie neurologiche acute con o senza insufficienza di organi vitali. Collabora strettamente con il Dipartimento di Tecnologie Avanzate, Struttura di Neuroradiologia, per l'assistenza alle procedure diagnostiche ed interventistiche. Lavora in sinergia con il Dipartimento di Emergenza Accettazione nella gestione dell'emergenza urgenza regionale per il trattamento delle emergenze cerebro-vascolari e dei politraumi, interagisce con il Dipartimento Materno Infantile per l'assistenza ai pazienti in età pediatrica sottoposti ad intervento neurochirurgico convenzionale o di Chirurgia dell'epilessia o a procedure neuro interventistiche e per l'assistenza a pazienti con intercorrenti gravi patologie neurologiche in gravidanza.

La Struttura fa parte del Dipartimento Funzionale di Anestesia e terapie intensive composto dalle SS.CC.: Anestesia e Rianimazione 1, Anestesia e Rianimazione 2 dei trapianti, Anestesia e Rianimazione 3 cardiovascolare oltre alla S.C. in discorso.

Nello specifico le attività di cui la Struttura è coinvolta sono (anno campione 2013):

- Assistenza rianimatoria per paziente con trauma cranico e midollare o assistenza postoperatoria 561 casi di cui 70 pediatrici;
- Chirurgia dell'Epilessia: 183 casi;
- Chirurgia in ambito NCH (oncologia, vascolare della colonna): 1466 casi;
- Radiologia Interventistica per un totale di 290 procedure;
- Gestione dell'intero processo di donazione d'organo: 22 casi ( anno 2014);
- Assistenza per pazienti degenti in Unità Spinale Unipolare;
- Gamma Knife: 220 casi.

La Struttura Complessa svolge inoltre attività di ricerca e prende parte a studi su:

- Prognosi e outcome del trauma cranico grave;
- Studio della funzione diaframmatica sottoposta a stimolazione elettrica (progetto regionale);
- Stimolazione magnetica cerebrale nella valutazione prognostica del coma vegetativo;
- Effetto dell'anestesia prolungata sulla funzione polmonare.

La S.C. di Neurorianimazione è convenzionata con la Scuola di Specializzazione in Anestesiologia dell'Università degli Studi di Milano : alla Struttura afferiscono costantemente 2 specializzandi della Scuola di Anestesia e Rianimazione dell'Università di Milano che vengono seguiti nel loro percorso formativo dai medici della Struttura Complessa che si prendono cura della crescita progressiva degli stessi ed esprimono giudizio di valutazione dell'attività svolta.

#### **PROFILO SOGGETTIVO**

Il futuro Direttore deve dimostrare di possedere un'esperienza clinica verificabile maturata nell'ambito specialistico della neurorianimazione, specificamente in relazione alla gestione del trauma cranico acuto, al trauma vertebro-midollare, alle patologie neurochirurgiche più complesse in età adulta e pediatrica e alla donazione d'organo.



In considerazione della complessità e del volume di attività svolte dalla Neuroranimazione Aziendale è opportuno che il direttore della Struttura possa esibire in maniera documentata, come indicatori selettivi della propria esperienza personale, l'assistenza diretta o indiretta come figura responsabile nelle fasi di più elevata complessità assistenziale in:

- Almeno 300 pazienti con trauma maggiore (ISS>15);
- Almeno 150 pazienti con trauma cranico;
- Almeno 100 pazienti con trauma cranico con monitoraggio della pressione intracranica;
- Almeno 100 pazienti con emorragia sub aracnoidea;
- Almeno 200 pazienti con ricovero postchirurgico programmato in elezione;
- Almeno 50 pazienti con processo di osservazione di morte cerebrale;
- Almeno 50 pazienti con lesione midollare acuta;
- Almeno 100 pazienti con trauma cranico con valutazione al follow up (6 mesi – 1 anno);
- Esperienza lavorativa pluriennale in strutture di neuroranimazione;
- Documentata esperienza pluriennale di gestione del personale e della interazione con ambiti di differenti discipline;
- Attitudini necessarie alla direzione di una struttura complessa, quali: capacità di organizzazione delle attività dei collaboratori su progetti-obiettivo sia individuali che di équipe, capacità di motivare al lavoro in équipe, capacità di motivare all'attività clinica interdisciplinare, capacità di organizzare e dirigere le attività di aggiornamento continuo, capacità di delegare;
- Esperienze di gestione di modelli di cura in ambito sanitario;
- Esperienza di gestione di modelli organizzativi diversi in ambito anestesiologicalo e di terapia intensiva;
- Esperienze di riabilitazione integrata in area intensiva;
- Esperienze con strutture di continuità di cura;
- Esperienza nella partecipazione a reti sanitarie di gestione diagnostica e terapeutica della patologie di competenza (traumi, ictus);
- Competenza di esperienza nella gestione e nel coordinamento di studi e sperimentazioni cliniche;
- Esperienza pluriennale di formazione di specializzandi.

**AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA OSPEDALIERA "OSPEDALE  
NIGUARDA CA' GRANDA"  
PIAZZA OSPEDALE MAGGIORE, 3 20162  
MILANO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(luogo e provincia)  
cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso all'avviso pubblico per l'attribuzione dell'incarico quinquennale di:

**DIRIGENTE MEDICO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE  
PER LA S.C. NEURORIANIMAZIONE.**

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

*di essere in possesso dei seguenti requisiti generali richiesti dal bando:*

- cittadinanza italiana ovvero \_\_\_\_\_
- iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_
- di non avere riportato condanne penali
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego, ovvero licenziato da pubbliche amministrazioni
- di essere nei confronti degli obblighi militari nella seguente posizione \_\_\_\_\_

*di essere in possesso dei seguenti requisiti specifici di ammissione:*

- laurea in medicina e chirurgia conseguita in data \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ e abilitazione alla professione medico  
chirurgica conseguita in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- iscrizione all'albo dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguito il  
\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
durata legale del corso anni \_\_\_\_\_
- anzianità di servizio di anni \_\_\_\_\_ maturata nella disciplina di \_\_\_\_\_
- attestato di formazione manageriale conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
ovvero
- di riservarsi di conseguire l'attestato di formazione manageriale entro un anno dall'inizio dell'incarico  
qualora conferito

di prestare attualmente servizio con rapporto di lavoro subordinato presso la seguente Pubblica Amministrazione:

Azienda/Ente \_\_\_\_\_

nel profilo di \_\_\_\_\_ disciplina di \_\_\_\_\_

a tempo  indeterminato  determinato con rapporto di lavoro a tempo pieno

che l'indirizzo al quale deve essergli fatta ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura è il seguente:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

- di aver preso visione del profilo professionale che caratterizza la struttura complessa in argomento, allegato e pubblicato sul sito [www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it) – Area Professionisti - Concorsi;
- di essere consapevole dell'obbligo, in caso di variazione di indirizzo, di comunicazione all'Azienda, la quale non si assume responsabilità alcuna in caso di irreperibilità presso il recapito comunicato;
- di essere consapevole che prima della nomina del candidato prescelto, i *curricula* inviati dai concorrenti presentatisi al colloquio verranno pubblicati sul sito internet aziendale;
- di acconsentire, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, per le finalità e nei limiti di cui al bando e subordinatamente al puntuale rispetto della vigente normativa.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a allega alla presente domanda:

- curriculum formativo e professionale
- tipologia delle Istituzioni
- tipologia quali-quantitativa delle prestazioni
- copia fotostatica di un documento d'identità
- tassa di concorso

**AL DIRETTORE GENERALE DELL' AZIENDA OSPEDALIERA "OSPEDALE  
NIGUARDA CA' GRANDA"  
PIAZZA OSPEDALE MAGGIORE, 3 - 20162 MILANO**

Il/La sottoscritto/a (cognome).....(nome).....

(scrivere in stampatello indicando anche secondi nomi non separati da virgola)

CODICE FISCALE

Recapiti telefonici ...../.....Mail .....

### DICHIARA

- sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste all'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

**di essere in possesso della Laurea** in .....  
conseguita in data.....  
presso l'Università degli Studi di .....

*Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia*

Riconoscimento a cura del .....in data .....

**di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo**  
conseguita in data .....  
presso .....

**di essere iscritto all'albo dell'ordine dei medici** della Provincia di.....  
dal.....n° di iscrizione.....

**di essere in possesso del seguente diploma di specializzazione:**

Denominazione: .....  
conseguito in data.....presso l'Università di.....  
ai sensi del DLgs 257/1991  DLgs 368/1999  durata anni .....

*Solo se titolo conseguito in stato diverso dall'Italia*

Riconoscimento a cura del .....in data .....

**di avere prestato servizio con rapporto di dipendenza, in qualità di:**

profilo professionale ..... disciplina .....  
dal ..... al .....  
dal ..... al .....  
dal ..... al .....

con rapporto  determinato  indeterminato  
 a tempo pieno  con impegno ridotto, ore ..... settimanali

con interruzione dal servizio (*ad es. per aspettative, congedi senza assegni*):  
dal .....al .....(indicare giorno/mese/anno)

motivo interruzione o causa risoluzione rapporto .....

**Incarico dirigenziale e relative competenze** con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzione di direzione (ad es. incarico di alta professionalità, di direzione di struttura semplice, di struttura complessa)

tipologia di incarico.....  
dal .....al .....

presso UOC.....,

descrizione attività svolta.....

.....

**presso (Azienda Sanitaria, Ente, Struttura privata, ecc.)**

.....

di ..... - via ..... n. ....

