

**DIRETTORE  
DELLA STRUTTURA COMPLESSA U.O.C. DI MEDICINA TRASFUSIONALE**

Ruolo: Sanitario  
 Profilo: Medici  
 Disciplina: Medicina Trasfusionale

**PROFILO DEL DIRIGENTE DA INCARICARE**

**L'AZIENDA ULSS N. 1 DOLOMITI**

A seguito della riforma del sistema sanitario regionale veneto, approvata con L.R. 25 ottobre 2016, n. 19, a decorrere dal 1° gennaio 2017 l'assetto organizzativo delle Aziende U.L.S.S. del Veneto è stato ridefinito; in particolare, l'Azienda U.L.S.S. n. 1 di Belluno ha modificato la propria denominazione in "Azienda U.L.S.S. n. 1 Dolomiti" incorporando la soppressa Azienda U.L.S.S. n. 2 di Feltre.

L'estensione territoriale dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti corrisponde alla Provincia di Belluno, che si sviluppa su un territorio, prevalentemente montano ed articolato in vallate, di 3.610,20 km<sup>2</sup>, comprendente n. 61 Comuni.

Le caratteristiche geomorfologiche ed orografiche fanno sì che vi siano alti indici di dispersione abitativa e bassa densità demografica. Gli abitanti sono 202.950; la densità abitativa è pari a 56,22 abitanti/km<sup>2</sup>. Il territorio è caratterizzato anche da un alto indice di vecchiaia.

Il territorio è organizzato in due distretti, quello di Belluno (Distretto di Belluno) e quello di Feltre (Distretto di Feltre), ai quali afferiscono i Comuni appartenenti alle rispettive Aziende ULSS esistenti anteriormente alla data di entrata in vigore della L.R. n. 19 del 2016. Il bacino di utenza è esteso a n. 8 Comuni della Provincia Autonoma di Trento.

In base alla programmazione regionale di cui alla D.G.R.V. n. 2122 del 19.11.2013 e alla D.G.R.V. n. 614 del 14.5.2019, le strutture ospedaliere e le strutture intermedie dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti sono le seguenti:

**Strutture ospedaliere a gestione pubblica**

Ospedale	Macro Classificazione PSSR	Classificazione Schede ospedaliere	Classificazione D.M. 70/2015	Apicalità	Posti letto
Belluno	Ospedale di rilievo provinciale	Hub provinciale	Presidio Ospedaliero di 1° livello	28	292
Feltre	Ospedale presidio di rete - Spoke	Ospedale Spoke		19	264
Agordo	Ospedale nodo di rete	Ospedale di base in zona disagiata	Presidio Ospedaliero in zona disagiata	4	73
Pieve di Cadore	Ospedale nodo di rete	Ospedale di base in zona disagiata	Presidio Ospedaliero in zona disagiata	4	79
Lamon	Struttura riabilitativa integrativa della rete ospedaliera	Struttura di riabilitazione	Struttura mono specialistica	1	70

### Strutture ospedaliere a gestione privata accreditata

Ospedale	Classificazione	Posti letto	Posti letto per extraregione
Cortina d'Ampezzo	Ospedale in concessione a privato accreditato	86	34

### Strutture intermedie a gestione pubblica

Struttura		Posti letto
Ex Ospedale di Auronzo di Cadore	Ospedale di Comunità	21
Ospedale di Agordo	Ospedale di Comunità (anche con funzione OBE)	17
Ospedale di Agordo	Unità Riabilitativa Territoriale	7
Ospedale di Belluno	Hospice	8
Ospedale di Belluno	Ospedale di Comunità (anche con funzione OBE)	15
Ospedale di Feltre	Ospedale di Comunità (anche con funzione OBE)	15
Ospedale di Feltre	Hospice	7
Ospedale di Lamon	Unità Riabilitativa Territoriale	7

E', inoltre, presente il Dipartimento di Prevenzione, le cui unità operative operano mediante articolazioni "centrali", competenti per l'intero territorio dell'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti, e mediante articolazioni "territoriali", competenti per specifiche aree territoriali.

### L'U.O.C. DI MEDICINA TRASFUSIONALE

In base alla programmazione regionale e aziendale, l'U.O.C. di Medicina Trasfusionale ha sede presso l'Ospedale di Belluno e svolge attività di coordinamento per l'intera rete aziendale.

Al suo interno è articolata in due strutture semplici: U.O.S. Immunoematologia e Trasfusionale di Feltre e U.O.S. di Medicina Rigenerativa.

