

ASST Rhodense
Viale Forlanini, 95
20024 GARBAGNATE MILANESE (MI)

AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER MEDICI SPECIALISTI IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALE NEL P.O. DI RHO AFFERENTE ALL'ASST RHODENSE

Si rende noto che in esecuzione della deliberazione del Direttore Generale n. 8 del 05.01.2022 è indetto avviso pubblico di manifestazione di interesse per Medici Specialisti in Anestesia e Rianimazione disponibili a prestare attività clinico assistenziale nel P.O. di Rho afferente all'ASST Rhodense

REQUISITI DI ACCESSO

- Laurea in medicina e chirurgia;
- abilitazione all'esercizio della professione medica;
- iscrizione all'ordine professionale;
- specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva e del Dolore.

Possono partecipare al presente avviso anche i laureati in medicina e chirurgia, anche se privi della cittadinanza italiana, abilitati all'esercizio della professione medica secondo i rispettivi ordinamenti di appartenenza, previo riconoscimento del titolo.

ASPETTI CONTRATTUALI

- Tipologia dell'incarico: il conferimento dell'incarico non dà luogo ad alcun rapporto di lavoro dipendente con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense, ma ad un rapporto di lavoro autonomo nella forma di una prestazione d'opera di lavoro, ai sensi e per gli effetti degli artt. 2222 e seguenti del codice civile;
- Oggetto dell'incarico: espletamento di turni di guardia attiva medica diurna e notturna di anestesia presso il P.O. di Rho, sito in Corso Europa 250;
- Attività previste: Il servizio di guardia attiva medica di Anestesia notturna e diurna comprende lo svolgimento delle seguenti macro attività:

1. garantisce l'attività anestesiológica presso le sale operatorie del P.O. di Rho. Il medico in turno potrà essere destinato ad attività di sala operatoria di elezione o di urgenza;
2. garantisce l'assistenza anestesiológica per procedure diagnostiche-terapeutiche svolte al di fuori delle sale operatorie (cosiddette attività NORA);
3. garantisce la continuità assistenziale H24 per i degenti presso la Terapia Intensiva del P.O. di Rho;
4. garantisce la continuità assistenziale H24 per i degenti presso il P.O. di Rho e nel relativo Pronto Soccorso effettuando il trasporto secondario protetto con l'ausilio dell'infermiere addetto.

In particolare rispetto ai punti 1 e 2 deve essere garantita:

- la valutazione anestesiológica pre-operatoria in emergenza e in urgenza differibile (di seguito indicata "E/U") incluso l'ottenimento del consenso informato e la definizione della classe ASA;
- l'assistenza anestesiológica alle procedure diagnostiche-terapeutiche che possono essere necessarie in preparazione all'intervento anche in E/U (cosiddette attività NORA);

- la pianificazione della condotta anestesiológica in E/U relativamente alla necessità di ulteriori accertamenti, al timing dell'intervento, al tipo di anestesia da effettuare, al luogo di ricovero post-operatorio (reparto di degenza, terapia intensiva, altro ospedale), il tutto in sinergia con il chirurgo che presenta il caso e pone l'indicazione e con il collega anestesista-rianimatore in quel momento in servizio nello stesso turno.
- Obiettivi: garantire la continuità dell'attività anestesiológica all'interno del P.O. di Rho a supporto di tutte le UU.OO./Servizi e l'incremento dell'attività chirurgica elettiva al fine del recupero delle liste d'attesa;
- Modalità di verifica dei risultati: attestazione dell'effettiva osservanza dell'attività assegnata da parte del Responsabile dell'U.O. di Anestesia, rianimazione ed emergenza urgenza.
- Impegno orario: da un numero minimo 24 ore/settimanali ad un numero massimo 36 ore/settimanali, con accessi da stabilirsi in fase di stipula e sottoscrizione del contratto in base alla disponibilità del libero professionista ed alle esigenze del Servizio;
- Compenso: € 60 ora lordi onnicomprensivi;
- Durata dell'incarico: 12 mesi

