

AVVISO PUBBLICO

OGGETTO: EMERGENZA COVID-19 - MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA FORMAZIONE DI UNA SHORT LIST PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALISTI, MEDICI SPECIALIZZANDI E MEDICI LAUREATI PRESSO L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE DA DESTINARE AL POTENZIAMENTO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA RETE OSPEDALIERA IN EMERGENZA COVID - 19

PREMESSO che è necessario, in conseguenza dell'evolversi della situazione epidemiologica e del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia da COVID - 19, adottare tutte le misure necessarie per far fronte alla emergenza assumendo unità di personale sanitario;

VISTA la L. n. 77 del 17 Luglio 2020 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 Maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 con la quale le Aziende Sanitarie, al fine di far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19 e di garantire i livelli essenziali di assistenza, sono state autorizzate a reclutare il personale sanitario necessario;

ATTESA la necessità inderogabile di adottare misure urgenti affinché questa Azienda possa garantire l'assistenza necessaria ai pazienti affetti da COVID - 19;

STANTE QUANTO SOPRA

L'Azienda intende indire la presente manifestazione di interesse finalizzata alla formazione di una short list per l'eventuale reclutamento di **medici specialisti, specializzandi e laureati** mediante la stipula di contratti libero professionali, per implementare temporaneamente e in caso di necessità l'organico presso i reparti destinati alla cura dei pazienti affetti da COVID-19.

Con il personale interessato verrà stipulato un contratto libero professionale di 38 ore settimanali con decorrenza immediata e fino al perdurare dello stato di emergenza.

La partecipazione alla presente manifestazione non comporta in capo a ciascun candidato nessun diritto al conferimento dell'incarico.

Le eventuali candidature, da redigersi secondo il modello allegato, dovranno pervenire esclusivamente al seguente indirizzo di **pec**: direzioneamministrativa@pec.asp.crotone.it.

Alla domanda il candidato dovrà allegare a **pena di esclusione** il proprio curriculum vitae redatto sotto forma di autocertificazione e copia del documento di identità.

Il bando ha validità annuale dalla sua data di pubblicazione sul sito web aziendale www.asp.crotone.it - sezione Concorsi e avvisi, salvo proroghe. Le domande potranno essere presentate dal momento della pubblicazione, per essere utilizzate in ragione dell'emergenza COVID - 19 e potranno essere vagliate a decorrere dal 5° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando.

La predisposizione dell'elenco degli idonei non esclude la facoltà dell'Azienda di utilizzare prioritariamente le graduatorie aziendali vigenti e le graduatorie regionali rese disponibili o di bandire ulteriori procedure comparative per incarichi libero professionali. L'elenco dei candidati aventi i requisiti di ammissione sarà aggiornato in funzione delle necessità aziendali sulla base delle domande pervenute nel corso del tempo.

Le domande pervenute successivamente alla data di eventuale conferimento incarico, saranno ritenute valide per mesi 12 salvo proroghe, da autorizzare al rappresentarsi delle necessità aziendali.

L'ASP di Crotone, previa verifica dei requisiti dichiarati e valutazione comparata dei curricula formativi e professionali da parte di una Commissione, appositamente nominata dal Direttore Generale e composta dal Direttore Sanitario (o suo delegato), dal Direttore della Unità di riferimento o dal Direttore del Dipartimento per la disciplina interessato o altro professionista individuato dal Direttore Sanitario stesso, redigerà appositi elenchi di professionisti, cui conferire in rapporto alle proprie necessità incarichi libero professionali.

L'inserimento negli elenchi di cui alla presente procedura non comporterà il diritto al conferimento dell'incarico.