L'U.O.C. fa parte del Dipartimento (strutturale transmurale) Diagnostico di Laboratorio e Patologia.

Si riportano alcuni dati di attività relativi all'anno 2019:

	Processi gestiti	Belluno	Feltre	DMT	Note
1	Raccolta emocomponenti	9.990	4.349	14.339	Sangue intero, plasma da eferesi
	Visite donatori	11.490	5.306	16.796	Donatori periodici, aspiranti donatori
2	Cessioni intra ed extra regionali			6.870	Cessioni extraregionali programmate intraregionali non programmata.
3	Reclutamento donatori midollo osseo	254	88	342	Visita e prelievo aspiranti donatori CSE
4	Trasfusioni ambulatoriali	264	396	660	Trasfusione di emazie, piastrine ed emoderivati
5	Ambulatorio anemie carenziali	451	538	989	I^ visita, II^ visita, infusione di FE
6	Ambulatorio Patient Blood Management	261	110	371	I^ visita, II^ visita, infusione di FE ed eritropoietina
7	Ambulatorio poliglobulie/emocromatosi	358	322	680	Visita e salassoterapia

8	Medicina rigenerativa	441	-	441	Visita, prelievo in sacca e aferesi, approntamento ECunT, gestione del paziente, partecipazione a progetti innovativi
9	Aferesi terapeutica	72	-	72	PEX e granulocito aferesi
10	Accettazione emocomponenti	Distribuzione	4.014	2.838	6.852
11	Sistema Qualità DMT				Obbligo regolatorio per autorizzazione e accreditamento specifici. Obbligo contrattuale vs CBL-Behering

## PROFILO DEL DIRIGENTE DA INCARICARE

Il candidato da incaricare deve aver maturato esperienza professionale nell'ambito della Medicina Trasfusionale, dimostrando di essere in possesso di elevate competenze e conoscenze specifiche. Il candidato, inoltre, deve dimostrare di possedere competenze per l'esercizio delle funzioni di direzione e organizzazione dell'U.O.C. di Medicina Trasfusionale e, quindi, nella gestione diretta delle risorse umane, materiali e finanziarie assegnate.

Nello specifico, le competenze richieste al Direttore dell'U.O.C. di Medicina Trasfusionale sono le seguenti.

### **Aspetti manageriali**

Il Direttore deve conoscere:

- i concetti di *mission* e *vision* dell'organizzazione aziendale e saperli contestualizzare nel proprio ambito operativo, promuovendo lo sviluppo e la realizzazione degli obiettivi dell'Azienda;
- il territorio in cui agisce e l'ambito in cui deve promuovere l'attività specialistica;
- i dati gestionali ed epidemiologici disponibili e le novità scientifiche e tecnologiche al fine di identificare e promuovere cambiamenti professionali, organizzativi e relazionali utili alla realizzazione della *mission* dell'U.O.C. e dell'Azienda;
- l'Atto Aziendale e la sua articolazione, oltre ai modelli dipartimentali ed al loro funzionamento;
- i modelli e le tecnologie di progettazione per la pianificazione e la realizzazione di progettualità trasversali all'Azienda;
- le tecniche di *budgeting*, al fine di collaborare attivamente alla definizione del programma di attività dell'U.O.C., nonché le tecniche di gestione delle risorse umane. In particolare, il Direttore deve saper programmare e gestire le risorse professionali e materiali nell'ambito del budget di competenza; saper valutare le implicazioni economiche derivanti dalle scelte organizzative e professionali e dai comportamenti relazionali assunti; saper gestire la propria attività in modo coerente con le risorse finanziarie, strutturali, strumentali e umane disponibili, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, dalle linee guida, dalle specifiche direttive aziendali e dai principi di sostenibilità economica.

### **Governo clinico**

Il Direttore deve:

- collaborare per il miglioramento dei servizi e il governo dei processi assistenziali;
- realizzare e gestire protocolli e percorsi diagnostici terapeutici con modalità condivise con le altre strutture aziendali e i professionisti coinvolti;

- partecipare alla creazione, introduzione e implementazione di modelli organizzativi e professionali in linea con gli approcci di comprovata efficacia, al fine di implementare la qualità delle cure e dell'assistenza;
- attuare il monitoraggio degli eventi avversi, adottare le politiche aziendali del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti, promuovendo e applicando modalità di lavoro e procedure in grado di minimizzare il rischio clinico per gli utenti e operatori.

