

AVVISO INTERNO

PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO QUINQUENNALE DI RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE "TERAPIA DEL DOLORE" - DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE - DEL GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO DI REGGIO CALABRIA.

In attuazione della deliberazione n. 104 del 13-2-2014 ai sensi del C.C.N.L. Dirigenza Area Sanità triennio 2019/2021, è indetto avviso interno, per soli titoli, per il conferimento dell'incarico quinquennale di Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale "Terapia del Dolore" - Dipartimento di Neuroscienze - del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria.

REQUISITI DI AMMISSIONE

Possono partecipare all'avviso interno tutti i Dirigenti Medici dipendenti in servizio a tempo indeterminato e a tempo pieno specializzati in *Anestesia e Rianimazione*;

Devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

1. Essere dipendente a tempo indeterminato e pieno con la qualifica di Dirigente Medico;
2. Aver maturato almeno cinque anni di anzianità di servizio;
3. Aver superato con esito positivo l'apposito processo di valutazione effettuato dal Collegio Tecnico ai sensi dell'art. 57, comma 2 del CCNL Dirigenza Area Sanità del 19/12/2019 (se in possesso);
4. Avere la piena idoneità fisica alle mansioni da ricoprire senza alcuna limitazione e non avere in pendenza istanze tendenti ad ottenere una inidoneità, seppur parziale;

Tutti i requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito del presente avviso per la presentazione delle domande.

MODALITA' E TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di partecipazione al presente avviso, redatta in carta semplice, secondo il facsimile allegato (Allegato A) datata e sottoscritta, dovrà essere indirizzata al Commissario Straordinario del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi - Melacrino - Morelli" di Reggio Calabria e trasmessa con una delle seguenti modalità:

- consegna a mano all'Ufficio Protocollo del Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi - Melacrino - Morelli" Via Provinciale Spirito Santo, 24 - 89128 Reggio Calabria;
- posta elettronica certificata da inviare al seguente indirizzo pec: protocollo@pec.ospedalcrc.it.

Sarà ritenuta irricevibile la domanda inviata da casella di posta elettronica non certificata. L'invio telematico della domanda e dei relativi allegati deve avvenire esclusivamente in un unico file in formato PDF di dimensioni non superiore a 5 MB, tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata (PEC) personale del candidato.

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 Ente 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 del Grande Ospedale Metropolitano non saranno prese in considerazione.

La domanda dovrà essere presentata entro e non oltre **dieci giorni** dalla pubblicazione del presente avviso sul Sito Web dell'Azienda alla **Sezione "Bandi e Concorsi"**, pena l'esclusione dalla selezione.

Qualora detto giorno sia festivo, il termine è prorogato al primo giorno successivo non festivo.

Nella domanda i candidati dovranno dichiarare, sotto la propria responsabilità, il possesso dei requisiti di partecipazione previsti dal presente bando e specificare:

1. il cognome e nome;
2. la data e luogo di nascita;
3. la struttura aziendale presso cui presta servizio;
3. l'incarico dirigenziale attualmente ricoperto;
4. la specializzazione posseduta;
4. l'indirizzo di posta elettronica certificata per le comunicazioni.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda di partecipazione dovranno essere allegati i seguenti documenti:

- 1) Curriculum formativo e professionale redatto ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/00, datato e sottoscritto;
- 2) Copia fotostatica non autenticata di un proprio documento di identità in corso di validità;
- 3) Copia delle Valutazioni del Collegio effettuate ai sensi dell'art. 57, comma 2 del CCNL Dirigenza Area Sanità del 19/12/2019 (ove presente);
- 4) Valutazione della Performance individuale degli ultimi tre anni;
- 5) Ogni altro titolo atto a dimostrare le capacità professionali e l'attività svolta, da presentare esclusivamente attraverso dichiarazione sostitutiva redatta ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Nel curriculum dovranno essere descritte, in modo dettagliato, le specifiche attività professionali svolte e le esperienze maturate con indicazione degli Enti e le Unità Operative presso cui tali attività sono state prestate, e fornire tutte le informazioni ritenute utili a dimostrare il possesso delle esperienze professionali e delle competenze necessarie per lo svolgimento delle funzioni correlate all'incarico in questione.

