

Ai Commissari di:

Asl n. 1 di Sassari – Via Catalocchino, 11 – SASSARI

Asl n. 2 di Olbia – Via Bazzoni Sircana, 2 – OLBIA

Asl n. 3 di Nuoro – Via Demurtas 1 – NUORO

Asl n. 4 di Lanusei – Via Piscinas 5 – LANUSEI

Asl n. 5 di Oristano – Via Carducci 35 – ORISTANO

Asl n. 6 di Sanluri – Via Ungaretti 9 – SANLURI

Asl n. 7 di Carbonia – Via Dalmazia 83 – CARBONIA

Asl n. 8 di Cagliari – Via P. della Francesca 1 – CAGLIARI

Azienda Ospedaliera Brotzu – Piazzale Ricchi – CAGLIARI

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari – via Ospedale, 54 – CAGLIARI

All'Istituto Zooprofilattico di Sassari – Via Duca degli Abruzzi 8 – SASSARI

Alla Regione Autonoma della Sardegna – CAGLIARI

Loro Sedi

Oggetto: Realizzazione del percorso formativo per facilitatori e valutatori per le autorizzazioni e accreditamenti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie regionali.

Con riferimento all'oggetto si comunica che con D.G.R. n. 52/11 del 10/12/2013 questa Azienda è stata individuata capofila per la realizzazione del percorso formativo di Facilitatori e Valutatori Regionali per le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Al fine di poter dar corso alla pianificazione del progetto formativo in armonia con le esigenze di ciascuna Azienda Sanitaria della Regione, si rende necessario organizzare un percorso per Facilitatori rivolto agli operatori sanitari della durata di 80 ore, un percorso per Facilitatori rivolto agli operatori tecnici di pari durata ed infine un percorso di Valutatori della durata di 40 ore.

Poiché la selezione dei partecipanti ai corsi è stata affidata a questa Azienda, le SS.LL. dovranno far pervenire le istanze di partecipazione compilate secondo la modulistica di cui agli allegati 2 e 3 della D.G.R. 52/11 di cui sopra, che si allegano.

La partecipazione al corso sarà su base volontaria ed il candidato dovrà presentare al Rappresentante legale della Struttura di appartenenza domanda sottoscritta in carta semplice unitamente alla scheda curriculare ed alla scheda di presentazione compilate dal proprio Responsabile (allegati 2 e 3 della D.G.R. 52/11 del 10/12/2013).



Il Commissario/Direttore Generale della Struttura di appartenenza dovrà:

- 1) Selezionare i candidati nel rispetto dei requisiti e delle condizioni di cui al punto 2 “CRITERI E MODALITA’ FORMATIVE”, dell’allegato n. 1 alla D.G.R. 52/11 del 10/12/2013;
- 2) Inviare alla Direzione Generale di questa Azienda i nominativi delle persone selezionate unitamente alle schede anagrafiche e curriculari, le schede di presentazione dei Responsabili e gli attestati di servizio da cui risulti l’anzianità e gli incarichi svolti, insieme alla dichiarazione di autorizzazione del candidato alla frequenza del corso (All. 3 della D.G.R. 52/11 del 10/12/2013);
- 3) Far pervenire alla Direzione Generale di questa Azienda, Via Coppino n. 26 – 07100 Sassari, i nominativi completi della documentazione richiesta.

Poiché il numero massimo dei discenti previsto per classe sarà 35, questa Azienda, sulla base delle segnalazioni pervenute, definirà una graduatoria di merito nel rispetto dei seguenti criteri: 1) valutazione risultante dalla scheda curriculare e dalla scheda di presentazione; 2) uniforme distribuzione dei discenti tra le diverse aree geografiche; 3) Ordine di arrivo delle domande di partecipazione.

Infine, questa Azienda trasmetterà la graduatoria al Servizio Competente dell’Assessorato per la sua approvazione e per la comunicazione ai discenti selezionati. Si fa presente che non potranno accedere al Corso i Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi o Direttori di Struttura Complessa o Dipartimento o Distretto.

Pertanto, si invitano le SS.LL. a dare massima diffusione all’iniziativa e a voler far pervenire le domande di partecipazione, selezionate nel rispetto dei criteri e delle modalità sopra descritte, entro e non oltre il 27 gennaio 2016, alle ore 12,00.

Le domande potranno essere presentate all’Ufficio Protocollo (1° piano) dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari – Via Michele Coppino, 26 – 07100 Sassari, oppure via PEC all’indirizzo: protocollo@pec.aou.ss.it.

