

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

**APPROVAZIONE AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI PER MEDICI SPECIALISTI IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE D'ATTESA NEI PRESIDI AFFERENTI 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: assistenza anestesiológica in sala operatoria presso il P.O. di Rho, sito in Corso Europa 250, e di Garbagnate Mil.se, sito in viale Forlanini n.95;
- Attività previste: garantisce l'attività anestesiológica presso le sale operatorie dei P.O. di Rho e Garbagnate Mil.se. Il medico in turno sarà assegnato ad attività di sala operatoria di elezione. In particolare:
  - garantisce la rivalutazione anestesiológica pre-operatoria: il giorno dell'intervento è necessario che il Medico effettui in Blocco Operatorio una rivalutazione delle condizioni del paziente, per escludere l'insorgenza di nuove modificazioni dello stato di salute. Nel caso in cui il paziente non fosse ritenuto idoneo o pronto per l'intervento programmato, sarà compito del Medico informare il Referente del SAR per le scelte del caso;
  - il Medico dovrà effettuare, con l'ausilio del personale infermieristico di sala, il controllo delle apparecchiature, dei materiali, dei farmaci e del paziente, secondo la checklist in uso presso l'ASST Rhodense, elaborata secondo il Manuale di cui sopra, con particolare riferimento alle fasi cosiddette "sign-in, time-out, sign-out";
  - il Medico dovrà condurre l'anestesia (generale, rachidea, loco regionale, sedazione o combinazioni delle stesse) nel rispetto delle linee guida nazionali di riferimento e con particolare attenzione per le tecniche anestesiológicas e le metodiche di monitoraggio in uso presso il Blocco Operatorio di riferimento. Resta inteso che la scelta del tipo di anestesia sarà concordata dal Medico con il Chirurgo primo operatore e/o con il Referente del SAR;
  - il controllo del paziente durante l'immediata fase di risveglio, e durante tutta la sua permanenza nel Blocco Operatorio nella cosiddetta sala Risveglio, prevede la rilevazione dei parametri vitali, incluso il dolore, e la valutazione della ripresa di condizioni che garantiscano la trasferibilità al reparto di provenienza. In alcune circostanze il paziente potrebbe essere trasferito in Terapia Intensiva, secondo una programmazione pre-operatoria o per necessità manifestatesi durante e/o dopo l'intervento: in questi casi il Medico agirà di concerto con il

Referente del SAR;

- la programmazione della terapia antalgica e dei controlli post-operatori. Nella cartella anestesiologicala è prevista l'annotazione della terapia antalgica e dei controlli post-operatori, validi per le prime 24 ore dopo intervento. Presso il Blocco Operatorio sono disponibili protocolli e dispositivi utili alla analgesia;
- tutti i passaggi sopra descritti dovranno essere riportati nella Cartella Anestesiologicala, compilata in modo leggibile in ogni sua parte e firmata ove richiesto; lo stesso dicasi per la checklist Peri- Operatoria;
- la gestione degli stupefacenti prevede la compilazione da parte del Medico di una scheda di ritiro/restituzione nonché la compilazione del registro degli stupefacenti in uso; per ogni necessità è possibile rivolgersi al Referente del SAR o all'infermiere Coordinatore del Blocco.
- Obiettivi: garantire la continuità dell'attività anestesiologicala all'interno del blocco operatorio 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 12 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: € 80 ora lordi onnicomprensivi;
- Durata dell'incarico: dalla data di sottoscrizione del contratto e non oltre il 31/12/2022.

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:

**pec: [protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it](mailto:protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it)**

Alla manifestazione di interesse è necessario allegare la seguente documentazione:

- Curriculum Vitae in formato pdf e word;
- 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

Il presente avviso rimane aperto sino alla copertura sino a copertura delle necessità aziendali e comunque entro e non oltre il 31.12.2022.

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. 02.994302062 – 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 per la riduzione delle liste d'attesa nei presidi afferenti 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:
  - o 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;
  - o di uno dei Paesi dell'Unione Europea;
  - o 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;
  - o 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:
  - o presso pubbliche Amministrazioni \_\_\_\_\_
  - o presso Strutture private convenzionate e non \_\_\_\_\_
  - o 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 in formato pdf e word;**
- **Elenco in carta semplice, delle pubblicazioni e dei titoli presentati;**
- **Copia di un documento di identità**

**MOD. 1 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:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 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 \_\_\_\_\_