PROCEDURA DI VALUTAZIONE

Scaduto il termine per la presentazione delle domande, l' U.O.C. "Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione" provvederà a verificare il possesso dei requisiti dei partecipanti alla selezione interna e trasmetterà al Direttore del Dipartimento di Neuroscienze le domande, con i relativi allegati, dei partecipanti in possesso dei requisiti previsti da bando.

Ai sensi dell'art. 23, comma 10 lettera b) del CCNL Dirigenza Area Sanità triennio 2019/2021, il Direttore del Dipartimento di Neuroscienze procederà alla valutazione comparativa dei curricula. Per la valutazione comparativa dei curricula dei partecipanti si utilizzeranno i criteri stabiliti in sede di confronto con le OO.SS. della Dirigenza Area Sanità, in data 4.10.2023, e recepiti con delibera del Commissario Straordinario n.914 del 14/11/2023, di seguito riportati:

Titoli di Carriera

INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	4,00
INCARICO EX ART. 22 (per mandato)	1,00
SERVIZIO DI RUOLO NELLA DISCIPLINA OGGETTO DELL'INCARICO (per anno)	1,00
INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE (per triennio)	3,00
INCARICO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE (per triennio)	2,00
INCARICO SOSTITUZIONE DIRETTORE UOC (per anno)	0,30
INCARICO PROFESSIONALE, DI CONSULENZA, DI STUDIO E DI RICERCA, ISPETTIVO E DI CONTROLLO (per triennio)	1,00

Titoli di Studio

SPECIALIZZAZIONE AREA DI DISCIPLINADI APPARTENENZA	2,00
ALTRE SPECIALIZZAZIONI	0,50
MASTER II LIVELLO	0,50
MASTER I LIVELLO	0,30
DOTTORATO DI RICERCA NELLA DISCIPLINA (PER ANNO)	0,50

Pubblicazioni ed Insegnamenti

RIVISTA INTERNAZIONALE - (primo o ultimo nome)	0,10
RIVISTA INTERNAZIONALE - (Coautore)	0,05
RIVISTA NAZIONALE (primo o ultimo nome)	0,05
RIVISTA NAZIONALE (Coautore)	0,25
RIVISTA LOCALE (primo o ultimo nome)	0,06
RIVISTA LOCALE (Coautore)	0,03
ABSTRACTS - POSTER - COMUNICAZIONI A CONGRESSI -	0,03
DOCENZA NELLA DISCIPLINA PER PERSONALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA	0,10
DOCENZA NELLA DISCIPLINA PER PERSONALE NON DIRIGENZA SANITARIA	0,05

Partecipazione a corsi e congressi

FREQUENZA ALL'ESTERO	0,30
PARTECIPAZIONE A CORSI DA TRE A SEI MESI	0,10
PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, ECM ALL'ESTERO	0,02
PARTECIPAZIONE A CORSI, CONVEGNI, ECM	0,01
RESPONSABILE SCIENTIFICO A CORSI, CONVEGNI, ECM	0,10
RELATORE CORSI, CONVEGNI, ECM	0,06
RESPONSABILE SCIENTIFICO A CORSI, CONVEGNI, ECM	0,10
MODERATORE CORSI, CONVEGNI, EGM	0,05

Valutazione NAVS /OIV/Collegio Tecnico

POSITIVA (PER ANNO)		1,00
---------------------	--	------

Considerate le specificità delle attività di competenza della UOSD, nella formulazione del giudizio finale, si dovrà tenere conto anche delle seguenti esperienze :

1. Esperienza professionale in attività anesthesiologia ambulatoriale per terapia del dolore;
2. Esperienza professionale nella gestione delle sindromi dolore in pazienti ricoverati e ambulatoriali;
3. Esperienza professionale nel dolore critico sia tramite terapia farmacologica che tramite manovre invasive.

Delle operazioni compiute dovrà essere redatto apposito verbale nel quale, per ogni candidato, dovrà essere predisposta una scheda valutativa, secondo i criteri sopra descritti, ove saranno riportati i relativi punteggi derivanti dalle singole aree di analisi, il punteggio complessivo, nonché il giudizio finale.

