IN ESECUZIONE DELLA DELIBERAZIONE N. 2076 DEL 25.11.2015 SI RIPUBBLICA IL BANDO RETTIFICATO RELATIVO ALLA SELEZIONE INTERNA PER L' INDIVIDUAZIONE DI RISK MANAGER AZIENDALI BANDITA CON ATTO N. 1983 del 18/11/2015.

PER EFFETTO DELLA SUDDETTA RETTIFICA IL TERMINE PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE E' POSTICIPATO AL 10 DICEMBRE 2015

**NUOVO BANDO DI SELEZIONE INTERNA PER L' INDIVIDUAZIONE DI RISK MANAGER AZIENDALI**

**TERMINE PRESENTAZIONE DOMANDE**

**10 DICEMBRE 2015**

Ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale n. 46/17 del 22/09/2015 "Linee Guida di indirizzo per la gestione del rischio clinico" e in esecuzione della Deliberazione AOB n.1983 del 18/11/2015 rettificata con atto n. 2076 del 25/11/2015 è indetta una SELEZIONE INTERNA per la individuazione delle seguenti figure professionali con funzioni di RISK MANAGER AZIENDALI:

- un Patient Safety Manager (risk manager di area sicurezza del paziente)
- un Clinical Risk Manager (risk manager di area clinica)

**REQUISITI DI PARTECIPAZIONE**

Possono partecipare a tale selezione i dipendenti dell'AOB che siano in possesso dei seguenti requisiti:

**PATIENT SAFETY MANAGER (risk manager di area sicurezza del paziente):**

a) essere dipendenti di questa Azienda Ospedaliera in possesso di Laurea Vecchio ordinamento, Specialistica o Magistrale, con competenze di management (di area sanitaria, biomedica, psico-sociale, tecnico-economica, giuridica) con la funzione di attuare le azioni preventive e migliorative per la riduzione del rischio e l'implementazione delle politiche per la sua gestione;

**CLINICAL RISK MANAGER (risk manager di area clinica)**

**a)** essere dipendenti di questa Azienda Ospedaliera in possesso di Laurea Vecchio ordinamento o Magistrale, con competenze cliniche (di area clinica, professioni sanitarie) con la funzione di gestire i sistemi di reporting e di learning e l'analisi degli eventi avversi attraverso gli strumenti di Root Cause Analysis (RCA),Audit e Morbidity and Mortality (M&M)

**DOMANDA DI AMMISSIONE:**

I dipendenti interessati dovranno dichiarare nella domanda di partecipazione il possesso dei requisiti specifici richiesti ed il profilo professionale di appartenenza, allegando inoltre alla domanda apposito curriculum formativo e professionale, datato e firmato.

La domanda, redatta **esclusivamente** sull'apposito modulo di autocertificazione predisposto dall'Amministrazione, datata e firmata in originale, deve essere rivolta al COMMISSARIO STRAORDINARIO dell'Azienda Ospedaliera G. Brotzu di Cagliari, ed in essa i candidati dovranno dichiarare:

a) nome e cognome;

b) data, luogo di nascita e residenza;

c) ruolo, profilo e categoria di inquadramento e sede di lavoro;

d) tipologia di incarico al quale si chiede di accedere;

e) possesso dei requisiti e delle competenze inerenti la funzione da ricoprire,

f) domicilio presso il quale deve essere fatta all'aspirante, ad ogni effetto, ogni necessaria comunicazione.

**Alla domanda di partecipazione il dipendente dovrà allegare apposito curriculum formativo e**

**professionale, datato e firmato.**

La domanda deve essere presentata direttamente:

1) all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda Ospedaliera G. Brotzu di Cagliari – Piazzale A. Ricchi 1 – 09134 Cagliari;

ovvero:

2) tramite posta elettronica certificata al seguente indirizzo:

**P.E.C. serv.personale@pec.aobrotzu.it** nel caso in cui il partecipante sia in possesso di una casella di posta elettronica certificata (PEC), entro il termine perentorio fissato nel bando e pubblicato sul sito aziendale www.aobrotzu.it – Sezione Concorsi e Selezioni

Inoltre si precisa che le domande trasmesse mediante PEC saranno valide solo se:

- sottoscritte mediante firma digitale;
- oppure sottoscritte nell'originale scansionato ed accompagnate da fotocopia del documento di identità in corso di validità.

**E' esclusa ogni altra forma di presentazione o trasmissione delle istanze di partecipazione.**

Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio, e l'eventuale riserva di invio successivo di documenti o il riferimento a documenti e titoli in possesso dell'Amministrazione è priva di effetto.

Qualora detto giorno sia festivo, o un sabato, il termine è prorogato alla stessa ora del primo giorno successivo non festivo.

**NOMINA DELLA COMMISSIONE ESAMINATRICE**

L'individuazione dei Risk Manager Aziendali, previa verifica dei requisiti, viene effettuata dal Commissario Straordinario con apposito atto deliberativo motivato.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dr.ssa Graziella Pintus

**MODULO DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Al COMMISSARIO STRAORDINARIO
dell'Azienda Ospedaliera "G.Brotzu"
Piazzale A.Ricchi,1
09134 CAGLIARI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a

_____ _____ il _____

residente in _____

_____ via _____n.

_____

chiede di essere ammesso/a alla selezione interna per **l' individuazione dei Risk Manager Aziendali:**

☐ **PATIENT SAFETY MANAGER (risk manager di area sicurezza del paziente):**

☐ **CLINICAL RISK MANAGER (risk manager di area clinica)**

(barrare la casella che interessa)

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1) di prestare servizio a tempo indeterminato presso l' Azienda Ospedaliera G.Brotzu nel profilo professionale di:

_____

_____

2) di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità ed inconferibilità previste dal Decreto Legislativo n. 39/2013;

Il sottoscritto chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura al seguente indirizzo:

Via _____ cap _____

Comune _____ provincia (_____) telefono: _____;

Al fine della valutazione di merito, il sottoscritto presenta, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

un curriculum formativo e professionale, datato e firmato, autocertificato ai sensi di legge.

Data _____

Firma _____

***MODULO DI CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE***

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a

_____ il _____

residente

in _____via

_____,

ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara, sotto la

propria responsabilità, il seguente

**CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE**

**TITOLI DI STUDIO E PROFESSIONALI:**

**Il sottoscritto dichiara di essere in possesso dei seguenti:**

- **Diplomi/Lauree/Corsi Universitari:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**LINGUE STRANIERE:**

_____

_____

**CONOSCENZE INFORMATICHE:**

_____

_____

**SERVIZI PRESTATI (indicare solo i servizi presso Aziende Sanitarie Pubbliche e Pubbliche Amministrazioni in ordine cronologico, compresi quelli prestati presso questa Azienda Ospedaliera, che evidenzino le funzioni svolte e le conoscenze possedute in riferimento al settore specifico a cui si riferisce la posizione organizzativa da conferire):**

**dal _____ al _____ in qualità di _____**

**presso: _____ Settore di attività: _____**

**dal _____ al _____ in qualità di _____**

**presso: _____ Settore di attività: _____**

**dal _____ al _____ in qualità di _____**

**presso: _____ Settore di attività: _____**

**dal _____ al _____ in qualità di _____**

**presso: _____ Settore di attività: _____**

**dal _____ al _____ in qualità di _____**

**presso: _____ Settore di attività: _____**

**PARTECIPAZIONE A CORSI, CONGRESSI, SEMINARI E AGGIORNAMENTI**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.