Allegato 1 all'Avviso di Pubblicazione Vacanza Incarico Dirigenziale del 20.04.2020

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Rhodense	**AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE** Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)	**JOB DESCRIPTION DIRIGENTI**

STRUTTURA: **STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE**

TIPOLOGIA INCARICO	**Semplice in Staff** X Alta Specializzazione O	Semplice O Professionale O
DENOMINAZIONE INCARICO	**GESTIONE OPERATIVA**	

	COMPITI SPECIFICI **(funzioni prescritte dell'incarico)**
1	supporto alla Direzione Strategica, ai dipartimenti e al DAPSS nel governo dei processi di produzione e nei percorsi di presa in carico
2	programmare le attività ospedaliere relative a sale operatorie, posti letto e ambulatori e definire l'efficiente utilizzo dei tempi di servizio (settimanale, mensile, etc.) delle suddette attività, da contemperarsi alle esigenze delle diverse Unità Operative, in stretto raccordo con la Direzione Sanitaria e/o Sociosanitaria
3	pianificare in maniera efficiente la condivisione delle risorse e delle attrezzature, coadiuvando il DAPSS, UOC Gestione Contratti, UOC Sistemi Informativi Aziendali, Ingegneria Clinica rendendo disponibili le risorse necessarie nei tempi, nei luoghi e nelle modalità adeguate
4	con riferimento al Pronto Soccorso, garantire e potenziare le capacità di previsione dell'afflusso di pazienti utilizzando le serie storiche di dati di funzionamento del PS - al fine di attivare le azioni necessarie nei casi di afflusso superiore all'ordinario o in situazioni di sovraffollamento (secondo quanto previsto dal Piani di Prevenzione del Sovraffollamento)

	COMPETENZE (conoscenze e capacità) RICHIESTE NELL'INCARICO da compilarsi a cura del Responsabile di Unità Operativa/Servizio e da rivedere annualmente			
	Conoscenze specifiche richieste per l'incarico			
	Il responsabile della gestione operativa deve possedere Comprovate competenze gestionali nelle seguenti funzioni:	LIVELLO RICHIESTO (Barrare il livello)		
1	Competenza nel supporto alla pianificazione, programmazione gestione e controllo degli asset sanitari.	Di base	Medio	**Elevato**
2	Capacità nella progettazione organizzativa di Unità Operative e dei servizi Ospedalieri	Di base	Medio	**Elevato**
3	Abilità nella stesura e implementazione nello sviluppo di modelli organizzativi	Di base	Medio	**Elevato**
4	Competenza nello sviluppo degli indicatori di monitoraggio	Di base	Medio	**Elevato**
5	Pertinenza al problem solving buone conoscenze degli strumenti per la gestione relazionale, comunicativa e di gestione dei conflitti.	Di base	Medio	**Elevato**

Capacità richieste per il servizio					
		LIVELLO RICHIESTO (Barrare il livello)			
1	Gestione dei conflitti interni	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
2	Relazione con gli utenti (interni/esterni)	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
3	Orientamento al lavoro di gruppo	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
4	Leadership, motivazione e delega	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
5	Sviluppo delle risorse umane	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
6	Attitudine alla soluzione dei problemi	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
7	Capacità di programmare e programmarsi	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
8	Capacità di organizzare e organizzarsi	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
9	Capacità di decisione	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
10	Accuratezza e rispetto degli standard	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
11	Controllo e valutazione dei risultati	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
12	Orientamento ai risultati	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
13	Gestione/Rispetto dei flussi informativi	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
14	Orientamento all'innovazione	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
15	Orientamento alla formazione	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
16	Grado di autonomia nello svolgimento delle attività ordinarie dell'U.O./Servizio	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**
17	Capacità professionali/specialistiche (cliniche, chirurgiche, diagnostiche)	Non richiesto	Di base	Medio	**Elevato**

Data,_____

Firma del responsabile_____

Firma del Dirigente per presa visione

_____