



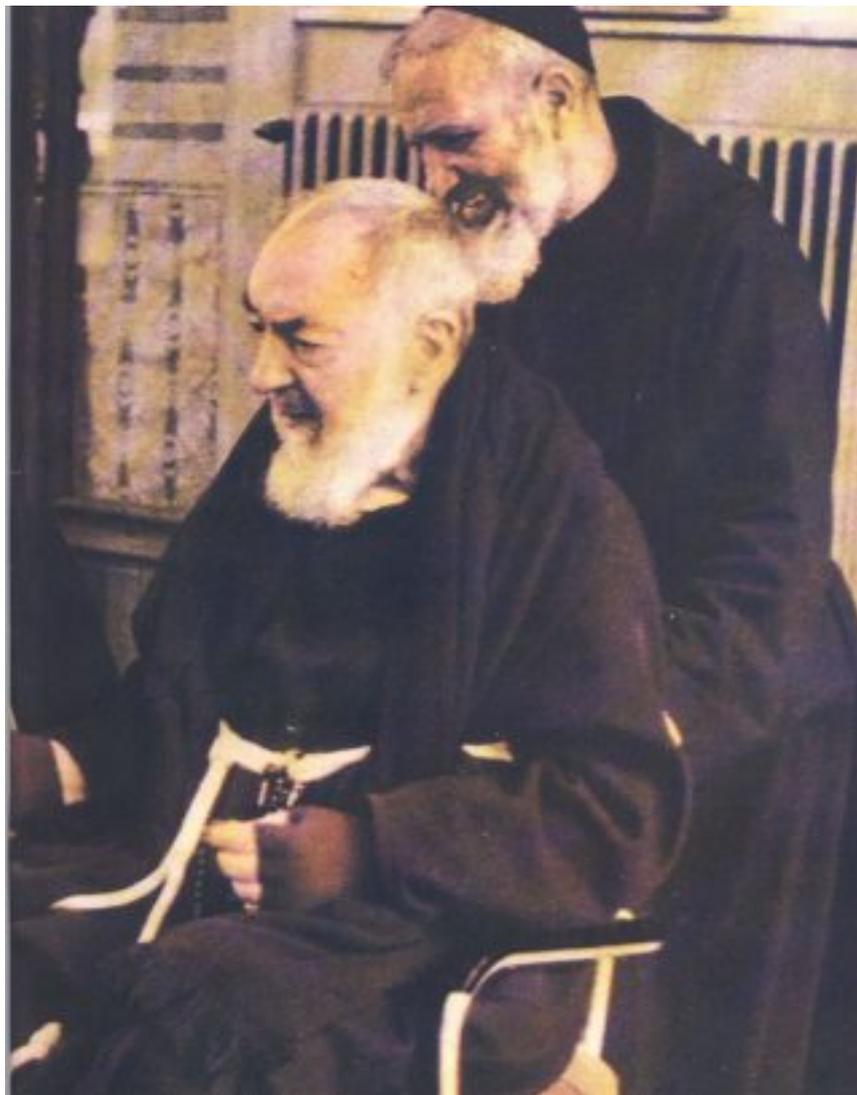
Fondazione

CENTRI DI RIABILITAZIONE

PADRE PIO ONLUS

PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA

REGOLAMENTO ORGANIZZATIVO





Fondazione
CENTRI DI RIABILITAZIONE
PADRE PIO ONLUS
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA

APPROVAZIONE	CDA	15.06.2015
I° REVISIONE	CDA	21/12/2017

IL PRESIDENTE **f.to fr. Francesco Colacelli**

IL V. PRESIDENTE **f.to fr. Francesco Langi**

CONSIGLIERE **f.to fr. Mariano Di Vito**

CONSIGLIERE **f.to fr. Matteo Lecce**

CONSIGLIERE **f.to fr. Salvatore Scopece**

**PARERE POSITIVO ORGANISMO DI VIGILANZA EX D.LGS. N 231/01 PROT N.1/2017 DEL 14/12/2017 E
COMUNICAZIONE INTEGRATIVA DEL 21/12/2017**

PREMESSA

La Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus è una Organizzazione No-Profit costituita da 14 Presidi di riabilitazione extraospedalieri: n.1 Presidio Territoriale a ciclo continuativo (residenziale) di 65 posti letto; n. 12 Ambulatori di riabilitazione e rieducazione funzionale con annessi servizi domiciliari, tutti insistenti nella provincia di Foggia e n.1 Presidio Territoriale a ciclo continuativo (residenziale) di 60 posti letto a Isernia costituito da n. 20 di Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani (RSA), n. 20 di Residenza Protetta (RP) e n. 20, al momento, solo autorizzati all'esercizio come Residenza Protetta.

