

**DIRETTORE
DELLA STRUTTURA COMPLESSA U.O.C. DI FARMACIA OSPEDALIERA
DELL'OSPEDALE DI BELLUNO**

Ruolo: Sanitario
 Profilo: Farmacista
 Disciplina: Farmacia ospedaliera

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 km², 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/km². 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 FARMACIA OSPEDALIERA

L'U.O.C. di farmacia ospedaliera ha sede presso l'Ospedale di Belluno e, al suo interno, è articolata in due unità operative semplici:

- U.O.S. Appropriatazza d'uso del farmaco, del dispositivo medico e della continuità
- U.O.S. Galenica clinica.

La stessa fa parte:

- del Dipartimento (funzionale transmurale) del Farmaco, con l'U.O.S.D. di farmacia ospedaliera di Feltre, l'U.O.C. di farmacia territoriale e l'U.O.C. Provveditorato, economato e gestione della logistica;
- del Dipartimento (funzionale transmurale) di oncologia clinica.

PROFILO DEL DIRIGENTE DA INCARICARE

Il candidato da incaricare deve aver maturato esperienza professionale nell'ambito della disciplina farmacia ospedaliera, 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 farmacia ospedaliera e, quindi, nella gestione diretta delle risorse umane, materiali e finanziarie assegnate.

Al Direttore sono richieste **competenze generali** atte a svolgere l'attività di direzione, organizzazione e gestione dell'Unità Operativa Complessa (UOC) di Farmacia Ospedaliera dell'Azienda ULSS n.1 Dolomiti e **competenze specifiche**, finalizzate all'organizzazione e alla gestione dei processi assistenziali caratteristici della struttura, nell'ambito delle indicazioni programmatiche nazionali e regionali e degli indirizzi aziendali.

In generale:

- capacità di gestione del percorso logistico, economico e sanitario connesso ai beni sanitari di competenza dell'U.O.C. (farmaci, radiofarmaci, dietetici, dispositivi medici);
- capacità di collaborazione con la Direzione Strategica per il raggiungimento degli obiettivi assegnati e di interazione con le altre UU.OO. Al fine di elaborare progetti di sviluppo;
- competenza ed esperienza nella scelta di farmaci e dispositivi medici secondo principi di efficacia, sicurezza, appropriatezza, contenimento dei costi;
- documentata esperienza di produzione galenica di preparati sterili oncologici, non oncologici, radiofarmaci, e di allestimenti officinali e magistrali di galenica tradizionale;
- attitudine al coordinamento di attività di carattere clinico, organizzativo e gestionale a valenza aziendale e sovra aziendale;
- conoscenza dei principi generali della sperimentazione clinica.
- conoscenza dei concetti di Mission e Vision dell'organizzazione aziendale e capacità di elaborare processi di sviluppo condivisi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- conoscenze di economia sanitaria e lean management;
- capacità di proporre modalità idonee al raggiungimento degli obiettivi di budget, monitorarne l'andamento e sviluppare azioni correttive al contenimento dei costi;
- capacità di sviluppare progetti per garantire la massima aderenza agli indicatori regionali e al contenimento della spesa in relazione ai tetti prefissati;
- capacità di interagire con altre Unità Operative promuovendo l'approccio multidisciplinare delle attività e con l'UOC di Assistenza Farmaceutica Territoriale per migliorare la gestione dell'assistenza farmaceutica nel suo complesso;
- comprovata conoscenza dei principi che regolano la trasmissione dei flussi informativi regionali e nazionali relativamente ai prodotti gestiti, con specifica capacità di analisi;
- esperienza nelle procedure di gestione dell'accreditamento e della qualità con predisposizione di procedure e istruzioni operative di U.O. e trasversali;
- capacità di individuare a livello di U.O. gli ambiti da sviluppare, avere una spiccata predisposizione al cambiamento, all'innovazione e allo stimolo professionale;

Gestione e formazione del personale:

- a) capacità organizzativa e di corretta gestione delle risorse umane, nonché promozione di percorsi di aggiornamento professionale per gli operatori della UOC e tutoraggio di studenti inseriti negli specifici corsi di laurea pertinenti alla materia;
- b) capacità di valutazione del personale e di predisposizione alla condivisione delle attività e alla promozione delle riunioni in equipe con attitudine a favorire un buon clima organizzativo

In particolare:

a) PRODUZIONE GALENICA:

