

SCADENZA 29/12/2017

Avviso finalizzato al conferimento di un incarico libero professionale della durata di dieci mesi, ad un laureato in medicina e chirurgia in possesso di specializzazione in Neuropsichiatria Infantile per l'attività progettuale "Miglioramento del processo di diagnosi e cura delle patologie neuromotorie in età evolutiva" ambito territoriale Empoli.

L'Azienda USL Toscana Centro intende procedere, in esecuzione della delibera del Direttore generale n. 1585 del 21/12/2017, all'affidamento dell'incarico di cui all'oggetto della durata di dieci mesi, previa una selezione comparativa ed eventuale colloquio, che potrà svolgersi nei confronti di tutti i candidati o di parte di essi, selezionati sulla base dei curricula presentati, al fine di valutare il candidato più idoneo allo svolgimento dell'incarico stesso.

Descrizione e finalità del progetto

L'elevato numero di utenti dei Servizi di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza con disabilità neuromotoria certificata ed in particolare di quelli portatori di situazioni di grave disabilità neuromotoria presenti ambito terro Empoli comporta una modalità di lavoro del team multiprofessionale fortemente integrata, in cui le diverse tipologie professionali sono obbligate ad un confronto e ad una visione d'insieme costanti.

Per la realizzazione del progetto di cui sopra è opportuno pertanto individuare una figura di riferimento per il coordinamento del suddetto team multiprofessionale, dotata di competenza ed esperienza altamente specifiche, che si pone quali obiettivi quelli di garantire elevati standard di attività del Servizio nell'ambito delle patologie neuromotorie dell'età evolutiva.

Contenuto dell'incarico libero professionale

L'incarico, per un impegno orario settimanale pari a 30 ore (120 mensili), dovrà garantire le seguenti prestazioni:

- attività clinica relativa alle prime visite, ai controlli ambulatoriali specifici e al colloquio con le figure parentali;
- gestione del percorso di disabilità neuromotoria certificata, compresa la tenuta dei diari clinici nonché l'elaborazione e la verifica dei progetti terapeutico-riabilitativi;
- coordinamento delle figure professionali riabilitative (fisioterapista, psicomotricista logopedista);
- prescrizione, verifica e collaudo degli ausili;
- gestione dei rapporti con i professionisti intraziendali e gli operatori di altri enti (scuole e comuni) e con la rete dei centri di riferimento ospedaliero-universitari;
- follow up dei neonati e dei lattanti a rischio di patologia dello sviluppo in collaborazione con la SOC Pediatria dell'ospedale di Empoli;
- consulenze relative ai pazienti di età 0-6 anni ricoverati presso il reparto di degenza della medesima SOC Pediatria;

Durata e compenso dell'incarico

L'incarico avrà durata di dieci mesi e con un impegno orario settimanale pari a 30 ore (120 ore mensili).

L'Azienda corrisponderà al professionista incaricato un compenso mensile lordo comprensivo di oneri fiscali e previdenziali pari ad euro 3.840,00.

Sede di attività

La sede di attività della collaborazione è individuata presso la SOC Neuropsichiatria Infantile della ASL Toscana Centro ambito territoriale di Empoli.

Requisiti di ammissione

Per l'ammissione alla selezione per il conferimento dell'incarico occorre:

- non essere in condizioni che limitino o escludano, a norma di legge, la capacità di contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- non avere precedenti penali;
- diploma di laurea in medicina e chirurgia;
- iscrizione Albo dell'ordine dei Medici Chirurghi;
- specializzazione nella disciplina di Neuropsichiatria Infantile;
- esperienza professionale maturata nel settore delle disabilità neuromotorie dell'età evolutiva, con particolare riguardo alla diagnosi e al trattamento delle paralisi cerebrali infantili, delle malattie neuromuscolari e delle sindromi neurometaboliche e nel settore della diagnosi dei disturbi del neurosviluppo del neonato e del lattante (da autocertificare adeguatamente nel curriculum vitae);

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

Sarà tenuta in particolare considerazione la conoscenza delle differenti tipologie ed indicazioni nell'utilizzo degli ausili prescritti nell'ambito delle patologie neuromotorie dell'età evolutiva, della semiologia neurologica del neonato e del lattante, della metodica di osservazione dei General Movements secondo Prechtel e la capacità di interpretare i principali esami neurofisiologici e neuroradiologici (EEG, EMG, TAC, RMN, US) – (da autocertificare adeguatamente nel curriculum vitae).