I professionisti ai quali verranno conferiti gli incarichi dovranno dotarsi di copertura assicurativa, con massimali adeguati, per responsabile civile verso terzi (RCT) e Infortuni.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE CANDIDATURE

La candidatura alla manifestazione di interesse, redatta in carta semplice - da formularsi secondo il modello allegato al presente avviso - deve essere presentata ad uno degli indirizzi e-mail di seguito indicati:

e-mail: affgen@asst-rhodense.it;

pec: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it

Alla manifestazione di interesse è necessario allegare la seguente documentazione:

- Curriculum Vitae;
- copia di un documento di identità personale in corso di validità e del codice fiscale;
- copia delle polizze RCT e Infortuni;
- copia del certificato di attribuzione della Partita Iva

L'ASST si riserva di conferire gli incarichi libero professionali a seguito di verifica da parte del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione ed Emergenza Urgenza dei curricula delle esperienze professionali e dell'espletamento di un colloquio con i professionisti che vi hanno aderito allo scopo di verificarne l'idoneità all'incarico.

La partecipazione al presente avviso non comporta il diritto al conferimento degli incarichi libero professionali.

L'azienda si riserva comunque di non procedere all'attribuzione degli incarichi di cui al presente avviso per effetto di sopraggiunte disposizioni e/o circostanze ostative o qualora l'Azienda rilevi motivi che ne rendano opportuna la sospensione.

Con la partecipazione all'avviso è implicita, da parte dei candidati, l'accettazione senza riserva di tutte le condizioni e clausole in esso previste.

Per ulteriori informazioni gli interessati potranno rivolgersi all'UOC Affari Generali (tel. 02.994302063 – all'UOC Gestione Operativa (02.994302081).

FACSIMILE DOMANDA
(da redigere in carta semplice)

All'Amministrazione
Azienda Socio Sanitaria Territoriale Rhodense
"G. Salvini" di Garbagnate M.
Viale Forlanini,95
20024 GARBAGNATE MILANESE

Il sottoscritto _____ chiede di poter partecipare all'avviso pubblico di manifestazione di interesse per il conferimento di incarichi Libero Professionali a Medici Specialisti in Anestesia e Rianimazione disponibili a prestare attività clinico assistenziale nel P.O. di Rho afferente all'ASST- Rhodense

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA DI:

- essere nato a _____ il _____ e di risiedere a _____ in Via _____, telefono n. _____ mail: _____ ;
- di possedere la cittadinanza:
 - italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti. Sono equiparati ai cittadini italiani i cittadini della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano;
 - di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
 - familiare di cittadino degli Stati membri dell'Unione Europea, non avente la cittadinanza di uno Stato membro dell'Unione Europea, titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente;
 - cittadino di Paesi terzi all'Unione Europea titolare del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o titolare dello status di «rifugiato» o di «protezione sussidiaria»;
- essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ ovvero di non essere iscritto o di essere stato cancellato dalle liste elettorali per i seguenti motivi _____;
- non aver riportato condanne penali e/o di non avere procedimenti penali in corso, ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali e/o procedimenti penali in corso _____;
- essere in possesso del Diploma di Laurea in _____ conseguita il _____ presso _____;
- essere attualmente iscritto all'Albo Professionale di _____ a decorrere dal _____ al n. _____;
- prestare oppure avere o non avere prestato servizio:
 - presso pubbliche Amministrazioni _____
 - presso Strutture private convenzionate e non _____
 - Quale libero professionista o con rapporto flessibile di lavoro (CO.CO.CO) _____

(con indicazione della durata, tipo di rapporto –ad es.: dipendente/libero professionista - ed eventuale causa di cessazione del rapporto di lavoro).

- di essere in possesso dei requisiti specifici richiesti per l'ammissione al presente bando;
- di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego

Dichiara, altresì:

- ☐ di non trovarsi in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate;
- ☐ di non essere stato già lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;
- ☐ di essere stato già lavoratore privato presso o pubblico presso..... e collocato in quiescenza dal
- ☐ di non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
- ☐ di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione o la fede pubblica e di non aver procedimenti pendenti per gli stessi reati;
- ☐ di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
- ☐ di essere a conoscenza di non essere sottoposto a procedimenti penali.
- ☐ di sottostare a tutte le condizioni stabilite dal presente bando nonché ai regolamenti interni dell'Azienda; ivi incluso il Codice di Comportamento del personale, il Piano di prevenzione della corruzione dell'ASST Rhodense pubblicati sul sito internet aziendale.

