

29 AGO. 2016

AVVISO per il CONFERIMENTO di N. 1 INCARICO DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA per la figura professionale di PSICOLOGO - a norma dell'art. 7, comma 6, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii. - PROGETTO *Caregiver: Studio della correlazione fra tipologia di deficit cognitivo e comportamentale in pazienti affetti da Demenza e tipologia di burden del caregiver. Ideazione di interventi a sostegno del caregiver con counselling psicologico e logopedico* - S.C. NEURORIABILITAZIONE P.O. SS. TRINITA'.

In esecuzione della deliberazione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e in applicazione del Regolamento per il conferimento di incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo ai sensi dell'art. 7, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 e ss.mm.ii., approvato con deliberazione n. 381 del 30/04/2016,

#### E' INDETTA

una procedura di comparazione per il conferimento di n. 1 incarico di collaborazione coordinata e continuativa per la figura professionale di

#### PSICOLOGO

*esperto in diagnostica neuropsicologica dei deficit cognitivi nelle patologie neurologiche dell'adulto, negli interventi non farmacologici per il trattamento dei disturbi comportamentali del paziente affetto da demenza, nel sostegno psicologico al caregiver e nella valutazione del caregiver burden.*

#### 1) Oggetto.

Svolgimento di prestazioni professionali qualificate da svolgersi nell'ambito del progetto aziendale denominato *Caregiver: Studio della correlazione fra tipologia di deficit cognitivo e comportamentale in pazienti affetti da Demenza e tipologia di burden del caregiver. Ideazione di interventi a sostegno del caregiver con counselling psicologico e logopedico*, predisposto dal Direttore della S.C. Neuroriabilitazione P.O. SS. Trinità.

#### 2) Attività professionali oggetto dell'incarico.

Il professionista selezionato sarà preposto allo svolgimento delle seguenti attività:

- Valutazione neuropsicologica adeguata e finalizzata all'esatto inquadramento diagnostico della tipologia di demenza;
- Supporto e assistenza al paziente e al caregiver, quest'ultimo definito secondo quanto riportato nella descrizione estensiva del progetto.

#### 3) Obiettivi.

L'incarico sarà teso al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Studio delle modalità con cui le diverse tipologie di *deficit* cognitivo (memoria, linguaggio, funzioni esecutive) e di disturbo comportamentale si estrinsecano dal punto di vista funzionale e delle caratteristiche del *distress* da questi indotti nel *caregiver*;
- Studio delle modalità con cui le variabili legate al paziente (età, sesso, severità di malattia) determinano o modificano il *burden* del *caregiver*;
- Studio delle modalità con cui fattori più direttamente riconducibili al *caregiver* (età, sesso, condizione lavorativa/disoccupazione, *status* economico e contesto sociale) influenzano la tipologia e l'entità del *burden*; ciò anche nell'ottica della predisposizione di un "manuale d'aiuto per il *caregiver*".

#### 4) Durata.

12 mesi.

#### 5) Sede di svolgimento.

L'attività dovrà essere svolta presso la S.C. di Neuroriabilitazione del P.O. SS. *Trinità*.

#### 6) Modalità di svolgimento della prestazione.

L'attività sarà articolata su tre giorni settimanali, la mattina, secondo le indicazioni del responsabile della struttura di riferimento.

#### 7) Natura del contratto.

Contratto di collaborazione coordinata e continuativa.

#### 8) Compenso.

Il compenso lordo complessivo per l'incarico è pari a € 12.991,98 (a fronte di un costo aziendale complessivo pari a € 17.000,00), da intendersi al lordo delle ritenute fiscali e previdenziali, comprensivo di IVA, se dovuta.

Il compenso professionale in favore del collaboratore è stabilito e giustificato in relazione all'impegno lavorativo prestato, previa attestazione, da parte del responsabile del progetto, del regolare svolgimento delle attività per il periodo di riferimento.

Non sono previsti rimborsi spese per eventuali costi sostenuti dal professionista nell'ambito delle prestazioni ed attività in oggetto.

#### 9) Requisiti di accesso alla procedura.

##### I) 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);
- 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;

## II) Requisiti specifici:

- Laurea vecchio ordinamento, specialistica o magistrale in Psicologia;
- Iscrizione all'Albo professionale degli Psicologi.

