



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Mantova

ASST di Mantova

PROTOCOLLO GENERALE

N. 0002789 del 17/01/2018

Class: 1.04.03 Fasc: 2017/111



★ 0 0 0 3 3 5 5 9 6 2 ★

Fasc.111 (1.04.03)

**AVVISO INTERNO PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICO DI FUNZIONI DI COORDINAMENTO
PER IL PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO –
INFERMIERE/OSTETRICA/SLB/TSRM/FISIOTERAPISTA**

Il presente bando è rivolto ai collaboratori professionali sanitari infermieri – cat. D (compreso il livello economico DS). Scopo del presente avviso è identificare soggetti idonei ad esercitare funzioni di coordinamento nelle Strutture Aziendali dei vari Presidi.

I posti sono quelli previsti nella **ALLEGATA TABELLA**

I candidati sono invitati a utilizzare gli allegati fac simili per redigere la domanda e il curriculum.

REQUISITI

Sono ammessi a partecipare coloro che siano in possesso di entrambi i seguenti requisiti:

- a) Master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento professioni sanitarie oppure certificato di Abilitazione alle Funzioni Direttive (AFD);
- b) Esperienza professionale complessiva almeno triennale nel profilo professionale di infermiere nella cat. D (compreso il livello economico DS) acquisita in aziende o enti del SSN.

VALUTAZIONE DEI CANDIDATI

Per il conferimento dell'incarico, tenuto conto dei contenuti professionali richiesti dalla posizione, della natura e delle caratteristiche dei progetti da realizzare nonché degli obiettivi fissati, verrà attuata una valutazione con le seguenti modalità:

1. Per coloro **che già svolgono funzioni temporanee di coordinamento** verrà effettuato un Colloquio valutativo sull'esperienza di coordinamento effettuata nonché sugli obiettivi realizzati, con apposita commissione composta da tre membri;
2. Per coloro che sono in possesso del titolo ma che **non stanno svolgendo le funzioni di coordinamento**, verrà espletata selezione con le seguenti modalità:
 - a. Colloquio individuale con apposita commissione composta da tre membri;
 - b. Valutazione da parte della Commissione del curriculum presentato dai dipendenti;

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paiolo 10 – 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201



Per la valutazione dei candidati di cui al punto 2) , verranno valorizzati gli elementi attinenti e significativi come segue:

- a) Curriculum formativo, docenze in ambito accademico, attività didattica e produzione scientifica attinente il profilo di appartenenza, nonché attività di aggiornamento: punteggio massimo **42 punti**;
- b) Curriculum professionale, considerando i precedenti incarichi di coordinamento svolti all'interno dell'ASST di Mantova, ovvero in altri Enti o Aziende del SSN (non viene valutata l'anzianità di carriera): punteggio massimo **6 punti**;
- c) Esiti della valutazione permanente istituita dall'Azienda e della valutazione di eventuali precedenti incarichi: punteggio massimo **14 punti**;
- d) Colloquio relativo a tematiche connesse all'incarico: punteggio massimo **38 punti**;

CONFERIMENTO DELL'INCARICO E UTILIZZAZIONE DELLA GRADUATORIA

L'incarico di cui al presente avviso è conferito con provvedimento formale del Direttore Generale, sulla base della graduatoria definita dalla Commissione giudicatrice.

Per gli aspetti non indicati nel presente avviso si rinvia al Regolamento Aziendale vigente in materia.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

1. INDIRIZZO DI INOLTRO:

La domanda, redatta sul modello allegato al presente avviso pervenire **all'Ufficio Protocollo Aziendale** - Strada Lago Paiolo 10 – Mantova , con possibilità di inoltro via mail all'indirizzo di posta elettronica valutazione.personale@asst-mantova.it

2. TERMINE DI SCADENZA 7 FEBBRAIO 2018

Detto termine è perentorio e non si terrà conto delle domande, documenti e titoli che perverranno, qualunque ne sia la causa, successivamente a tale scadenza.



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario
 Regione
Lombardia
ASST Mantova

Le domande che perverranno oltre tale data di scadenza, o secondo modalità diverse da quelle indicate, non verranno prese in considerazione.