Chiede infine che ogni comunicazione inerente la presente domanda venga inviata al seguente indirizzo:

Via _____ CAP _____ CITTÀ' _____ Telefono _____.

Data _____

FIRMA

N.B. Alla domanda il candidato dovrà allegare:

- **In originale o copia autenticata ai sensi di legge ovvero autocertificati nelle forme di cui al D.P.R. n. 445/2000, utilizzando l' unito modulo 1 a seconda della tipologia delle situazioni da dichiarare, tutte le certificazioni relative ai titoli che ritiene opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito;**
- **Curriculum formativo e professionale, datato e firmato e autocertificato ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445/2000 in caso di comunicazioni mendaci;**
- **Elenco in carta semplice, delle pubblicazioni e dei titoli presentati;**
- **Copia di un documento di identità**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETA'
(art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a nato/a a il
residente a in via
.....consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di
dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

☐ di essere in possesso del/i seguente/i titolo/i di Studio:
Laurea in conseguita il.....presso l'Università
..... in data

☐ di essere in possesso del Diploma di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva
e del Dolore conseguita il.....presso l'Università
..... in data

Altri titoli di studio:
(Laurea/Master/...)

.....consequ
ito
presso..... in data.....;
.....consequ
ito
presso..... in data.....;

☐ Iscrizione Albo professionale di.....

- di avere prestato i seguenti servizi:

PRESSO STRUTTURE PUBBLICHE IN QUALITA' DI DIPENDENTE				
DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE	Indicare Profilo Professionale/Qualifica	Impegnativa oraria settimanale	dal gg/mm/aa	al gg/mm/aa
			__/__/__	__/__/__
			__/__/__	__/__/__
			__/__/__	__/__/__
			__/__/__	__/__/__

PRESSO COOPERATIVE, AGENZIE INTERINALI, STRUTTURE PRIVATE IN QUALITA' DI DIPENDENTE				
DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE	Indicare Profilo Professionale/Qualifica	Impegnativa oraria settimanale	dal gg/mm/aa	al gg/mm/aa
			__/__/__	__/__/__
			__/__/__	__/__/__
			__/__/__	__/__/__
			__/__/__	__/__/__

PRESSO COOPERATIVE, AGENZIE INTERINALI, STRUTTURE PRIVATE/ALTRO – LIBERA

PROFESSIONE				
DENOMINAZIONE AMMINISTRAZIONE	Indicare Profilo Professionale/Qualifica	Impegnativa oraria settimanale	dal gg/mm/aa	al gg/mm/aa
			__/__/__	__/__/__
			__/__/__	__/__/__
			__/__/__	__/__/__
			__/__/__	__/__/__

- di aver partecipato a corsi di aggiornamento, congressi, seminari etc, come di seguito dettagliato:

PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE Uditore				
N.	TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.	DATA DI SVOLGIMENTO	LUOGO DI SVOLGIMENTO	Esame finale (si/no)

PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, SEMINARI, QUALE RELATORE			
N.	TITOLO DEL CORSO/CONVEGNO ECC.	DATA DI SVOLGIMENTO	LUOGO DI SVOLGIMENTO

- che le pubblicazioni di seguito dettagliate, ed allegate alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali in mio possesso:

LAVORI SCIENTIFICI (ALLEGARE COPIA DELLE PUBBLICAZIONI)			
N.	TITOLO DEL LAVORO	RIVISTA PUBBLICANTE	DATA PUBBLICAZIONE

- altro:

(indicare analiticamente tutti gli elementi necessari all'esatta individuazione delle situazioni certificate)

- **la/le copia/e dei documenti allegata/e alla presente domanda sono conformi all'/agli originale/i.**

luogo, data _____

firma per esteso del dichiarante _____