



REGIONE DEL VENETO

**AZIENDA UNITA' LOCALE SOCIO - SANITARIA N° 2 - MARCA TREVIGIANA
(DISTRETTO DI ASOLO)**

DIRETTORE DELL'UNITA' OPERATIVA COMPLESSA

SERVIZIO FARMACEUTICO TERRITORIALE

del distretto di asolo

(disciplina: FARMACEUTICA TERRITORIALE)

(a rapporto esclusivo)

Profilo del Dirigente da incaricare

Il candidato deve possedere competenze ed esperienza nei seguenti ambiti:

Competenze manageriali e di budgeting

È richiesta evidenza adeguata e documentata nell'ambito di:

- capacità organizzativa in termini di programmazione delle attività, valutazione dei carichi di lavoro e delle prestazioni individuali dei collaboratori ai fini di una corretta ed appropriata gestione delle risorse affidate;
- capacità di lavorare per obiettivi secondo le strategie e le indicazioni aziendali nonché conoscenza e rispetto del sistema di budget garantendo il coinvolgimento responsabile delle figure professionali di proprio riferimento;
- esperienza gestionale ed organizzativa acquisita in ruoli di responsabilità;
- esperienza nell'utilizzo delle tecniche di budgeting per il raggiungimento degli obiettivi assegnati alla struttura, in modo coerente con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili;
- esperienza in particolare nella gestione del budget di spesa per la farmaceutica territoriale in base alle analisi dei costi "sostenuti e sostenibili" alla luce della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi regionali specifici con particolare capacità di interpretare ed utilizzare report per il monitoraggio dei costi e del budget;
- esperienza nell'uso delle tecniche di gestione delle risorse umane, in particolare capacità di programmare in modo organico l'attività del personale della struttura e di valutarne le performance;
- attitudine ad uno stile di leadership orientato alla valorizzazione e allo sviluppo professionale dei collaboratori, favorendo il lavoro di gruppo e la crescita professionale di ciascun operatore.

Competenze di governo clinico

È richiesta evidenza adeguata nell'ambito di:

- capacità di condurre progetti innovativi di area farmaceutica finalizzati al perseguimento dell'aderenza ai percorsi terapeutici standard (linee guida, protocolli), dell'appropriatezza prescrittiva nella continuità Ospedale – Territorio e del governo del rischio clinico;
- capacità di predisporre e sviluppare per tutti i medici una reportistica personalizzata anche automatizzata relativa al loro andamento prescrittivo inerente l'assistenza sanitaria, anche tramite l'incrocio e l'integrazione con le altre banche dati amministrative e le elaborazioni dei flussi informativi istituzionali anche nell'ottica di:
 - Monitorare i PDTA aziendali/regionali.
 - Monitorare i contratti di esercizio e i patti aziendali con la medicina di famiglia.
 - Fornire supporto alla direzione aziendale, alla medicina territoriale e alle unità operative aziendali per il governo della spesa farmaceutica.
- capacità di promozione della sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico con sviluppo di attività inerenti implementazione/conduzione/creazione di modelli e sistemi finalizzati all'applicazione in ambito territoriale della riconciliazione prevista dalla raccomandazione ministeriale n° 17;
- competenze nella programmazione e predisposizione di processi di feed-back ai sanitari e di organizzazione e predisposizione di attività di supporto informativo sull'uso dei farmaci ai medici prescrittori e agli altri operatori sanitari rendendoli partecipi del processo di valutazione di efficacia degli interventi sanitari in ambito farmaceutico e di assistenza integrativa, anche nell'ottica di una migliore razionalizzazione delle risorse;
- competenza specifica nel miglioramento della transitional care riferita ai pazienti con modificazioni del setting assistenziale;
- Capacità di problem solving.
- esperienza nella sperimentazione e adozione di strumenti e modelli organizzativi innovativi per un miglior funzionamento dell'attività farmaceutica territoriale aziendale.