Domande di ammissione

Gli interessati, in possesso dei requisiti e dei titoli prescritti, devono produrre apposita domanda di partecipazione, debitamente firmata, indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda USL Toscana Centro sede territoriale di Empoli, allegando dettagliato curriculum formativo e professionale, sottoforma di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/2000 come da schema allegato. Le domande stesse devono essere inviate all'Ufficio Protocollo afferente alla ex AUSL 11 di Empoli situato in via dei Cappuccini n. 79- Empoli **entro e non oltre il giorno 29/12/2017.**

Le domande e la documentazione allegata possono essere:

- trasmesse a mezzo del servizio postale, mediante raccomandata con avviso di ricevimento. In tal caso fa fede il timbro a data dell'ufficio postale accettante;
- inviate mediante Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo: acquisizionerisorseumane.uslcentro@postacert.toscana.it, secondo quanto previsto dall'art. 65 del D.lgs.82/2005 e ss.mm.ii.. Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la dicitura **AVVISO PUBBLICO PER INCARICO LIBERO PROFESSIONALE DELLA DURATA DI DIECI MESI PER IL PROGETTO "MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI DIAGNOSI E CURA DELLE PATOLOGIE NEUROMOTORIE IN ETA' EVOLUTIVA"**.
La validità della mail è subordinata all'utilizzo da parte dei candidati di casella di posta elettronica certificata PERSONALE. Si prega di inviare domanda (debitamente sottoscritta) e allegati in formato PDF, inserendo il tutto, ove possibile, in un unico file.
- consegnate direttamente all'Ufficio Protocollo della ex AUSL 11 di Empoli all'indirizzo di cui sopra, tutti i giorni feriali (dal lunedì al venerdì) dalle ore 9 alle ore 12.

Documentazione da allegare alla domanda

Nella domanda di partecipazione i candidati devono dichiarare il possesso dei requisiti di ammissione sopra elencati.

Inoltre devono allegare:

- curriculum professionale e formativo **datato e firmato**, come da fac-simile allegato, redatto in forma di dichiarazione sostitutiva di certificazioni e/o dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi degli art.46 e 47 del DPR 445/2000 e secondo le modalità di rilascio di dichiarazioni sostitutive indicate nel presente avviso;
- pubblicazioni in originale o copia conforme all'originale;
- fotocopia fronte-retro di un valido documento di identità;

Le dichiarazioni di cui al DPR 445/00 devono contenere, a pena di non valutazione, tutte le informazioni atte a consentire una corretta/esaustiva valutazione delle attestazioni in essa presenti.

Tali dichiarazioni devono essere rilasciate una sola volta nell'ambito del curriculum professionale e formativo, formulato come dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, senza ripetizione in altri documenti.

Ammissione/esclusione candidati

L'elenco dei candidati ammessi e dei candidati non ammessi sarà pubblicato sul sito aziendale della ex ASL 11 di Empoli almeno 5 giorni prima della data di effettuazione del colloquio.

Data del colloquio

La data ed il luogo di espletamento del colloquio saranno resi noti, almeno 5 giorni prima dell'espletamento dello stesso, mediante pubblicazione di apposito avviso sul sito web della ex ASL 11 Empoli al seguente indirizzo: www.usl11.toscana.it (pagina concorsi - Incarichi L.P. e Co.Co.Co.) ed ha valore di notificazione a tutti gli effetti.

Conferimento incarico

L'esito della procedura selettiva sarà recepito con apposita deliberazione di conferimento dell'incarico che sarà pubblicata all'Albo aziendale dell'Azienda USL Toscana Centro. Al fine di adempiere agli obblighi di legge di cui al D.Lgs.33/2013, il curriculum allegato alla domanda di partecipazione alla procedura selettiva verrà pubblicato sul sito web della ex ASL 11 Empoli in caso di affidamento dell'incarico. L'incarico, inoltre, verrà inserito nell'elenco presente sul suddetto sito Web.

Al professionista dichiarato vincitore verrà fatto sottoscrivere un contratto d'opera libero professionale con durata fino al 31.07.18, ai sensi degli artt. 2229 e seguenti del codice civile.

Il conferimento dell'incarico è subordinato:

- all'assenza di conflitto di interesse con l'Azienda USL Toscana Centro;
- alla insussistenza di rapporti di impiego con enti pubblici o privati e di rapporti di lavoro in regime di convenzione con il S.S.N..

Per eventuali informazioni, gli interessati potranno rivolgersi alla SOS ASSUNZIONI E RAPPORTI CON ESTAR (tel. 0571/878776) oppure consultare il sito internet www.usl11.toscana.it alla sezione "Concorsi - Incarichi L.P. e Co.Co.Co."

Il presente avviso costituisce atto di diritto privato. La direzione dell'Azienda si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di dar corso o meno al conferimento dell'incarico in oggetto.