Successivamente il Direttore del Dipartimento Chirurgico di Neuroscienze, sentiti i Direttori delle U.O.C. di afferenza al Dipartimento, formulerà, al Commissario Straordinario, una proposta motivata di conferimento dell'incarico.

Per la redazione dei verbali relativi alle attività sopra riportate, il Direttore del Dipartimento di Neuroscienze si avvarrà del supporto amministrativo di una unità di personale in servizio presso l'U.O.C. "Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione".

CONFERIMENTO E DURATA DELL'INCARICO

La proposta di conferimento incarico, formulata dal Direttore del Dipartimento di Neuroscienze, verrà trasmessa dall'U.O.C. "Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione" al Commissario Straordinario per l'adozione del provvedimento di conferimento.

L'incarico ha una durata di cinque anni e decorre dalla sottoscrizione del contratto individuale d'incarico che integra il contratto individuale di costituzione del rapporto di lavoro e che definisce tutti gli altri aspetti connessi all'incarico conferito, ivi inclusi la denominazione, l'oggetto, gli obiettivi generali da conseguire, la durata e la retribuzione di posizione spettante.

L'incarico ha una durata più breve se coincide con il conseguimento del limite di età per il collocamento a riposo del soggetto interessato.

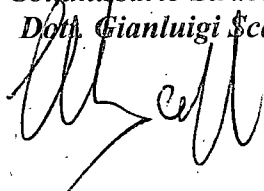
Il trattamento giuridico ed economico conseguente all'incarico in oggetto è quello previsto dai CC.NN.LL. vigenti.

NORME FINALI

Per quanto non contemplato nel presente avviso, si rinvia alla specifica normativa di legge regolamentare o contrattuale vigente.

L'azienda si riserva il diritto di prorogare, sospendere, modificare, revocare o annullare la presente procedura qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità per ragioni di interesse pubblico.

Il Commissario Straordinario
Dot. Gianluigi Scaffidi






Allegato "A"

Al Commissario Straordinario
G.O.M. "Bianchi - Melacrino - Morelli"
REGGIO CALABRIA

L/la sottoscritto/a

Nato/a a _____ (prov. _____)

il _____

Codice fiscale: _____ indirizzo di residenza: Via _____

_____ n. _____ città _____

_____ Prov. _____ cap. _____

indirizzo e-mail _____

indirizzo e-mail PEC _____

CHIEDE

di partecipare all'Avviso Interno, per soli titoli, per il conferimento dell'incarico quinquennale di Dirigente Responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale "Terapia del Dolore" - Dipartimento Neuroscienze del Grande Ospedale Metropolitano di Reggio Calabria.

A tal fine sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del DPR 445/2000 e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera:

DICHIARA

1. di essere dipendente di questa Azienda a tempo indeterminato e pieno presso la UOC
di _____;

con la qualifica di _____;

Specializzazione _____;

2. di essere in possesso di un'anzianità di servizio di _____ anni nella disciplina oggetto dell'incarico e di aver maturato almeno cinque anni di anzianità di servizio;

3. di ricoprire il seguente incarico dirigenziale _____;

4. di avere la piena idoneità fisica alle mansioni da ricoprire senza alcuna limitazione e di non avere in pendenza istanze tendenti ad ottenere una idoneità seppure parziale;

5. di aver superato con esito positivo l'apposito processo di valutazione effettuato dal Collegio Tecnico ai sensi dell'art. 57, comma 2 del CCNL Dirigenza Area Sanità del 19/12/2019 (se in possesso);

6. di essere informato, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, come recepito dal D. Lgs. 101/2018 che i dati di cui al presente avviso saranno trattati dall'Azienda con modalità sia manuale sia informatizzata, esclusivamente al fine di assolvere tutti gli obblighi connessi all'espletamento della presente procedura.

Si allegano alla presente:

- Curriculum formativo professionale sottoscritto ai sensi del DPR 445/2000;
- Copia fotostatica del documento di identità incorso di validità datata e firmata;
- Se in possesso copia delle valutazioni del collegio effettuate ai sensi dell'art. 57 comma 2 del CCNL Dirigenza Area Sanità;
- Se in possesso copia delle valutazioni della performance individuale degli ultimi tre anni.

Data _____

Firma _____

(la domanda deve essere sottoscritta dal candidato, pena nullità della stessa)