Competenze relazionali

È richiesta evidenza adeguata nell'ambito di:

- capacità e predisposizione al mantenimento di un clima professionale favorevole alla collaborazione dei diversi operatori, nell'ambito delle reti di rapporti interdisciplinari;
- capacità comunicativa e motivazionale nei rapporti aziendali interni e con la Direzione Strategica, con disponibilità al cambiamento organizzativo nell'ambito degli obiettivi assegnati;
- capacità di favorire un'identificazione aziendale nei propri collaboratori contribuendo a creare uno spirito coeso di squadra con comportamenti propositivi e costruttivi al fine del raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- capacità di gestire l'insorgere di conflitti all'interno del proprio gruppo di lavoro, con espressione concreta della propria leadership nella conduzione di riunioni, organizzazione dell'attività istituzionale, assegnazione dei compiti e soluzione di problemi correlati all'attività della U.O.C. Farmacia Territoriale.

Competenze professionali specifiche

- coordinamento delle attività inerenti i controlli tecnici e contabili sulle prescrizioni farmaceutiche e di assistenza integrativa erogate da Farmacie convenzionate, esercizi commerciali nel rispetto degli accordi collettivi e regionali (DPC, WebCare...);
- monitoraggio delle attività verificando le ricadute in termini organizzativi, di comportamento e di necessità formativa e provvedendo di conseguenza con propri atti o con proposte agli uffici e servizi competenti, ove e quando necessario;
- capacità di promuovere la condivisione di risultati positivi e la discussione di eventi critici, mediante una condotta etica del proprio operato, con assunzione di responsabilità deontologica e professionale, in particolare nei rapporti con i preposti ambiti di tutela legale aziendale.

Al DIRETTORE GENERALE
dell'Azienda U.L.S.S. n 2 Marca Trevigiana
via Sant' Ambrogio di Fiera, 37
— 31100 TREVISO

 1 sottoscritt_ _____ chiede di partecipare all'avviso pubblico per incarico quinquennale di **direttore dell'unità operativa complessa Servizio Farmaceutico Territoriale** dell'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana – distretto di Asolo – disciplina Farmaceutica territoriale, indetto da codesta amministrazione con deliberazione n. _____ del _____.

Dichiara sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- a) di essere nat_ a/o _____ il _____ e di risiedere attualmente a _____ in via _____ n. _____;
- b) di essere in possesso della cittadinanza italiana (sono equiparati ai cittadini italiani gli italiani non appartenenti alla Repubblica) o cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea. I cittadini degli stati membri dell'Unione Europea devono dichiarare, altresì, di godere dei diritti civili e politici anche nello stato di appartenenza o provenienza, ovvero i motivi di mancato godimento e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 febbraio 1994, n. 174);
- c) di essere in possesso dell'idoneità all'impiego senza alcuna limitazione specifica per la funzione richiesta dal posto in oggetto;
- d) di essere/non essere iscritt_ nelle liste elettorali del comune di _____ (1);
- e) di avere/non avere riportato condanne penali (2);
- f) di avere/non avere procedimenti penali in corso (2);
- g) di essere in possesso del diploma di laurea: _____ conseguito in data _____ presso _____;
- h) di essere in possesso della specializzazione in: _____ conseguita nell'anno _____ presso _____;
- i) di essere in possesso del requisito relativo all'anzianità: (specificare) _____;
- j) di essere/non essere in possesso dell'attestato manageriale conseguito il _____ presso _____;
- k) di essere iscritto all'albo dell'ordine professionale della provincia di _____;
- l) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: _____;
- m) di avere prestato servizio presso pubbliche amministrazioni come indicato nel curriculum (**Allegato C**);

- n) di essere/non essere stato/a dispensato/a dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile (in caso affermativo specificare le motivazioni _____);
- o) che il codice fiscale è il seguente: _____;
- p) di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti;
- q) che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al presente avviso è il seguente:

Sig. _____

via _____

C.A.P. _____ comune _____ prov. ____ telefono _____

e-mail _____

ALLEGA:

1. curriculum (Allegato C);
2. certificazione relativa alla tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime; detta documentazione è rilasciata dagli Enti in cui il candidato ha prestato e/o presta servizio, in originale, in copia autenticata ovvero in copia dichiarata conforme all'originale ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000;);
3. certificazione rilasciata dal Direttore sanitario, sulla base dell'attestazione del direttore del competente dipartimento o unità operativa di appartenenza, della casistica relativa alla tipologia e alla quantità delle prestazioni effettuate dal candidato, riferita al decennio precedente alla data di pubblicazione del presente avviso per estratto nella Gazzetta Ufficiale;
4. pubblicazioni in copia cartacea relative alla produzione scientifica edite a stampa degli ultimi 10 anni, strettamente pertinente alla disciplina, pubblicate su riviste italiane o straniere caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori, nonché il relativo impatto sulla comunità scientifica;
5. elenco dei documenti presentati;
6. fotocopia del documento di identità valido.