Empoli, li 22/12/2017

Il Direttore
Dipartimento Risorse Umane
(Dr.ssa Arianna TOGNINI)

Al Direttore Generale
Azienda USL Toscana Centro
Sede Territoriale Via Dei Cappuccini n. 79
50053 EMPOLI

Domanda di partecipazione alla selezione comparativa per il conferimento di un incarico libero professionale della durata di dieci mesi ad un laureato in Medicina e Chirurgia in possesso di specializzazione in Neuropsichiatria Infantile per l'attività progettuale "MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI DIAGNOSI E CURA DELLE PATOLOGIE NEUROMOTORIE IN ETA' EVOLUTIVA" ambito territoriale Empoli.

Il/La sottoscritto/a
Nato/a a il
Codice Fiscale.....Partita IVA
Residente nel Comune di..... Provincia
Via/piazza.....Tel.
indirizzo e-mail

DICHIARA

di essere disponibile al conferimento di un incarico libero professionale della durata di dieci mesi, con un impegno orario settimanale pari a 30 ore (120 mensili), per le seguenti prestazioni:

- attività clinica relativa alle prime visite, ai controlli ambulatoriali specifici e al colloquio con le figure parentali;
- gestione del percorso di disabilità neuromotoria certificata, compresa la tenuta dei diari clinici nonché l'elaborazione e la verifica dei progetti terapeutico-riabilitativi;
- coordinamento delle figure professionali riabilitative (fisioterapista, psicomotricista logopedista);
- prescrizione, verifica e collaudo degli ausili;
- gestione dei rapporti con i professionisti intraziendali e gli operatori di altri enti (scuole e comuni) e con la rete dei centri di riferimento ospedaliero-universitari;
- follow up dei neonati e dei lattanti a rischio di patologia dello sviluppo in collaborazione con la SOC Pediatria dell'ospedale di Empoli;
consulenze relative ai pazienti di età 0-6 anni ricoverati presso il reparto di degenza della medesima SOC Pediatria

A tal fine, consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti e nelle dichiarazioni.

DICHIARA

- di non essere in condizioni che limitano o escludano, a norma di legge, la capacità di contrattare con la Pubblica Amministrazione;
- di non avere riportato condanne penali;
- di non avere conflitto di interessi con l'Azienda USL Toscana Centro;
- di essere in possesso di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data _____ presso l'Università degli Studi di _____ a seguito di corso della durata di _____ anni;
- di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di _____ al n. _____ dal _____;
- di essere in possesso di Diploma di Specializzazione in _____ conseguito in data _____ presso l'Università degli Studi di _____ a seguito di corso della durata di _____ anni;
- di essere in possesso di esperienza professionale maturata nel settore delle disabilità neuromotorie dell'età evolutiva, con particolare riguardo alla diagnosi e al trattamento delle paralisi cerebrali infantili, delle malattie neuromuscolari e delle sindromi neurometaboliche e nel settore della diagnosi dei disturbi del neurosviluppo del neonato e del lattante (da autocertificare adeguatamente nel curriculum vitae);
- di aver preso visione e di accettare, senza riserva alcuna, tutte le norme e prescrizioni contenute

nell'avviso della procedura in oggetto;

- di essere consapevole che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente ad uso interno e comunque nel rispetto del D.Lgs. 196/2003. A tal fine ne autorizza il trattamento da parte dell'Azienda USL Toscana Centro.

A completamento dei dati sopra riportati, allega dettagliato curriculum formativo-professionale.

Data

Firma.....

CURRICULUM FORMATIVO – PROFESSIONALE

Redatto ai sensi degli artt.46 e 47 DPR 445/2000

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione – Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà)

Il/La sottoscritto/anato/a a
il, residente invia
.....n.....

C.F., ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità

d i c h i a r a
i seguenti stati, fatti e qualità personali:

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

che la /le n.....copia/e allegata/e è/sono conforme/i all'/agli originale/i in mio possesso.
(da compilare necessariamente per le pubblicazioni da allegare in copia edita a stampa).

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e del successivo eventuale rapporto di lavoro; di autorizzare, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione.

Data..... Firma del dichiarante.....

Allega fotocopia fronte-retro del proprio documento di identità.

NOTA
L'uso del presente modello – che compilerà col P.C. o in stampatello - Le viene proposto con l'intento di favorire l'applicazione del D.P.R. 4445/2000 e semplificare lo svolgimento delle procedure. L'uso del modello non limita in alcun modo la Sua facoltà di aggiungere qualsiasi informazione ritenga utile a quelle già indicate dal modello stesso.