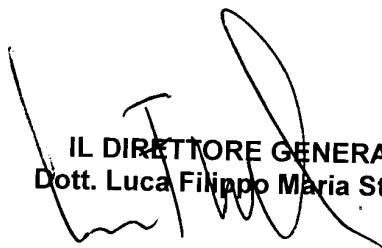
3. CONVOCAZIONE

I candidati che produrranno la domanda di partecipazione entro il termine di scadenza ed in possesso dei requisiti richiesti saranno convocati mediante avviso che verrà pubblicato sul sito aziendale <https://www.asst-mantova.gov.it> - Professionisti in Azienda Ospedaliera - Lavora con noi - Avvisi interni; a partire dal **15 febbraio 2018**

E' esclusa qualunque altra modalità di convocazione.

L'eventuale esclusione dall'avviso per mancanza di requisiti richiesti sarà comunicata anteriormente alla data del colloquio esclusivamente ai candidati all'indirizzo di posta elettronica.

Per informazioni rivolgersi *Area Valorizzazione, sviluppo e formazione del personale* tel 2255-2396


IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Luca Filippo Maria Stucchi

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Pajolo 10 – 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201



POSIZIONI DI COORDINAMENTO D

DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE			
STRUTTURE COORDINATE	POSIZIONE di COORDINAMENTO	PROFILO	TIPOLOGIA di COORDINAMENTO
RIAB. NEUROMOTORIA BOZZOLO	1	INFERMIERE	GESTIONALE
SERVIZIO SANIFICAZIONE BOZZOLO			
RIAB. SPECIALISTICA PIEVE DI CORIANO	1	INFERMIERE	GESTIONALE
CURE RIABILITATIVE BOZZOLO	1	FISIOTERAPISTA	GESTIONALE
CURE RIABILITATIVE MANTOVA	1	FISIOTERAPISTA	GESTIONALE
TOTALE	4		
DIPARTIMENTO CARDIO TORACO VASCOLARE			
STRUTTURE COORDINATE	POSIZIONE di COORDINAMENTO	PROFILO	TIPOLOGIA di COORDINAMENTO
CARDIOLOGIA-UTIC MANTOVA	1	INFERMIERE	GESTIONALE
EMODINAMICA			
AMB. CARDIOLOGICI MANTOVA			
PNEUMOLOGIA-UTIR	1	INFERMIERE	GESTIONALE
ADR			
AMB. PNEUMOLOGICI			
TOTALE DIPARTIMENTO	2		
DIPARTIMENTO CHIRURGICO - ORTOPEDICO			
STRUTTURE COORDINATE	POSIZIONE di COORDINAMENTO	PROFILO	TIPOLOGIA di COORDINAMENTO
CHIRURGIA GENERALE MANTOVA	1	INFERMIERE	GESTIONALE
UROLOGIA			
SENOLOGIA			
AMB. UROLOGICI			
ORTOPEDIA PIEVE	1	INFERMIERE	GESTIONALE
AMB. ORTOPEDICI PIEVE			
CHIRURGIA GENERALE PIEVE			
APO PIEVE			
TOTALE	2		
DIPARTIMENTO EMERGENZA - URGENZA			
STRUTTURE COORDINATE	POSIZIONE di COORDINAMENTO	PROFILO	TIPOLOGIA di COORDINAMENTO
RIANIMAZIONE MANTOVA	1	INFERMIERE	GESTIONALE
TOTALE	1		
DIPARTIMENTO MEDICO			
STRUTTURE COORDINATE	POSIZIONE di COORDINAMENTO	PROFILO	TIPOLOGIA di COORDINAMENTO
MEDICINA MANTOVA	1	INFERMIERE	GESTIONALE
NEFROLOGIA			
EMODIALISI	1	INFERMIERE	GESTIONALE
DIALISI PERITONEALE			
CAL PIEVE			
CAL ASOLA			
MALATTIE INFETTIVE	1	INFERMIERE	GESTIONALE
DH MALATTIE INFETTIVE			
MEDICINA GENERALE PIEVE	1	INFERMIERE	GESTIONALE
MEDICINA GENERALE ASOLA	1	INFERMIERE	GESTIONALE
TOTALE	5		
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE			
STRUTTURE COORDINATE	POSIZIONE di COORDINAMENTO	PROFILO	TIPOLOGIA di COORDINAMENTO
GINECOLOGIA MANTOVA	1	OSTETRICO	GESTIONALE
OSTETRICIA MANTOVA	1	OSTETRICO	GESTIONALE
PMA			
SALA PARTO MANTOVA	1	OSTETRICO	GESTIONALE
POG			
PEDIATRIA MANTOVA	1	INFERMIERE	GESTIONALE
PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO			
AMB. PEDIATRICI MANTOVA			
PATOLOGIA NEONATALE - TIN	1	INFERMIERE	GESTIONALE
NIDO MANTOVA			
PEDIATRIA - NIDO PIEVE	1	INFERMIERE	GESTIONALE
OSTETRICIA-GINECOLOGIA PIEVE	1	OSTETRICO	GESTIONALE
SALA PARTO PIEVE			
OSTETRICIA ASOLA	1	OSTETRICO	GESTIONALE
SALA PARTO ASOLA			
PEDIATRIA - NIDO ASOLA	1	INFERMIERE	GESTIONALE
SCREENING ONCOLOGICI	1	OSTETRICO	PROCESSO
TOTALE	10		

