

AVVISO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE A NORMA DELL'ARTICOLO 7, COMMA 6, DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 MARZO 2001, N. 165 E SS.MM.II

In esecuzione della deliberazione n. 1688 del 06.12.2012 e in applicazione del "Regolamento per il conferimento di incarichi di collaborazione a norma dell'art. 7, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 e ss.mm.ii." approvato con deliberazione n. 760 del 23.06.2009

E' INDETTA

Una procedura di comparazione per il conferimento di due incarichi Libero Professionali per

DUE FARMACISTI ESPERTI IN FARMACOVIGILANZA ATTIVA

Oggetto: Progetto "Farmacovigilanza attiva: valutazione delle segnalazioni di reazione avversa in seguito a trattamento con farmaci antitumorali ad allestimento centralizzato in Farmacia o diffuso (reparti)"

Obiettivi: L'incarico sarà teso al raggiungimento dei seguenti obiettivi per ciascun professionista:

- Valutare attraverso il numero e la tipologia delle reazioni avverse se con l'allestimento centralizzato del farmaco antitumorale sia possibile garantire una maggiore sicurezza per il paziente;
- Valutare se l'allestimento centralizzato degli antitumorali consente una maggiore appropriatezza prescrittiva;
- Incrementare il numero di segnalazioni di reazioni avverse con centralizzazione antitumorali vs. con un sistema non centralizzato.

Attività:

- Rilevare, monitorare e trasmettere, in armonia con le disposizioni dell'AIFA, le segnalazioni di reazioni avverse;
- Verificare, mediante indicatori per la valutazione degli esiti, se l'allestimento centralizzato del farmaco antitumorale è garanzia di maggiore sicurezza per il paziente e per l'operatore e determini una maggiore appropriatezza prescrittiva con contenimento di spesa;
- Sensibilizzare e supportare i clinici e operatori sanitari nella compilazione delle schede di segnalazione di reazione avversa ed invio al responsabile per la farmacovigilanza aziendale;
- Informare i clinici mediante ricerca nella letteratura scientifica internazionale di pubblicazioni inerenti la materia ed eventuali aggiornamenti della normativa di riferimento;
- Valutare l'impatto economico derivante dall'insorgenza di reazioni avverse.

Durata: mesi 12.

Sede di svolgimento: S.C. di Farmacia Ospedaliera;

Modalità di svolgimento della prestazione: da concordarsi con il Responsabile della struttura di riferimento.

Compenso annuo per ciascun professionista:

- € 43.200,00 da intendersi al lordo di IVA, se dovuta.

Il sopra menzionato compenso è giustificato in relazione all'impegno lavorativo da prestarsi da parte del singolo professionista.

Costituiscono requisiti di accesso alla procedura:

Requisiti generali:

- cittadinanza italiana o regolare permesso di soggiorno per i cittadini stranieri;
- godimento dei diritti civili e politici. Non possono accedere agli impieghi coloro che sono stati esclusi dall'elettorato politico attivo;
- non aver riportato condanne penali (ovvero indicare le eventuali condanne penali riportate);
- di non essere cessati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito lo stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

Requisiti specifici:

- Laurea specialistica in Farmacia ovvero Laurea specialistica in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche - (Classe S14 - Farmacia e Farmacia Industriale) e titoli equiparati od equipollenti;
- Specializzazione in Farmacia Ospedaliera
- Iscrizione all'Ordine Professionale dei Farmacisti

Gli interessati devono far pervenire la propria candidatura, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso e corredata di curriculum formativo e professionale, all'Azienda ASL di Cagliari - Via Piero della Francesca 1 – 09047 SELARGIUS, entro il termine perentorio del giorno

20.12.2012

Le domande potranno pervenire sia tramite posta che con consegna all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda sito al piano terra della Sede Amministrativa dell'Azienda (Via Piero della Francesca 1 - SELARGIUS). In caso di utilizzo del servizio postale la domanda dovrà essere indirizzata al Direttore generale della ASL di Cagliari, Via Piero della Francesca 1 - 09047 SELARGIUS e dovrà essere inoltrata a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro la data di scadenza. La data di spedizione è comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante.