### 10) Presentazione della domanda di partecipazione.

Gli interessati devono far pervenire la propria candidatura, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso (MODULO A) e corredata di *curriculum* formativo e professionale, alla ASL di Cagliari - Via Piero della Francesca 1 - 09047 SELARGIUS, entro il termine perentorio del giorno

00/00/2016

Le domande potranno essere trasmesse attraverso una delle modalità sotto indicate:

- **raccomandata A.R.** indirizzata a: Commissario straordinario della ASL di Cagliari, Via Piero della Francesca 1 - 09047 SELARGIUS. Per la data di spedizione farà fede il timbro dell'Ufficio Postale accettante;
- **consegna a mano**, entro la data di scadenza, presso l'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda sito al piano terra della Sede Amministrativa dell'Azienda (Via Piero della Francesca 1 - SELARGIUS);
- **per via telematica, esclusivamente tramite propria casella di posta elettronica certificata (PEC)**, all'indirizzo [protocollo.generale@pec.aslcagliari.it](mailto:protocollo.generale@pec.aslcagliari.it), avendo cura di allegare tutta la documentazione in un unico file in formato PDF.

### 11) Documenti allegati alla domanda di partecipazione.

Alla domanda di partecipazione, redatta secondo lo schema allegato al presente avviso (MODULO A), devono essere obbligatoriamente allegati, pena inammissibilità della stessa, i documenti sottoelencati:

1. curriculum formativo-professionale aggiornato, redatto in formato europeo, datato e firmato (il curriculum non redatto in formato europeo non verrà preso in considerazione ai fini della valutazione);
2. fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;
3. ogni altra indicazione (titolo o requisito che non sia già contenuto nel curriculum o nella domanda di partecipazione) o documentazione (come nel caso delle pubblicazioni edite a stampa) ritenuta utile ai fini del presente avviso, deve essere presentata in conformità alle disposizioni della normativa vigente in materia di documenti amministrativi e, pertanto, deve essere autocertificata nei casi e nei limiti previsti dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii, mediante l'utilizzo dei MODULI B e C, allegati al presente avviso, attenendosi scrupolosamente alle indicazioni in essi contenute.

Come indicato al punto 3) precedente, alla domanda di partecipazione possono essere allegate le pubblicazioni edite a stampa di cui il candidato è autore, con le modalità previste dal MODULO C. In

caso di pubblicazioni a più autori, devono allegarsi unicamente la copertina del testo e la/le parte/i di cui il candidato è autore.

#### 12) Autocertificazione.

Il candidato deve avvalersi delle seguenti dichiarazioni sostitutive previste dal DPR n. 445/00 (Si vedano i *fac-simile* allegati al presente bando):

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (art. 47 d.p.r. 445/00) da utilizzare per tutti gli stati, fatti e qualità personali non riportati nel *curriculum* o nella domanda (MODULO B);
- 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) (MODULO C).

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

La mancata sottoscrizione autografa delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e delle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà comporta la non validità delle stesse. Parimenti, comporta invalidità delle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà la mancanza in allegato di copia di un valido documento di identità.

Pertanto, non saranno presi in considerazione ed essere oggetto di valutazione titoli ed esperienze professionali non autocertificati ai sensi del D.P.R. n. 445/2000.

L'Amministrazione declina sin d'ora ogni responsabilità per dispersione di comunicazioni dipendenti 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.

#### 13) Ammissibilità delle domande ed accertamento dei requisiti d'accesso.

Il Servizio del Personale della ASL di Cagliari procederà alla verifica della regolarità ed ammissibilità delle domande di partecipazione ed all'accertamento del possesso dei requisiti d'accesso di ciascun candidato.

#### 14) Carenze e irregolarità documentali.

Sino alla scadenza del termine per la presentazione delle domande è consentita l'integrazione della domanda di partecipazione e della documentazione prodotta a corredo.

Dopo la scadenza del suddetto termine è consentita esclusivamente la sanatoria di meri errori materiali od omissioni nella compilazione della domanda di partecipazione.

#### 15) Esclusioni.

Il mancato possesso dei requisiti generali e specifici indicati nel presente avviso di procedura comparativa, così come la falsa dichiarazione degli stessi, comporta l'automatica esclusione dalla procedura

comparativa, ferma restando la responsabilità individuale prevista dalla vigente normativa per dichiarazioni mendaci.

La mancata sottoscrizione autografa della domanda da parte del candidato, la mancanza di elementi atti ad identificare con certezza il candidato, il mancato rispetto dei termini di scadenza e delle modalità, per l'invio delle istanze di partecipazione, è motivo di esclusione dalla procedura comparativa.