DIPARTIMENTO FRAGILITA'			
STRUTTURE COORDINATE	POSIZIONE di COORDINAMENTO	PROFILO	TIPOLOGIA di COORDINAMENTO
ADI VALUTAZIONE	1	INFERMIERE/FISIOTERAPISTA	GESTIONALE
GESTIONE FRAGILITA'			
MISURE INNOVATIVE			
APPROPRIATEZZA PERCORSI			
POT VIADANA	1	INFERMIERE	GESTIONALE
CURE PALLIATIVE	1	INFERMIERE	GESTIONALE
TOTALE	3		

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE			
STRUTTURE COORDINATE	POSIZIONE di COORDINAMENTO	PROFILO	TIPOLOGIA di COORDINAMENTO
SPDC MANTOVA	1	INFERMIERE	GESTIONALE
CPM GRAZIE	1	INFERMIERE	GESTIONALE
CRA MANTOVA			
NPI	1	INFERMIERE/FISIOTERAPISTA	GESTIONALE
SPDC CASTIGLIONE	1	INFERMIERE	GESTIONALE
TOTALE	4		

AREA SALE OPERATORIE			
STRUTTURE COORDINATE	POSIZIONE di COORDINAMENTO	PROFILO	TIPOLOGIA di COORDINAMENTO
BLOCCO OPERATORIO MANTOVA E PS ORTOPEDICO-GESTIONE PERSONALE	1	INFERMIERE	GESTIONALE
BLOCCO OPERATORIO MANTOVA E PS ORTOPEDICO-GESTIONE LOGISTICA/BENI	1	INFERMIERE	GESTIONALE
TOTALE	2		

DIPARTIMENTO SERVIZI			
STRUTTURE COORDINATE	POSIZIONE di COORDINAMENTO	PROFILO	TIPOLOGIA di COORDINAMENTO
RADIOLOGIA MANTOVA	1	TSRM	GESTIONALE
NEURORADIOLOGIA			
RADIOLOGIA PIEVE	1	TSRM	GESTIONALE
RADIOLOGIA ASOLA - BOZZOLO	1	TSRM	GESTIONALE
CENTRO MAMMOGRAFICO	1	TSRM	GESTIONALE
LABORATORIO MANTOVA	1	TSLB	GESTIONALE
LABORATORIO ASOLA E BOZZOLO			
LABORATORIO PIEVE	1	TSLB	GESTIONALE
ANATOMIA PATOLOGICA	1	TSLB	GESTIONALE
CAMERE MORTUARIE			
TOTALE Dipartimento	7		

AREA VACCINAZIONI E AMBULATORI AZIENDALI			
STRUTTURE COORDINATE	POSIZIONE di COORDINAMENTO	PROFILO	TIPOLOGIA di COORDINAMENTO
POLIAMBULATORI VIA TRENTO e PUNTO PRELIEVI ARMONIA	1	INFERMIERE	GESTIONALE
POLIAMBULATORI RONCOFERRARO			
TOTALE	1		

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI DOMANDA PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICHI TEMPORANEI DI COORDINAMENTO