Alla domanda dovranno essere allegati:

1. un curriculum formativo e professionale, redatto su carta libera, datato e firmato,
2. l'autocertificazione dei titoli posseduti,
3. la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità,
4. ogni altra indicazione o documentazione ritenuta utile ai fini del presente avviso, autocertificata ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

I documenti allegati alla domanda devono essere presentati in conformità alle disposizioni della normativa vigente in materia di documenti amministrativi e pertanto essere autocertificati nei casi e nei limiti previsti dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii.

Il candidato deve avvalersi delle seguenti dichiarazioni sostitutive previste dal d.p.r. 445/00 (Si vedano i fac-simile allegati al presente avviso):

- 1) Dichiarazione sostitutiva di certificazione, da utilizzarsi nei casi riportati nell'elenco di cui all'art. 46 d.p.r. 445/00.
- 2) Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (art. 47, d.p.r. 445/00) da utilizzare per tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nel citato art. 46 d.p.r. 445/00.
- 3) Dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativamente alla conformità all'originale di una copia di un atto, di un documento, di una pubblicazione o di un titolo di studio (artt. 19 e 47 d.p.r. 445/00).

Alle predette dichiarazioni sostitutive di atto notorio dovrà essere allegata fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Fatte salve le eccezioni di cui sopra, non saranno presi in considerazione titoli ed esperienze professionali non autocertificate ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e pertanto non documentate formalmente.

L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte dell'aspirante candidato o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa.

Il Servizio del Personale procederà all'accertamento del possesso dei requisiti d'accesso alla procedura mentre una Commissione appositamente individuata dal Direttore generale, provvederà ad effettuare una valutazione comparativa dei curricula pervenuti ed alla verifica del requisito della particolare e comprovata specializzazione anche universitaria strettamente correlata al contenuto della prestazione richiesta ovvero degli altri requisiti richiesti dalla legge e tenuto conto della formazione ed esperienza acquisita nel campo specifico, con particolare riferimento a:

Farmacisti esperti in farmacovigilanza attiva:

• qualificazione professionale	massimo 10 punti
• Esperienze maturate nel settore di attività di riferimento, in particolare, conoscenza e competenza nella farmacovigilanza attiva, sull'appropriatezza prescrittiva e modalità d'uso dei farmaci antiblastici	massimo 20 punti
• ulteriori elementi legati alla specificità dell'attività richiesta	massimo 10 punti

I candidati in possesso di curriculum che risponda preliminarmente alla professionalità richiesta, potranno essere invitati a sostenere colloqui, esami, prove specifiche (massimo 10 punti).

Ai fini del conferimento dell'incarico di collaborazione oggetto del presente bando la Commissione procederà alla formulazione di apposita graduatoria sulla base dei punteggi riportati dai candidati in ordine ai titoli posseduti dai medesimi ed al risultato di eventuali colloqui, esami, prove specifiche.

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento al "Regolamento per il conferimento di incarichi di collaborazione a norma dell'articolo 7, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii. a soggetti esterni presso l'Azienda ASL di Cagliari", approvato con deliberazione del 23.06.2009 n. 760 ed alla normativa ivi indicata.

L'Amministrazione si riserva la facoltà di procedere o meno all'effettiva attribuzione dell'incarico individuale, qualora ne rilevasse la necessità o l'opportunità a suo insindacabile giudizio.

L'Amministrazione si riserva, altresì, la facoltà di prorogare, sospendere o revocare il presente avviso pubblico in qualunque momento qualora ricorrano motivi legittimi e particolari ragioni dell'Azienda ASL di Cagliari, senza che per gli interessati insorga alcuna pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

La procedura di comparazione verrà conclusa nei termini e con le modalità previste dall'art. 2 della l. n. 241 del 07.08.1990 e s.s.m.m.i.i. e ne sarà data pubblicità tramite il sito web aziendale. Per informazioni rivolgersi al Servizio del Personale, tel. 070 – 6093218 / 3274.