(duplicare il riquadro ad ogni variazione)

**DA PRODURRE IN ORIGINALE O IN COPIA LEGALE O AUTENTICATA AI SENSI DI LEGGE**

**Tipologia della Azienda/Ente in cui è stata svolta la predetta attività** (dichiarazione rilasciata dalla Direzione Sanitaria della Struttura)

**Tipologia delle prestazioni erogate dall'Azienda/Ente medesima** (dichiarazione rilasciata dalla Direzione Sanitaria della Struttura)

**DA PRODURRE IN ORIGINALE O IN COPIA LEGALE O AUTENTICATA AI SENSI DI LEGGE:**

**Tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato nell'ultimo decennio,** (certificate dal Direttore Sanitario dell'Azienda/Ente/Istituzione di appartenenza)

.....

.....

**di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale**

dal .....al .....

presso.....

contenuti del corso.....

dal .....al .....

presso.....

contenuti del corso.....

**Altre Specializzazioni, Laurea, Master e Corsi di perfezionamento:**

**Laurea in** .....conseguita in data .....  
 presso l'Università degli Studi di .....

**Specializzazione in** .....conseguita in data .....  
 presso l'Università degli Studi di .....

**Master in** .....conseguito in data .....  
 presso .....

**Corso di perfezionamento in** .....conseguito in data .....  
 presso .....

**Soggiorni di studio/addestramento**

(soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere, di durata non inferiore a **mesi tre**, con esclusione dei tirocini obbligatori)

presso ..... di  
 .....(prov. ...) – via ..... , n. ....  
 dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)  
 con impegno settimanale pari a ore .....

dal ..... al ..... (indicare giorno/mese/anno)  
 con impegno settimanale pari a ore .....  
 (duplicare il riquadro ad ogni variazione)

**di aver svolto attività didattica** (attività presso corsi di studio per il conseguimento di lauree o di specializzazioni dei profili medici o della dirigenza sanitaria nonché delle professioni sanitarie ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario – esclusa l'attività di relatore/docente in corsi di aggiornamento professionale, convegni, congressi)

presso.....nell'amb  
 ito del Corso di .....  
 insegnamento ..... a.a. ....  
 ore docenza .....(specificare se complessive o settimanali)

**Partecipazione quale uditore a corsi, convegni, congressi, seminari anche effettuati all'estero**

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ECM

(aumentare le righe se insufficienti)

**Partecipazione in qualità di relatore ai seguenti corsi, convegni, congressi anche effettuati all'estero**

ENTE ORGANIZZATORE	TITOLO DEL CORSO	PERIODO giorno/mese/anno dal/al	LUOGO DI SVOLGIMENTO	ECM



**Autore** dei seguenti **lavori scientifici** – riferiti all'ultimo decennio – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, rivista/pubblicazione, anno pubblicazione) **allegati in originale o in copia conforme**

1 - .....  
.....  
.....

2 - .....  
.....  
.....

3 - .....  
.....  
.....

*(aumentare le righe se insufficienti)*

**Collaborazione alla redazione** dei seguenti lavori – editi a stampa (indicare: titolo lavoro, pubblicazione, anno pubblicazione)

1 - .....  
.....  
.....

2 - .....  
.....  
.....

3 - .....  
.....  
.....

*(aumentare le righe se insufficienti)*

Altre attività

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*(aumentare le righe se insufficienti)*

Dichiara, infine, di essere informato/a, secondo quanto previsto dal D.Lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e allega copia di documento di identità (carta d'identità o passaporto) in corso di validità.

Dichiara inoltre di essere informato che il presente curriculum sarà pubblicato sul sito Internet Aziendale.

Lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

**Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi**  
(ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 come modificato dall'art. 15 della Legge  
12.11.2011 n. 183)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(data) (comune/stato estero) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(prov.) (comune di residenza)

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e della decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R.

### DICHIARO

che le copie allegare alla domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarico quinquennale sono conformi all'originale.

Di seguito si elencano le copie dei documenti che vengono prodotte:

---

---

---

---

Dichiaro altresì di essere informato che ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (Tutela della privacy) i dati personali raccolti saranno trattati nell'ambito della procedura selettiva cui la dichiarazione di cui sopra si riferisce.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma del dichiarante)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

**Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione o ai gestori di pubblici servizi**  
(ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 come modificato dall'art. 15 della Legge  
12.11.2011 n. 183)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
(data) (comune/stato estero) (prov.)

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(prov.) (comune di residenza)

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28.12.2000 e della decadenza dai benefici conseguiti al

provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R.

**DICHIARO CHE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro altresì di essere informato che ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (Tutela della privacy) i dati personali raccolti saranno trattati nell'ambito della procedura selettiva cui la dichiarazione di cui sopra si riferisce.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma del dichiarante)