DICHIARA INOLTRE

che i documenti allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 19 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni.

Data, _____

Firma

(ai sensi dell'art. 39 D.P.R. 445/2000 la sottoscrizione non necessita di alcuna autentica)

- (1) in caso positivo, specificare in quale comune; in caso negativo, indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- (2) in caso affermativo, specificare quali.

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a dott. /dott.ssa _____

nato/a a il ____/____/____

residente aprov.

in via n.

telefono n. e-mail

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445
i seguenti stati, fatti e qualità personali:

TITOLI DI STUDIO

Laurea in

.....

conseguita presso

.....

voto in data ____/____/____

Specializzazione in

conseguita presso

in data ____/____/____ della durata di anni

(specificare se conseguita ai sensi del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, e/o del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Qualora il titolo sia stato conseguito all'estero, indicare i seguenti estremi del provvedimento (numero e data) di equipollenza/equiparazione ai titoli italiani, adottato dall'autorità italiana competente)

Attestato manageriale

conseguito presso in data

____/____/____ della durata di anni

Ulteriori titoli di studio

conseguiti presso

.....

in data ____/____/____ della durata di anni

Altro (es. dottorato di ricerca, master universitario)

conseguito presso

.....

in data ____/____/____ della durata di anni

Iscrizione albo ordine dei Farmacisti di

n. posizione data decorrenza iscrizione ____/____/____

SERVIZI PRESTATI (da compilare e ripetere per ciascuna tipologia di rapporto di lavoro)

• **Pubblica amministrazione**

(nel caso di casa di cura riconosciuta quale presidio ospedaliero di unità sanitaria locale (specificare gli estremi del decreto di riconoscimento)

indirizzo telefono

profilo disciplina

• rapporto di lavoro subordinato dal (gg/mm/anno) ___/___/___ al (gg/mm/anno) ___/___/___

aspettativa senza assegni dal (gg/mm/anno) ___/___/___ al (gg/mm/anno) ___/___/___

tempo determinato

tempo indeterminato

tempo pieno

tempo ad orario ridotto n. ore/38 ore settimanali

ricorrono / non ricorrono le condizioni previste dall'art. 46 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761

eventuale causa di risoluzione del contratto

• rapporto di lavoro come specialista ambulatoriale (SAI) dal (gg/mm/anno) ___/___/___ al (gg/mm/anno) ___/___/___

tempo determinato/provvisorio

tempo indeterminato n. oresettimanali

• altri rapporti di lavoro (es. libero professionista, co.co.co.) dal (gg/mm/anno) ___/___/___ al (gg/mm/anno) ___/___/___

n. oresettimanali

ESPERIENZE LAVORATIVE ALL'ESTERO (da compilare e ripetere per ciascuna esperienza lavorativa all'estero)

(per i servizi prestati all'estero, è necessario indicare anche il numero e la data del provvedimento di riconoscimento da parte dell'autorità italiana competente)

TIPOLOGIA DELLE ISTITUZIONI IN CUI SONO ALLOCATE LE STRUTTURE PRESSO LE QUALI HA SVOLTO L'ATTIVITA' E TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI EROGATE DALLE STRUTTURE MEDESIME (eventualmente da duplicare)

• **Pubblica amministrazione** (da indicare l'indirizzo completo)

a) **tipologia delle istituzioni vds allegato**

b) **tipologie delle prestazioni erogate dalla struttura vds allegato**

• **Altro (es. casa di cura convenzionata)** (da indicare l'indirizzo completo)

a) **tipologia delle istituzioni**

b) **tipologie delle prestazioni erogate**

POSIZIONE FUNZIONALE NELLE STRUTTURE E COMPETENZE (eventualmente da duplicare)