REQUISITI DI ACCESSO:

• A) MEDICI SPECIALISTI

1. Laurea in medicina e chirurgia;
2. Abilitazione all'esercizio della professione medica;
3. Iscrizione all'ordine professionale,
4. Specializzazione nelle seguenti discipline o equipollenti:
 - Anestesia rianimazione;
 - Malattie dell'apparato respiratorio;
 - Malattie infettive e tropicali;
 - Medicina interna;
 - Igiene e Medicina Preventiva
 - Medicina d'emergenza urgenza;

in subordine:

sub a) attestato di formazione regionale idoneità esercizio attività Emergenza Sanitaria Territoriale;

sub b) attestato Corsi Formazione Specialistica Medicina Territoriale;

sub c) Corsi specifici nell'area dell'emergenza: BLS – D, BLS – D pediatrico, ACLS, ATLS

• B) MEDICI SPECIALIZZANDI

1. Laurea in medicina e chirurgia;
2. Abilitazione all'esercizio della professione medica;



3. iscrizione all'ordine professionale,
4. Iscrizione all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione di:

- Anestesia rianimazione;
- Malattie dell'apparato respiratorio;
- Malattie infettive e tropicali;
- Medicina interna;
- Medicina d'emergenza urgenza;
- Igiene e Medicina Preventiva

• **C) MEDICI**

1. Laurea in medicina e chirurgia
 2. Abilitazione all'esercizio della professione medica
 3. Iscrizione all'ordine professionale
- Non aver subito condanne penali o avere procedimenti penali in corso che inibiscano il rapporto con la Pubblica Amministrazione;
 - Non avere alcuna limitazione lavorativa per motivi di salute;



Per i cittadini di stato estero non facenti parte dell'Unione Europea è necessario possedere e allegare alla manifestazione d'interesse regolare permesso di soggiorno in corso di validità.

CONFERIMENTO INCARICHI

Gli incarichi verranno conferiti secondo l'ordine dei candidati inseriti nell'elenco degli idonei scaturito dalla comparazione dei curricula effettuato dalla Commissione, e verranno regolati da apposito contratto, conformemente a quanto previsto dalla vigente normativa in materia di affidamento di incarichi di prestazione di lavoro autonomo, senza vincolo di subordinazione.

Data la particolare natura degli incarichi da conferire, la disponibilità immediata sarà, ove essenziale a garantire la continuità del servizio, condizione imprescindibile per il conferimento.

Il rapporto si risolve, automaticamente, senza necessità di preavviso, alla scadenza indicata nel contratto.

L'Azienda potrà risolvere anticipatamente il rapporto qualora le prestazioni fornite dal professionista risultino non conformi a quanto previsto nel contratto ovvero non soddisfacenti e nel caso in cui siano stati assunti idonei o vincitori da graduatori concorsuali o di avviso a tempo determinato validi, nelle discipline oggetto del presente bando o per sopravvenute incompatibilità e/o inconvertibilità o per qualsiasi altro motivo ritenuto valido a proprio insindacabile giudizio.

Con i soggetti individuati per il conferimento dell'incarico sarà stipulato un contratto libero professionale fino al 31.01.2021, salvo eventuali proroghe dello stato di emergenza da COVID 19.

Gli stessi saranno chiamati in servizio con decorrenza immediata, in caso di eventuale rinuncia/assenze al

momento della stipula del relativo contratto si procederà con il candidato successivo.

TIPOLOGIA, COMPENSO E DURATA DELL'INCARICO

Gli incarichi eventualmente conferiti avranno durata fino al 31.01.2021, salvo eventuali proroghe dello stato di emergenza da COVID - 19, per un impegno orario medio valutato in n. 38 ore settimanali e potranno subire modifiche in ordine alla durata, all'orario medio e alla sede di servizio secondo le necessità aziendali e ad insindacabile giudizio dell'Azienda medesima.

Il compenso è determinato secondo il vigente CCNL della Dirigenza Medica per Dirigenti con Incarico di Base.

L'incarico sarà regolato da apposito contratto conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di affidamento di incarichi di prestazioni di lavoro autonomo, ai sensi anche dell'art. 2222 del Codice Civile, senza vincolo di subordinazione.

All'atto del conferimento dell'incarico il professionista dovrà presentare all'Azienda apposita dichiarazione di possesso di idonea polizza assicurativa per la copertura degli infortuni e della Responsabilità civile verso terzi in relazione all'attività da prestare.

DIPOSIZIONI FINALI

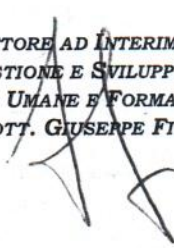
Per quanto non regolato dal presente avviso, si fa riferimento a quanto previsto dalla vigente normativa in materia.