- documentata esperienza professionale nell'allestimento di preparati galenici magistrali sterili e non sterili destinati a pazienti con malattie rare, oncologiche ed oncoematologiche, gastroenterologiche, reumatologiche, neurologiche, oftalmiche etc. Allestimento di preparati in sperimentazione clinica con particolare attenzione al processo di tracciabilità degli stessi secondo quanto indicato dai prodotti sperimentali;
- comprovata esperienza nell'attività di radio farmacia con collaborazione all'acquisizione mediante procedure negoziate dei farmaci radioattivi, generatori e kits, verifica dei controlli di qualità dei suddetti prodotti a rilascio per uso clinico;

- capacità di sviluppare massima tracciabilità dei processi di produzione e di monitorare costantemente le performance di apparecchiature, locali, ambienti di produzione garantendo un Sistema di Assicurazione della Qualità dei laboratori elevato per la sicurezza, qualità ed efficacia del preparato;
- attitudine all'utilizzo di tecnologie e all'informatizzazione per migliorare costantemente i processi di produzione.

b) LOGISTICA:

- certificata esperienza acquisita in logistica, capacità di utilizzo di strumenti tecnici ed informatici atti alla gestione di magazzini farmaceutici, attitudine e promozione allo sviluppo di meccanismi di tracciabilità dei beni (macro e micro logistica);
- buone conoscenze di normativa degli acquisti e di merceologia dei prodotti gestiti (farmaci, radiofarmaci, dietetici, dispositivi medici);
- comprovata partecipazione alla predisposizione dei fabbisogni, alla stesura di capitolati di gara per l'acquisizione dei prodotti di competenza, alla partecipazione alle commissioni aggiudicatrici per la valutazione dei prodotti stessi,

c) RISCHIO CLINICO:

- capacità di predisporre strumenti ed attività atte alla riduzione del rischio con ampia conoscenza delle raccomandazioni ministeriali ed esperienza nella formulazione di audit clinici volti alla valutazione delle performance;
- esperienza di farmaco e dispositivo vigilanza

d) RICERCA CLINICA:

- competenza ed esperienza del processo di valutazione dei protocolli di ricerca e sperimentazione dei farmaci e dei dispositivi medici, capacità di valutazione della fattibilità degli studi nella realtà locale;
- conoscenza dei principi generali di gestione e produzione dei farmaci sperimentali (GCP, GMP).

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:

- a) di essere nato/a a _____ il _____ (codice fiscale _____);
- b) di essere residente a _____ via _____ n. _____;
- c) di essere cittadino/a _____ (1);
- d) di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (2);
- e) di essere nella seguente posizione nei riguardi degli obblighi militari: _____;
- f) di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti (3);
- g) di essere in possesso del diploma di laurea in _____, conseguito il _____ presso _____ (4);
- h) di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____, conseguito il _____, presso _____ (4);
- i) di essere iscritto/a all'Albo dell'Ordine dei _____ di _____ al n. _____;
- j) 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);
- k) di aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni e specificatamente _____ (5);
- l) 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;
- m) 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

Il/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

di essere in possesso della laurea in	.....
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	.....
<i>(solo in caso di titolo conseguito in Stato diverso dall'Italia)</i>	
Riconoscimento a cura di	
in data.....	

(duplicare riquadro in caso di necessità)

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

Di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:	
Specializzazione in	.....
conseguita in data	.....
presso l'Università degli Studi di	.....
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)

Di aver prestato servizio con rapporto di dipendenza in qualità di:	
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 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"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal al 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 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"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal al 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 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"/> indeterminato
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal al per	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)

(duplicare riquadro in caso di necessità)

Di aver prestato attività di specialista ambulatoriale interno:	
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 ...
.....	
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)

Di aver prestato servizio con rapporto di lavoro autonomo (co.co.co., incarico libero- professionale, prestazione occasionale):

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 ...
Profilo/Mansione/Progetto	
Presso (Azienda, Ente, ecc.)	
Indirizzo (sede Azienda, Ente...)	
Dal..... al.....	con impegno settimanale pari a ore ...

(duplicare riquadro in caso di necessità)

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.):

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.....	
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 ...

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 ...
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 ...
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)

Di aver partecipato quale RELATORE ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)

<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)

Di aver partecipato quale UDITORE ai seguenti eventi formativi (corsi, congressi, convegni, seminari)

<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)

Altre attività

(duplicare righe in caso di necessità)

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 19 e 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)
(Attestazione conformità all'originale)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____ il
_____, residente a _____ (prov. _____) in Via
_____ n. _____,

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 la conformità all'originale dei seguenti documenti *(elencare documenti)*:

Data _____

IL DICHIARANTE
