

**DIRETTORE
DELLA STRUTTURA COMPLESSA U.O.C. DI MEDICINA UROLOGIA
DELL'OSPEDALE DI BELLUNO**

Ruolo: Sanitario
 Profilo: Medici
 Disciplina: Urologia

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	Marcro 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 UROLOGIA DELL'OSPEDALE DI BELLUNO

L'U.O.C. di urologia dell'Ospedale di Belluno fa parte del Dipartimento (strutturale) di Area Chirurgica di Belluno, nonché del Dipartimento (funzionale transmurale) Nefro-Urologico.

Alla stessa afferisce la struttura semplice U.O.S. di Endoscopia urologica.

PROFILO DEL DIRIGENTE DA INCARICARE

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

Nello specifico, le competenze richieste sono le seguenti:

- capacità manageriali, programmatiche e organizzative e di gestione delle risorse (umane, materiali, tecnologiche e finanziarie), nell'ambito del budget assegnato e in relazione agli obiettivi annualmente affidati e alle attività/volumi di prestazioni richiesti;
- attitudine ad inserire, coordinare e valutare il personale della struttura relativamente a competenze professionali e comportamenti organizzativi;
- capacità di gestire i conflitti interni al gruppo e costruire un buon clima organizzativo;
- capacità di promuovere e gestire riunioni a carattere organizzativo e clinico, favorendo condivisione del lavoro in équipe e integrazione con le altre strutture del Dipartimento e dell'Azienda;
- attitudine al trasferimento delle conoscenze ai dirigenti medici in servizio presso la struttura;
- capacità di assicurare e promuovere comportamenti professionali nel rispetto delle normative generali e specifiche sulla sicurezza e sulla privacy;
- capacità di promuovere l'osservanza del codice di comportamento dei pubblici dipendenti, della normativa in ambito di anticorruzione e di tutti i regolamenti aziendali;

- capacità gestionale dell'area emozionale, motivazionale, relazionale, così da prestare un servizio ispirato a principi di qualità e miglioramento continuo;
- capacità di indirizzo e coordinamento operativo delle attività di prevenzione, assistenza e terapia delle patologie di ambito urologico;
- capacità di implementazione nella pratica clinica delle linee guida e delle indicazioni operative più attuali con la traduzione in specifici percorsi diagnostico-terapeutici adattati allo specifico contesto favorendo l'adozione di procedure innovative e una corretta applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche nell'ottica interdipartimentale ospedaliera e con le strutture della rete regionale del Veneto;
- capacità di attivazione e condivisione di specifiche progettualità dipartimentali e interdipartimentali nell'ambito della integrazione ospedale/territorio, della continuità delle cure, della integrazione socio-culturale in campo sanitario;
- attitudine a favorire l'introduzione di nuovi modelli organizzativi, l'adozione di procedure innovative e corretta applicazione delle procedure operative diagnostico-terapeutiche;
- attitudine allo sviluppo dell'integrazione con l'intera area chirurgica;
- capacità di promuovere l'identificazione e la mappatura dei rischi prevedibili collegati all'attività professionale e la loro gestione;
- attitudine ad implementare la relazione con l'utente e l'umanizzazione delle cure;
- capacità di favorire la maggior personalizzazione della cura e terapia, con l'intento di una medicina che gestisca con saggezza il malato ("choosing wisely") e le risorse.

Il candidato da incaricare, inoltre, deve possedere:

- ottima casistica chirurgica in tutti gli ambiti della disciplina;
- conoscenza tecnico professionale, in particolare di linee guida, utilizzo appropriato dei dispositivi medici e tecniche chirurgiche;
- formazione ed esperienza nei diversi ambiti dell'urologia, relativamente alle attività cliniche di diagnosi e terapia (in particolare quella chirurgica), in riferimento alle sue più frequenti e diversificate applicazioni;
- conoscenza avanzata ed esperienza di tecniche laparoscopiche nella chirurgia urologica, sia conservativa che demolitiva;
- esperienza consolidata nella chirurgia oncologica a cielo aperto, sia demolitiva che ricostruttiva.

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

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

II/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.....	
<i>(duplicare riquadro in caso di necessità)</i>	

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.....	
<i>(duplicare riquadro in caso di necessità)</i>	

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"/> 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	
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal al	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato
per	<input type="checkbox"/> indeterminato
Dal al	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal al	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato
per	<input type="checkbox"/> indeterminato
	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	
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal al	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato
per	<input type="checkbox"/> indeterminato
Dal al	e orario <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> tempo ridotto (ore ...)
<input type="checkbox"/> con interruzione di servizio dal al	con rapporto a tempo <input type="checkbox"/> determinato
per	<input type="checkbox"/> indeterminato
	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