Nel ringraziare per la collaborazione si porgono,
Cordiali Saluti.



Il Commissario
(Dott. Giuseppe Pintor)

Il Responsabile del Servizio Affari Giuridici e Istituzionali – Formazione
(Dott.ssa Chiara Seazzu)



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato n. 2 alla Delib.G.R. n. 52/11 del 10.12.2013

SCHEDA DI PRESENTAZIONE

Il Responsabile _____

Azienda/Struttura _____

attesta

che il/la _____

candidato/a alla selezione per la partecipazione al "Percorso formativo per Facilitatori/Valutatori per l'accreditamento" – II edizione, possiede le seguenti caratteristiche

LEADERSHIP

1.1. Autonomia nel prendere decisioni	1	2	3	4	5
1.2. Consapevolezza del proprio ruolo	1	2	3	4	5
1.3. Capacità di sviluppo di rapporti collaborativi	1	2	3	4	5

RELAZIONI E COMUNICAZIONE

2.1. Disponibilità all'ascolto	1	2	3	4	5
2.2. Capacità di gestione dei conflitti	1	2	3	4	5
2.3. Capacità di riconoscere e rielaborare le proposte di un gruppo di lavoro	1	2	3	4	5

ATTITUDINE AL PROBLEM SOLVING

3.1. Capacità di sviluppare idee in funzione della loro applicazione	1	2	3	4	5
3.2. Capacità di motivare le decisioni ed esplicitarne le concrete applicazioni	1	2	3	4	5
3.3. Capacità di attivare strategie adeguate al raggiungimento degli obiettivi	1	2	3	4	5

DISPONIBILITÀ AL CAMBIAMENTO

4.1. Flessibilità nella gestione dei problemi organizzativi	1	2	3	4	5
4.2. Disponibilità all'applicazione di nuove idee	1	2	3	4	5
4.3. Capacità di attivare e promuovere processi innovativi	1	2	3	4	5

Il Direttore Generale/Rappresentante legale

Il Responsabile



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato n. 3 alla Delib.G.R. n. 52/11 del 10.12.2013

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA FREQUENZA DEL CORSO DI FORMAZIONE

Il sottoscritto _____

Direttore Generale/Rappresentante Legale della struttura _____

sita in _____

autorizza

il Dott./Dott.ssa _____

nato/a a _____ il _____

alla frequenza del "*Percorso formativo per facilitatori e valutatori per la qualità e l'accreditamento II* edizione,
organizzato dalla Regione Autonoma della Sardegna.

Il Direttore Generale/Rappresentante legale



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato n. 4 alla Delib.G.R. n. 52/11 del 10.12.2013

SCHEDA CURRICULARE

NOMECOGNOME
DATA DI NASCITALUOGO DI NASCITA.....
RESIDENTE IN VIACITTA'CAP
TELCELL..... FAX
E-MAIL
ENTE/AZIENDA
PROFILO PROFESSIONALE
TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO
Presso anno

- Partecipazione a corsi/seminari sulle metodologie della qualità si no
se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di
formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno

.....
.....
.....
.....

- Partecipazione a corsi/seminari su autorizzazione,accreditamento,certificazione ISO si no
se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di
formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno

.....
.....
.....
.....

- Partecipazione a corsi/seminari su management sanitario si no

se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di
formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno

.....
.....
.....
.....

- Partecipazione a corsi/seminari sulla comunicazione si no

se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di
formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno

.....
.....



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato n. 4 alla Delib.G.R. n. 52/11 del 10.12.2013

.....
- Partecipazione a corsi/seminari sulla gestione dei gruppi si no

se si, indicare il titolo, l'ente erogatore, la tipologia (corso di formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno

.....
.....
.....
.....

- svolge attività presso un Ufficio Qualità si no

- svolge attività a contatto con l'utenza esterna si no

- nella sua attività regolare, gestisce riunioni con operatori si no

- nella sua attività regolare, gestisce riunioni con utenti esterni si no

- nella sua attività regolare, ha contatto con utenza interna (interfacce con i servizi) si no

- nella sua attività regolare, svolge attività di coordinamento di personale si no

- nella sua attività regolare, coordina gruppi di lavoro si no

- ha svolto attività di formatore all'interno dell'Azienda si no

se si, indicare il titolo dell'evento formativo, la tipologia (corso di formazione, seminario, stage intensivo...), la durata, l'anno

.....
.....

- ha collaborato alla progettazione di percorsi di miglioramento della qualità si no

.....
.....
.....
.....

FIRMA DEL DISCENTE

Data,.....