### **Competenze specifiche**

Il Direttore deve saper gestire in maniera efficiente ed efficace le attività dell'U.O.C. di Medicina Trasfusionale, al fine di ottimizzare la soddisfazione dei bisogni di salute e delle aspettative dell'utenza, esterna ed interna, generando valore aggiunto per l'organizzazione.

Il Direttore, quindi, deve essere in possesso di:

- esperienza e competenza nei vari ambiti della Medicina Trasfusionale, con capacità di collaborazione ed integrazione con le altre specialità presenti nell'Azienda ULSS, anche mediante la predisposizione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) relativamente al buon uso del sangue e dei plasmaderivati, al Patient Blood Management, alla gestione dell'urgenza/emergenza nei pazienti con patologie emorragiche;
- esperienza e competenza nella gestione delle attività di raccolta, lavorazione assegnazione, distribuzione degli emocomponenti;
- esperienza e competenza nella gestione e continuo allineamento alle specifiche regolatorie richieste;
- esperienza e competenza relativamente alla reportistica trasfusionale regionale, alla reportistica regionale dei costi trasfusionali, alla reportistica prevista dal sistema SISTRA;
- esperienza e competenza nella progettazione e gestione del Sistema Qualità della UOC, così come richiesto ai fini dell'Autorizzazione e Accreditamento Specifici, nonché per la Qualificazione come fornitore da parte dell'azienda convenzionata e secondo gli standard internazionali richiesti (Plasma Master File-PMF);
- esperienza e competenza nella organizzazione e gestione, delle peculiari necessità e conseguenti attività assistenziali in ambito trasfusionale nel territorio dell'azienda e nei diversi punti di erogazione delle stesse;
- esperienza e competenza nella gestione dell'appropriatezza nella terapia di supporto trasfusionale con emocomponenti ed emoderivati, nell'ambito dei principi del governo clinico e perseguendo il miglioramento continuo dell'attività assistenziale, dei livelli di sicurezza e di gestione del rischio specifico attraverso l'Emovigilanza, nonché per l'appropriato utilizzo, gestionale e clinico, degli emocomponenti e medicinali plasma-derivati secondo criteri dell'Evidence Based Medicine;
- esperienza nell'ambito di Comitati per il Buon Uso del Sangue-CoBUS;
- capacità di collaborazione e sinergia con le Associazioni/Federazioni di volontariato del sangue, con le Associazioni per la promozione della donazione di cellule staminali emopoietiche e con le Associazioni dei pazienti afferenti, sia mediante condivisione della programmazione delle attività, sia mediante la partecipazione ad eventi formativi e informativi;
- capacità di sviluppo e valorizzazione degli strumenti di informazione e formazione nei rapporti con i donatori di sangue;
- capacità di sviluppare un clima interno favorente la crescita delle conoscenze e delle competenze dei collaboratori;
- capacità di curare il miglioramento e il mantenimento di un clima interno favorente le migliori condizioni di svolgimento dell'attività assistenziale e di porre ogni impegno affinché gli utenti abbiano una percezione positiva della qualità assistenziale ricevuta.

Il Direttore, infine, deve dimostrare conoscenze e capacità per risolvere le criticità legate alla dimensione organizzativa di una U.O.C. che opera in area montana.

## SCHEMA DOMANDA DI AMMISSIONE

Al Direttore Generale  
dell'Azienda U.L.S.S. n. 1 Dolomiti  
Via Feltre n. 57  
32100 BELLUNO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ chiede di essere ammesso/a all'avviso pubblico indetto per il conferimento dell'incarico di direzione della struttura complessa U.O.C. di \_\_\_\_\_

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

- f) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (codice fiscale \_\_\_\_\_);
- g) di essere residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- h) di essere cittadino/a \_\_\_\_\_ (1);
- i) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_ (2);
- j) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: \_\_\_\_\_;
- k) di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti (3);
- l) di essere in possesso del diploma di laurea in \_\_\_\_\_, conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (4);
- m) di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_, conseguito il \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_ (4);
- n) di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
- o) di essere in possesso dell'anzianità di servizio nella disciplina di \_\_\_\_\_, richiesta ai fini dell'ammissione, maturata come specificatamente indicato nel curriculum formativo e professionale (anzianità complessiva nella disciplina di \_\_\_\_\_ anni);
- p) di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni e specificatamente \_\_\_\_\_ (5);
- q) di non essere stato/a destituito/a o dispensato/a dall'impiego presso Pubbliche Amministrazioni per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- r) di consentire l'utilizzo dei dati personali, compresi quelli sensibili, se necessario alla procedura.