L'ASP di Crotone si riserva la facoltà di modificare, prorogare, sospendere revocare o annullare il presente avviso qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità in ragione di pubblico interesse, senza che gli istanti possano avanzare pretese o diritti di sorta.

La partecipazione all'avviso, implica l'accettazione, senza riserve, delle disposizioni del presente avviso, nonché delle modifiche che potranno essere apportate dalle disposizioni attualmente in vigore e da quelle eventualmente future.

Il presente avviso, nonché tutte le comunicazioni inerenti allo stesso, saranno pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone www.asp.crotone.it - sezione concorsi e avvisi, con effetto di pubblicità legale ai sensi dell'art. 32 comma 1 della L. n. 69 del 18/06/2009 .

**IL DIRETTORE AD INTERIM UFFICIO
GESTIONE E SVILUPPO
RISORSE UMANE E FORMAZIONE
DOTT. GIUSEPPE FICO**



**IL DIRETTORE GENERALE
AVV. FRANCESCO MASCIARI**



MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATA ALLA FORMAZIONE DI UNA SHORT LIST PER L'EVENTUALE CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI A MEDICI SPECIALISTI, MEDICI SPECIALIZZANDI E MEDICI LAUREATI PRESSO L'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE DA DESTINARE AL POTENZIAMENTO DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE E DELLA RETE OSPEDALIERA IN EMERGENZA COVID - 19

Il/La sottoscritto/a COGNOME NOME..... nato/aa..... il..... codice fiscale..... residente in Via/Piazza..... n. Città Provincia CAP recapiti telefonici pec/mail.....

Con la presente manifesta il proprio interesse a partecipare all'Avviso in oggetto a tal fine

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000. sotto la propria responsabilità e con finalità di autocertificazione. consapevole delle sanzioni penali. nel caso di dichiarazioni non veritiere. di formazione o uso di atti falsi. richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito di dichiarazioni non veritiere così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

di essere in possesso della cittadinanza ai sensi dell'art.38 del D.Lgs n.165/01 e s.i.m.;

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di

di non essere iscritto nelle liste elettorali
(in caso di non iscrizione indicare i motivi della eventuale non iscrizione o cancellazione)

(sbarrare la voce che interessa)

di godere dei diritti civili e politici
 di non godere dei diritti civili e politici.....
(in caso di non godimento indicare i motivi)

(sbarrare la voce che interessa).

di non aver riportato condanne penali
 di aver riportato le seguenti condanne penali.....
(in caso di condanne indicare quali)

(sbarrare la voce che interessa)

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
 di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
(nel caso di essere sottoposto a procedimenti indicare quali)

(sbarrare la voce che interessa)

di non aver riportato sanzioni disciplinari
 di aver riportato le seguenti sanzioni disciplinari
(in caso di sanzioni indicare quali)

(sbarrare la voce che interessa)

- di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia conseguita in datarilasciata dall'Università con la votazione di ;
- di essere in possesso della specializzazione indella durata di anni conseguita in datarilasciata dall'Università con la votazione di
- di essere iscritto al anno del Corso di specializzazione in della durata di anni dell'Università.....con la votazione di
- di essere in possesso di un' ulteriore specializzazione in della durata di anni conseguita in data rilasciata dall'Università con la votazione di
- di iscritto all'albo professionale di
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti disciplinari;
- di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti disciplinari

(nel caso di essere sottoposto a procedimenti indicare quali)

(sbarrare la voce che interessa)

- che l'indirizzo presso il quale dovranno essere inviate le comunicazioni relative alla presente manifestazione è:

COGNOME..... NOME

residente in Via/Piazza

nCittà Provincia CAP..... recapiti

telefonici PEC/email.....(obbligatoria)

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente, eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di domicilio indicato nella presente domanda.

La sottoscritto/a dichiara:

- di accettare senza riserva tutte le prescrizioni, precisazioni e norme contenute nell'avviso;

- di accettare che tutte le comunicazioni inerenti al presente avviso vengano effettuate mediante pubblicazione sul sito dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone www.asp.crotone.it- sezione concorsi e avvisi;
- di autorizzare l'Azienda al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, finalizzato agli adempimenti per l'espletamento della procedura *de quo*.

Firma