All'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE MANTOVA

Strada Lago Paiolo, 10

46100 MANTOVA

**DOMANDA RELATIVA ALL'AVVISO INTERNO PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICO TEMPORANEO DI FUNZIONI DI COORDINAMENTO PER IL PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE –
COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO –
INFERMIERE/OSTETRICA/TSLB/TSRM/FISIOTERAPISTA
emesso con delibera n. 30 del 10/01/2018.**

Il/La sottoscritto/a _____

C H I E D E

di poter partecipare all'AVVISO INTERNO sopra indicato come da relativo bando di cui dichiara di aver preso visione, accettandone le condizioni, rendendosi disponibile per _____
A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara:

a) di essere nato/a a _____, il _____ e di risiedere a _____ indirizzo: _____;

b) di essere dipendente di Codesta Azienda in qualità di _____ con decorrenza dal _____

c) di essere in possesso dei seguenti requisiti:

☐ Diploma di Laurea o titolo equipollente in _____

Conseguito il _____

Presso _____

☐ Master in _____

Conseguito il _____

Presso _____

Presso _____

☐ di presentare curriculum formativo e professionale, come da dichiarazione allegata.

Il/La sottoscritto/a elegge il seguente domicilio (INDIRIZZO DA SCRIVERE IN STAMPATELLO CON INDICAZIONE OBBLIGATORIA DEL RECAPITO TELEFONICO – E-MAIL – EVENTUALE FAX) al quale deve, ad ogni effetto essere inviata ogni comunicazione al riguardo. In caso di mancata indicazione vale ad ogni effetto la residenza di cui al pt. a):

DOMICILIO: _____

TEL. FISSO _____ CELLULARE _____

E-MAIL _____ FAX _____

Data _____

Firma _____

(allegare copia documento di identità)

**ALL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
MANTOVA**

Strada Lago Paiolo, 10

46100 MANTOVA

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE ALLEGATO QUALE PARTE INTEGRANTE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVVISO INTERNO PER L'ATTRIBUZIONE DI INCARICO TEMPORANEO DI FUNZIONI DI COORDINAMENTO PER IL PERSONALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE - COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO- INFERMIERE, emesso con delibera n. 30 del 10/01/2018.

IO SOTTOSCRITTO/A _____

- consapevole che l'Amministrazione effettuerà i controlli previsti dalle norme vigenti, sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai candidati;
- valendomi delle disposizioni di cui al DPR 28.12.2000 n. 445 come modificato dall'art. 15 della Legge 12/11/2011 n. 183;
- consapevole altresì che, in caso di false dichiarazioni o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti al vero, potrà incorrere nelle sanzioni previste dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale e nella decadenza dal beneficio ottenuto mediante tali atti falsi,

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITÀ':

DATI ANAGRAFICI:

di essere nato/a a _____ (_____), il _____

di risiedere in _____ (_____) C.A.P. _____

indirizzo: _____ n.

di essere domiciliato in _____ (_____) C.A.P. _____

indirizzo: _____ n.

Stato Civile: _____

Telefono: _____

P.E.C.: _____

E-mail: _____

TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

○ di essere in possesso del DIPLOMA DI LAUREA o Titolo equipollente in _____
conseguita in data _____ con voto pari a _____ presso
_____ con _____ sede _____ in _____

e

○ di essere in possesso del MASTER di primo livello in _____
conseguito in data _____ voto: _____ della durata legale di anni _____
presso _____

○ con _____ sede _____ in _____

○ ALTRI TITOLI DI STUDIO (da indicarsi in modo corretto, preciso ed esaustivo rispetto a tutti gli elementi che si intende autocertificare e che verrebbero indicati nel caso in cui il documento fosse rilasciato dall'ente competente):

TITOLO: _____

conseguito il _____ presso _____

con _____ sede _____ in _____

ulteriori informazioni:



Carlo Poma



Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova

Strada Lago Paio 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

PUBBLICAZIONI E TITOLI SCIENTIFICI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le pubblicazioni allegate al curriculum riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita. Si ricorda che le pubblicazioni vengono considerate ai fini della valorizzazione dei titoli solo se prodotte in forma integrale, in originale o copia conforme)

TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ (gg/mm/aa)

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo - anno - Vol. - pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO:

PUBBLICAZIONE ON LINE:

ATTI CONGRESSUALI:

TITOLO: _____

AUTORI: _____

DATA DI PUBBLICAZIONE _____ (gg/mm/aa)

TIPO DI PUBBLICAZIONE (es.: monografia, capitolo, articolo, abstract, poster, opuscoli etc.)