Il Personale in essi operante, al 30 novembre 2017, è pari a n. 444 unità di cui n. 327 personale sanitario e 30 a tempo determinato.

Tutti i Presidi sono accreditati istituzionalmente con il Servizio Sanitario Nazionale. Questo significa che sono in possesso dei requisiti minimi prescritti per l'autorizzazione all'esercizio (Atto di indirizzo contenuto nel DPR 14 gennaio 1997), di quelli integrati e di ulteriori necessari all'accreditamento e individuati dalla Regione Puglia per continuare a poter operare per conto del SSR (DGR n. 533/88; Regolamento Regionale n. 3/2005; Regolamento Regionale n. 3/2010; DGR n. 2185/2010; Regolamenti Regionali n. 16/2010 e n. 20/2011; DGR n. 1195/2013; Regolamento Regionale n. 12/2015 e Regolamento Regionale n. 9/2016).

La Regione Puglia, inoltre, avendo recepito, con Deliberazione della Giunta Regionale 23 aprile 2013, n. 775, l'intesa (Repertorio Atti n. 259/CSR del 20 dicembre 2012) sulla "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, ha provveduto a integrare e modificare la L.R. 8/2004 con la L. 9/2017 e suc. mod. e int. che fissa nuovi e più stringenti requisiti di autorizzazione e accreditamento.

La Fondazione adotta il Modello Organizzativo 231/01, è certificata per la qualità, risponde ai requisiti previsti dalla nuova normativa sulla Privacy e, in particolare, del Regolamento UE n. 2016/679, alla certificazione sulla sicurezza del lavoro OHSAS 18001 e dispone di un Piano annuale per la Gestione del Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017.

Questo, perché è indispensabile che il Regolamento Organizzativo risponda primariamente alle prescrizioni normative e regolamentari legislative e contrattuali e secondariamente, se non coincidenti, alle esigenze organizzative proprie dell'Ente.

CAPO 1

ORDINAMENTO GENERALE

ART. 1

Istituita con atto del 28.11.2002 da Padre Michele Placentino, Frate Minore Cappuccino con il concorso dell'Ordine di appartenenza, che ha riconosciuto la strumentalità dell'Ente ai fini religiosi e caritativi dell'Ordine Religioso secondo l'illuminato insegnamento di San Pio da Pietrelcina. Sotto tale aspetto, per espressa previsione statutaria, la Provincia Religiosa ha il potere di nomina dell'Organo di Amministrazione e Controllo dell'Ente ed esercita il potere di gradimento sulle modifiche statutarie di scioglimento dell'Ente.

La Fondazione ha il compito di erogare prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa (ex art, 26 L. 833/78), nonché di perseguire gli scopi previsti dallo statuto.

La Fondazione è un ente privato non profit del tipo Onlus, con personalità giuridica, iscritto nel Registro delle Persone Giuridiche della Prefettura di Foggia al n° 412/PREF, sottoposto alla vigilanza del potere governativo e dell'Agenzia dell'Entrate in quanto ONLUS.

La Fondazione opera in piena responsabilità gestionale ed operativa e gode di autonomia regolamentare, amministrativa, patrimoniale, organizzativa, contabile e finanziaria.

I rapporti tra la Fondazione e la Provincia sono regolati dallo Statuto.

La Fondazione redige il proprio bilancio secondo i principi del codice civile.

La Fondazione ha un consiglio di amministrazione, in carica per 3 anni, che delibera in materia di:

- statuto;
- regolamento di gestione (organizzazione e funzionamento dell'Ente, dotazioni organiche e regole per l'assunzione del personale, articolazione dei propri uffici, contabilità dell'Ente).

La Fondazione, per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali, si propone i seguenti obiettivi: il perseguimento di finalità di solidarietà sociale nei settori dell'assistenza sanitaria, assistenza sociale, socio-sanitaria e della ricerca scientifica, portando attenzione prioritaria ai soggetti che si trovano in stato di maggior bisogno. In particolare la Fondazione ha lo scopo di provvedere all'assistenza, alla tutela della salute, alla cura e al recupero funzionale, sociale e morale di soggetti svantaggiati di qualunque età, sesso e condizione, affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali.

È escluso qualsiasi scopo di lucro.