Chiede infine che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Sig. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

=====  
(1) Indicare la cittadinanza e l'eventuale sussistenza di una delle condizioni di cui all'art. 38 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche e integrazioni. I cittadini stranieri devono dichiarare nella domanda di avere una adeguata conoscenza della lingua italiana e di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza.

(2) In caso di non iscrizione o di cancellazione dalle liste elettorali, indicare i motivi.

(3) In caso contrario, indicare le condanne penali riportate e i procedimenti penali pendenti.

(4) In caso di titolo conseguito all'estero deve essere indicato il provvedimento di riconoscimento dell'equipollenza al corrispondente titolo rilasciato in Italia.

(5) Indicare i servizi prestati, con precisazione dell'ente, della qualifica e dei periodi, e le eventuali cause di cessazione.

CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE

//La sottoscritto/a	Cognome .....	Nome .....
---------------------	------------------	---------------

nato/a il .....	a .....	Prov.....
-----------------	---------	-----------

ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

dichiara

<b>di essere in possesso della laurea in</b>	.....
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	.....

(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)

Riconoscimento a cura di .....  
in data.....

(duplicare riquadro in caso di necessità)

<b>di essere iscritto all'Albo dell'Ordine dei</b>	.....
della provincia di	.....
dal	.....
numero d'iscrizione	.....

<b>Di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:</b>	
Specializzazione in	.....
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	.....
Specializzazione in	.....
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	.....
<i>In caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)</i>	
Riconoscimento a cura di ..... in data.....	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

<b>Di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:</b>	
Profilo professionale	.....
Disciplina	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal ..... al .....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al .....	<input type="checkbox"/> indeterminato
per .....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
Dal ..... al .....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al .....	<input type="checkbox"/> indeterminato
per .....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ....)

Profilo professionale	.....
Disciplina	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal ..... al .....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al .....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore...)
per .....	
Dal ..... al .....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al .....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
per .....	

Profilo professionale	.....
Disciplina	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal ..... al .....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al .....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
per .....	
Dal ..... al .....	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato <input type="checkbox"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal ..... al .....	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
per .....	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

<b>Di aver prestato attività di specialista ambulatoriale interno:</b>	
.....	
Nella branca di	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...
.....	
Nella branca di	.....
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	.....
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	.....
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

<b>Di aver prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (co.co.co., incarico libero- professionale, prestazione occasionale):</b>	
.....	
Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente...)	
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...
.....	
Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal ..... al .....	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

<b>Ambiti di autonomia professionale (indicare incarichi dirigenziali assegnati, ad es. incarichi di direttore di struttura complessa, di responsabile di struttura semplice, professionali di alta specializzazione, ecc.):</b>	
.....	
Tipologia di incarico	
Descrizione attività svolta	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal ..... al .....	

Tipologia di incarico	
Descrizione attività svolta	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

**Di aver svolto attività didattica (presso corsi di studio per il conseguimento di diploma di laurea o di specializzazione - esclusa attività di docente/relatore in corsi di aggiornamento/convegni/congressi):**

Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...

Nell'ambito del corso di	
Presso la Facoltà di	
Università di	
insegnamento	
a.a.....	Ore docenza complessive ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

**Di aver effettuato soggiorni di studio/addestramento professionale:**

Struttura	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...

Struttura	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

**Di aver frequentato i seguenti corsi di formazione manageriale:**

Titolo del corso	
Contenuti del corso	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno orario totale pari a ore ...

Titolo del corso	
Contenuti del corso	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Dal..... al.....	con impegno orario totale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

**Di essere autore dei seguenti lavori scientifici (editi a stampa - indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori). I lavori devono essere anche allegati.**


(duplicare riquadro in caso di necessità)

**Di aver collaborato alla redazione dei seguenti lavori (editi a stampa - indicare titolo lavoro, pubblicazione, anno di pubblicazione, altri autori). I lavori devono essere anche allegati.**


(duplicare riquadro in caso di necessità)



<b>Di aver partecipato quale RELATORE ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)</b>					
<i>Ente organizzatore</i>	<i>Titolo del corso</i>	<i>Periodo</i>	<i>Ore</i>	<i>Luogo di svolgimento</i>	<i>Crediti ECM</i>

(duplicare righe in caso di necessità)

<b>Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)</b>					
<i>Ente organizzatore</i>	<i>Titolo del corso</i>	<i>Periodo</i>	<i>Ore</i>	<i>Luogo di svolgimento</i>	<i>Crediti ECM</i>

(duplicare righe in caso di necessità)

<b>Altre attività</b>

(duplicare righe in caso di necessità)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