(Vanno indicate la posizione funzionale e le competenze del candidato nelle strutture con indicazione di specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione)

- **Pubblica amministrazione** (da indicare l'indirizzo completo)

.....
con la qualifica di nella disciplina di

- direttore struttura complessa
- responsabile struttura semplice dipartimentale
- responsabile struttura semplice
- alta specializzazione
- incarico ai sensi dell'art. 15 septies o 15 octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i

- **Altro (es. Casa di Cura convenzionata)** (da indicare l'indirizzo completo)

.....
con la qualifica di nella disciplina di

- direttore struttura complessa
- responsabile struttura semplice dipartimentale
- responsabile struttura semplice
- alta specializzazione
- incarico ai sensi dell'art. 15 septies o 15 octies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i

CASISTICA

(Da allegare originale o copia conforme della tipologia e quantità di prestazioni effettuate dal candidato, riferite al decennio precedente alla data di pubblicazione dell'Avviso in Gazzetta Ufficiale. L'attestazione deve essere certificata dal Direttore sanitario sulla base dell'attestazione del direttore responsabile del competente dipartimento o unità operativa dell'azienda di appartenenza)

Si allega al presente curriculum la certificazione originale / in copia che si dichiara, ai sensi degli artt. 19 e 47 del decreto legislativo 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i., conforme all'originale.

ATTIVITA' DIDATTICA/INSEGNAMENTO (da compilare e ripetere per ciascuna attività didattica/ insegnamento)

Corso di studio per il conseguimento di diploma di
presso ente sede di materia
insegnata per tot. n° ore dal (gg/mm/aa) ___/___/___ al (gg/mm/aa) ___/___/___
con la qualifica di

SOGGIORNI DI STUDIO O DI ADDESTRAMENTO PROFESSIONALE IN RILEVANTI STRUTTURE ITALIANE O ESTERE DI DURATA NON INFERIORE AD UN ANNO (da compilare e ripetere per ciascun soggiorno di studio)

(Sono esclusi i tirocini obbligatori)

Presso

(indicare esattamente la struttura pubblica o privata, completa di indirizzo)

con la qualifica di
dal (gg/mm/aa) ___/___/___ al (gg/mm/aa) ___/___/___

ATTIVITÀ DI AGGIORNAMENTO ANCHE EFFETTUATA ALL'ESTERO (da compilare e ripetere per ciascuna attività)

1	<input type="checkbox"/> corso di aggiornamento	<input type="checkbox"/> convegno	<input type="checkbox"/> congresso	<input type="checkbox"/> seminario	<input type="checkbox"/> meeting	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
organizzato da:				presso:		
tema:					esame finale: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
periodo: dal ___/___/___ al ___/___/___ <input type="checkbox"/> partecipante <input type="checkbox"/> relatore				giornate totali n. _____ ore totali n. _____		

PUBBLICAZIONI (da compilare e ripetere per ciascuna pubblicazione)

(Da allegare COPIA della produzione scientifica edita a stampa, DEGLI ULTIMI 10 ANNI, strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori, nonché il relativo impatto sulla comunità scientifica)

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 19 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., dichiara che le copie delle pubblicazioni – edite a stampa – allegate al presente curriculum e di seguito elencate, sono conformi agli originali:

- poster abstract articolo capitolo di libro altro.....
- nazionale internazionale.....
- titolo:
- autori
- rivista scientifica altro

ULTERIORI CAPACITÀ E COMPETENZE da valutarsi nell'ambito del colloquio (da duplicare se necessario)

- gestionali.....
- tecniche.....
- organizzative
- di direzione.....
- lingue straniere conosciute: inglese francese tedesco altro

COMPRESIONE		ESPRESSIONE		SCRITTURA
ascolto	lettura	interazione	produzione orale	

Livelli: A1/2 elementare; B1/2 intermedio; C1/2 avanzato

Il sottoscritto dichiara che i contenuti del presente curriculum e la casistica delle esperienze e delle attività professionali svolte sono correttamente e veridicamente riportate.

Luogo e Data

Firma per esteso