ESTREMI IDENTIFICATIVI DELLA PUBBLICAZIONE (riportando Nome/Titolo - anno - Vol. - pagg. etc.)

RIVISTA O TESTO DI RIFERIMENTO:

PUBBLICAZIONE ON LINE:

ATTI CONGRESSUALI:

PRECEDENTI ESPERIENZE LAVORATIVE:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze lavorative riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____ (esatta denominazione dell'ente)

con sede in _____

con la seguente natura giuridica (barrare la voce di interesse):

☐ Pubblica Amministrazione o equiparata (es. I.R.C.C.S.)

☐ Struttura Privata Convenzionata/Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale

☐ Struttura Privata

con contratto di tipo: ☐ dipendente;

☐ in regime convenzionale (fornirne dati identificativi): _____

☐ contratto di lavoro autonomo di tipo: _____

in qualità di _____

☐ a tempo determinato con rapporto di lavoro ☐ tempo pieno ☐ impegno ridotto (ore sett. _____)

☐ a tempo indeterminato con rapporto di lavoro ☐ tempo pieno ☐ impegno ridotto (n. ore sett. _____)

con incarico _____

(indicare l'esatta denominazione e la tipologia dell'incarico)

Motivo dell'eventuale cessazione: _____

Eventuali interruzioni: NO ☐ SI ☐

per i seguenti motivi _____

dal _____ al _____.

Dichiaro che: ☐ non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

☐ ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 20.12.1979 n. 761, in presenza delle quali il punteggio di anzianità deve essere ridotto.

La misura della riduzione del punteggio è _____

PRESENZE A CORSI:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di partecipazione a corsi/congressi/eventi/ecc. riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita) - non verranno valutati i corsi antecedenti all'anno 2012

TITOLO DEL CORSO:

ENTE ORGANIZZATORE:

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

PRESEZIATO COME: ☐ Uditore
☐ Relatore

☐ Segreteria Scientifica
☐ Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

☐ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale
☐ Crediti ECM n. _____

TITOLO DEL CORSO:

ENTE ORGANIZZATORE:

LUOGO DI SVOLGIMENTO:

PRESEZIATO COME: ☐ Uditore
☐ Relatore

☐ Segreteria Scientifica
☐ Corso Formazione a Distanza

DURATA DEL CORSO: NEI GIORNI DAL _____ AL _____ (indicando gg/mm/aa)

Per giorni totali di presenza _____ pari a ore totali _____

☐ con superamento esame finale; ☐ non previsto esame finale
☐ Crediti ECM n. _____



ATTIVITA' DIDATTICA/DOCENZE IN AMBITO ACCADEMICO:

(Utilizzare il presente schema per elencare le proprie esperienze di docenza riproducendo, se necessario, la corrente pagina tante volte quanto necessita)

Dal _____ **al** _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

con sede in _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

corso di studio: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____

tipologia contrattuale: _____

Dal _____ **al** _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

con sede in _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

corso di studio: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____

tipologia contrattuale: _____

Dal _____ **al** _____ (indicare gg/mm/aa)

presso _____

con sede in _____

natura giuridica dell'Istituto: _____

corso di studio: _____

materia di insegnamento: _____

impegno orario (indicare il monte ore nell'anno scolastico/accademico): _____

tipologia contrattuale: _____

ESITI VALUTAZIONE PERMANENTE

ANNO 2014 _____

ANNO 2015 _____

ANNO 2016 _____

INCARICHI DI COORDINAMENTO PRECEDENTI

ALTRE ESPERIENZE, ATTINENTI ALLA FUNZIONE DA RICOPRIRE, CHE IL CANDIDATO RITENGA OPPORTUNO AUTOCERTIFICARE:

Il presente curriculum professionale consta di n. _____ pagine così come risulta dalla numerazione manualmente apposta in ogni pagina.

Il Dichiarante

_____, li _____

(allegare copia fronte/retro documento di riconoscimento)



Carlo Poma



Regione
Lombardia
ASST Mantova

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova
Strada Lago Paiolo 10 - 46100 Mantova | www.asst-mantova.it
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201