L'esclusione dalla procedura comparativa è disposta con atto motivato del Responsabile del Servizio del Personale ed è notificata agli interessati.

#### 16) Conflitto di interesse.

All'atto del conferimento dell'incarico, l'interessato presenta una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di conflitto di interesse, anche potenziale, rispetto all'incarico conferito.

La dichiarazione di cui al precedente punto è pubblicata sul sito della ASL Cagliari ed è condizione di efficacia dell'incarico e del relativo contratto individuale di collaborazione.

Nell'ipotesi di accertamento di conflitto di interesse reale o potenziale, la ASL Cagliari si riserva la facoltà di valutare l'incompatibilità dell'incarico e di revocare lo stesso, fatta salva la possibilità per il collaboratore di risolvere l'incompatibilità esercitando il diritto di opzione.

L'accertamento di un conflitto di interesse, anche potenziale, successivo alla stipula del contratto ed al conferimento dell'incarico, è causa di risoluzione anticipata del rapporto.

#### 17) Valutazione dei candidati.

Una Commissione, appositamente individuata dal Commissario straordinario della ASL Cagliari, provvederà ad effettuare la valutazione comparativa dei *curricula* pervenuti e la verifica dei requisiti richiesti dalla legge, tenuto conto della formazione ed esperienza acquisita nel campo specifico dai singoli candidati.

La valutazione e l'attribuzione dei punteggi si baseranno sui criteri sottoelencati:

1. <b>Qualificazione professionale:</b>  ○ Percorso di studi universitari e post universitari, ulteriori titoli di studio ed esperienze formative, seminari, corsi di aggiornamento.	max 10 punti
2. <b>Esperienze lavorative già maturate nel settore di attività di riferimento, nel soggetto adulto.</b>	max 10 punti
3. <b>Ulteriori elementi legati alla specificità dell'incarico da conferire, con particolare riguardo alla valutazione neuropsicologica, finalizzata all'esatto inquadramento diagnostico della tipologia di demenza, quali:</b>  ○ Tirocinio obbligatorio post-laurea effettuato presso Istituti di cura o Centri dedicati alla diagnosi e cura dei disturbi cognitivi dell'adulto;  ○ Frequenza o altra tipologia di tirocinio effettuati presso Istituti di cura o	max 10 punti

Centri dedicati alla diagnosi e cura dei disturbi cognitivi dell'adulto.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Colloquio o esame o prova scritta finalizzati alla valutazione delle competenze del/della candidato/a nell'ambito della diagnostica neuropsicologica dei <i>deficit</i> cognitivi nelle patologie neurologiche dell'adulto, degli interventi non farmacologici per il trattamento dei disturbi comportamentali del paziente affetto da demenza, del sostegno psicologico al <i>caregiver</i> e della valutazione del <i>caregiver burden</i>.</li> </ul>	max 30 punti

#### 18) Formazione della graduatoria e conferimento dell'incarico.

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, tenuto conto dei criteri e dei punteggi sopra elencati.

I candidati in possesso di *curriculum* che risponda preliminarmente alla professionalità richiesta, potranno essere invitati a sostenere colloqui, esami, prove specifiche (massimo 30 punti).

Per quanto non espressamente previsto dal presente avviso si fa riferimento al *Regolamento per il conferimento di incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo ai sensi del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, articolo 7, comma 6*, approvato con deliberazione della ASL di Cagliari n. 381 del 30.04.2016 ed alla normativa ivi indicata.

Nell'ipotesi di rinuncia da parte del candidato/i vincitore/i, l'Amministrazione, qualora ne rilevi la necessità o l'opportunità, si riserva la facoltà di procedere allo scorrimento della graduatoria finale di merito ed all'attribuzione dell'incarico individuale al candidato classificatosi in posizione successiva.

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 della ASL di Cagliari, senza che per gli interessati insorga alcuna pretesa o diritto e possano elevare obiezioni di sorta.

#### 19) Conclusione del procedimento.

La procedura di comparazione verrà conclusa con la deliberazione di approvazione della graduatoria di merito e di conferimento degli incarichi e la conseguenziale stipulazione dei contratti di lavoro. Di ogni atto verrà data adeguata pubblicità tramite il sito web aziendale.

20) Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Il "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come sostituito dall'art. 1, comma 44 della Legge 6.11.2012, n. 190", è consultabile sul sito aziendale [www.asl8cagliari.it](http://www.asl8cagliari.it): Codice di comportamento dei dipendenti pubblici

Responsabile del procedimento: dott.ssa Michela Brocca, Servizio del Personale, tel. 070 609 3218.

Selargius (CA), \_\_\_\_\_

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott.ssa Savina Ortu

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1158 DEL 29 AGO. 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO ~~IL DIRETTORE SANITARIO~~  
~~Dott.ssa Antonella Carreras~~ ~~Dott. Pier Paolo Pani~~

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dott.ssa Savina Ortu

MODULO A  
FAC-SIMILE DOMANDA

Al Commissario Straordinario  
della ASL di Cagliari  
Servizio del Personale  
Via Piero Della Francesca, 1  
09047 Selargius - CA

Il /La sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_), il \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, residente  
in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_) (Prov. \_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
domiciliat\_ per la presente procedura in \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_) (Prov. \_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel./cell. \_\_\_\_\_,  
e-mail/PEC \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per il conferimento **di n. 1 incarico di collaborazione coordinata e continuativa per la figura di**

**PSICOLOGO**

*esperto in diagnostica neuropsicologica dei deficit cognitivi nelle patologie neurologiche dell'adulto, negli interventi non farmacologici per il trattamento dei disturbi comportamentali del paziente affetto da demenza, nel sostegno psicologico al caregiver e nella valutazione del caregiver burden.*

di cui alla deliberazione n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000, 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 citato d.p.r.

**DICHIARA:**

(Barrare tutte le caselle riferibili alla propria posizione)

- di essere cittadin\_ \_\_\_\_\_ (specificare se Italiano/a o di altro Stato);
- di essere iscritt\_ 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 seguente titolo di studio: \_\_\_\_\_,  
conseguito presso \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_,  
conseguita presso \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_;



- di essere iscritt\_ all'albo/ordine \_\_\_\_\_, con il numero \_\_\_\_\_ ed all'elenco degli \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso di ulteriori titoli di studio, di formazione e/o di aggiornamento, riportati specificatamente nella sezione *ISTRUZIONE E FORMAZIONE* del *curriculum* allegato, con l'indicazione dell'Istituzione che li ha rilasciati, la sede di svolgimento e la data di conseguimento;
- di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni, riportato nella sezione *ESPERIENZA PROFESSIONALE* del *curriculum* allegato, con l'indicazione della P.A., dei periodi di svolgimento dell'attività e le eventuali cause di risoluzione del rapporto, se diverse dalla normale scadenza dell'incarico;
- che nei precedenti rapporti con PP.AA. non vi è stato recesso per giusta causa, ai sensi del CCNL vigente;
- di non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni;
- di aver effettuato esperienze professionali presso altri Enti, anch'esse riportate dettagliatamente nella sezione *ESPERIENZA PROFESSIONALE* del *curriculum* allegato;
- che tutte le informazioni contenute nel *curriculum vitae* personale allegato alla presente domanda corrispondono al vero;
- ai sensi del d.lgs n. 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 selezione dovranno essere inviate al domicilio sopra indicato. Il/La sottoscritt\_ si impegna a far conoscere le successive eventuali variazioni di recapito.

Si allegano:

- fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;
- *curriculum* formativo e professionale in formato europeo, redatto su carta libera, datato e firmato;
- altro: \_\_\_\_\_.

(Ogni altra indicazione (titolo o requisito che non sia già contenuto nel *curriculum* o nella domanda di partecipazione) o documentazione (come nel caso delle pubblicazioni edite a stampa) ritenuta utile ai fini del presente avviso, deve essere presentata in conformità alle disposizioni della normativa vigente in materia di documenti amministrativi e, pertanto, deve essere autocertificata nei casi e nei limiti previsti dal D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii, mediante l'utilizzo dei MODULI B e C, allegati al presente avviso, attenendosi scrupolosamente alle indicazioni in essi contenute.)

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

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

MODULO B

(Da utilizzare per dichiarare stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza dell'interessato, non riportati nel CV allegato)

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

□ \_\_\_\_\_  
□ \_\_\_\_\_  
□ \_\_\_\_\_

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/La sottoscritto/a, 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 \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

MODULO C

*(Da utilizzare, ad 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. Non è invece necessaria per autenticare le conformità all'originale di un documento di identità personale)*

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)*:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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/La sottoscritto/a, 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 \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_