Selargius, _____

IL DIRETTORE GENERALE

dott. Emilio Simeone

FAC SIMILE DI DOMANDA

Al Direttore generale
dell'Azienda ASL di Cagliari
Servizio del Personale
Via Piero Della Francesca, 1
09047 Selargius - Cagliari

__l__ sottoscritt__ _____, nat__ a _____ (Prov.__) il _____, residente in _____, (CAP _____), Via _____, n. _____ e domiciliat__ per la presente procedura in _____ (CAP _____), Via _____, n. _____ Tel. n. _____

CHIEDE

di essere ammesso a partecipare all'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico Libero Professionale a

DUE FARMACISTI ESPERTI IN FARMACOVIGILANZA ATTIVA

di cui alla delibera **n. 1688 in data 06.12.2012.**

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR 445/00, dichiara:

di essere cittadino _____ (specificare se italiano o di altro stato);

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____;

di non aver riportato condanne penali (ovvero di aver riportato le seguenti condanne penali) _____;

**di essere in possesso del titolo di studio di (Laurea in _____)
conseguito presso _____ in data _____;**

Specializzazione in _____

Iscrizione all'Ordine Professionale dei Farmacisti di _____

di aver *ovvero di* non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni (specificare ed indicare le eventuali cause di risoluzione);

che nei precedenti rapporti con PP.AA. non vi è stato recesso per giusta causa ai sensi del CCNL vigente.

Ai sensi del d.lgs 196 del 30.06.2003 e ss.mm.ii., di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Le comunicazioni relative alla presente selezione dovranno essere inviate al domicilio sopra indicato. Il sottoscritto si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

Si allegano:

1. un curriculum formativo e professionale, redatto su carta libera, datato e firmato,
2. l'autocertificazione dei titoli posseduti,
3. la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità,
4.

In caso di attribuzione dell'incarico si impegna a non svolgere altre attività incompatibili o comunque in conflitto di interesse rispetto all'incarico attribuito.

Dichiara infine di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

DATA _____

FIRMA _____

(Da utilizzare per dichiarare, ad esempio: iscrizione in albi, registri o elenchi tenuti da pubbliche amministrazioni; appartenenza a ordini professionali; titolo di studio, esami sostenuti; qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica ecc.)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Ai sensi dell'art. 46 del d.p.r. n. 445 del 28.12.2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, (Prov. ___), il _____ residente in _____, (Prov. ___), Via _____ n° ___, C.A.P.: _____,

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.p.r. n. 445/2000

D I C H I A R A

di essere in possesso dei seguenti titoli di studio:

1. _____

2. _____

3. _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda ASL di Cagliari, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del d.lgs 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

data e firma

(Da utilizzare per dichiarare stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato come, ad esempio, l'esperienza professionale e lavorativa).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Ai sensi dell'art. 47 del d.p.r. n. 445 del 28.12.2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, (Prov. ___), il _____ residente in _____, (Prov. ___), Via _____ n° __, C.A.P.: _____,

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.p.r. n. 445/2000

D I C H I A R A

1. L'esperienza professionale e lavorativa riportata nel curriculum professionale allegato
2. _____
3. _____
4. _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda ASL di Cagliari, a seguito di controllo, verifici la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del d.lgs 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Si allega la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità

data e firma

(Da utilizzare, per esempio, per dichiarare che la copia di una pubblicazione è conforme all'originale. Tale dichiarazione può altresì riguardare la conformità all'originale della copia dei documenti fiscali che devono essere obbligatoriamente conservati dai privati).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Ai sensi degli artt. 19 e 47 del d.p.r. n. 445 del 28.12.2000.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, (Prov. ____), il _____ residente in _____, (Prov. ____), Via _____ n° __, C.A.P.: _____, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del d.p.r. n. 445/2000

D I C H I A R A

di essere a conoscenza del fatto che le copie fotostatiche dei seguenti documenti sono conformi all'originale di cui è in possesso: *(elencare i documenti che si sono allegati in fotocopia)*

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del d.p.r. 445/00, relativo alla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Azienda ASL di Cagliari, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione. Il sottoscritto, ai sensi del d.lgs 196/03 accorda il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge.

Si allega la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità

data e firma