La missione specifica della Fondazione è tutelare la dignità e migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie, attraverso interventi di riabilitazione sanitaria e sociale, si fa carico non solo della disabilità in quanto tale, ma anche della sofferenza personale e familiare che l'accompagna. Per questo fine due elementi risultano portanti: l'accoglienza, che risponde all'impegno di far sentire a proprio agio chi accede ai servizi e la valorizzazione della vita in tutte le sue espressioni aiutando gli operatori a scoprire il valore delle persone che soffrono, in quanto oggetto particolare dell'amore di Dio.

In tutte le sue attività la Fondazione vuole essere un luogo dove si esprime la carità verso il prossimo attraverso:

- l'accoglienza, la cura, la conoscenza;
- la riabilitazione (restituire la funzionalità o ridurre le difficoltà e gli esiti invalidanti, migliorare la qualità della vita);
- la promozione umana (individuare e valorizzare potenzialità di ogni persona intesa come portatrice di valore e dignità);

- la condivisione (farsi carico, con responsabilità, della persona e dell'impegno assunto nei suoi confronti).

Nello specifico dell'attività scientifica e di riabilitazione, questo comporta:

- l'approccio globale della persona, che tenga conto della sua situazione esistenziale e non solo delle funzioni compromesse da riattivare o di bisogni specifici da soddisfare;
- l'impegno per un lavoro di equipe multidisciplinare che favorisca l'integrazione dei singoli, rispettando lo specifico professionale dei vari componenti dell'equipe stessa;
- la necessità di assicurare una informazione precisa ed obiettiva sulla disabilità, sulle sue implicazioni e sui provvedimenti esistenti.

L'organizzazione è la suddivisione dei compiti e il loro coordinamento per il perseguimento dei fini istituzionale dell'Ente.

La struttura organizzativa consente di spiegare:

- l'articolazione gerarchica e la divisione funzionale del lavoro, ovvero le funzioni e le competenze;
- la suddivisione di responsabilità, i diversi organi e le relazioni che si stabiliscono tra di essi (relazioni di dipendenza gerarchica e/o funzionale);
- la dotazione organica.

Per il perseguimento dei propri fini gli organi della Fondazione si avvalgono di un apparato sanitario-amministrativo.

L'ordinamento del personale della Fondazione si fonda sul rispetto e sullo sviluppo della personalità e della professionalità dei dipendenti ed assume la partecipazione, la piena mobilità orizzontale, il lavoro di gruppo e la delega di responsabilità come propri caratteri essenziali. La Fondazione riconosce come insostituibile l'apporto delle rappresentanze del personale e concorre a garantire il libero e costruttivo esercizio dei diritti sindacali anche secondo i principi della responsabilità sociale.

L'Organigramma Generale della Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus è costituito come indicato nella fig. I mentre nella fig. II viene focalizzata la parte della Governance e della Direzione Esecutiva.

La Governance, costituita da n. 5 Frati Minori Cappuccini della Provincia Religiosa di Sant'Angelo e Padre Pio, è rappresentata dal CdA, presieduta dal Presidente e Legale Rappresentante e dispone, come da statuto, di un Segretario. In staff diretto troviamo il Collegio dei Revisori, il Controller e funzionalmente l'OdV.

Inoltre, per esigenze di normative e funzionali, ha in staff anche i seguenti Servizi e/o Uffici:

- Ufficio di Segreteria del Presidente/protocollo e URP;
- Servizio di Gestione del Rischio Clinico;
- Servizio Informativo;
- Ufficio del Medico Competente;
- Servizio Prevenzione e Protezione;
- Ufficio Affari Generali;
- Ufficio Privacy.

Organo di fiducia della Governance per l'attuazione delle decisioni deliberate è la Direzione Esecutiva, costituita da n. 4 Aree: Amministrativa, Sanitaria, del Personale e Strategica, Comunicazione & Marketing, che rappresenta il management della Struttura.

I componenti sono scelti fiduciarmente dal Consiglio di Amministrazione.

Anche la Direzione Esecutiva ha la disponibilità di un Segretario e uno staff costituito dai seguenti

Servizi e/o Uffici:

- Servizio Amministrativo;
- Ufficio Finanza & Bilancio;
- Ufficio Rendicontazione;
- Ufficio Tecnico & Manutenzioni;
- Ufficio Patrimonio & Tesoreria;
- Servizio Professioni Mediche;
- Servizio Professioni Sanitarie;
- Servizio Professioni Psico-sociali;
- Ufficio Ingegneria Clinica;
- Ufficio Risorse Umane;
- Ufficio Relazioni Sindacali;
- Ufficio Formazione & Aggiornamento;
- Ufficio Pianificazione Strategica;
- Ufficio Qualità (RSGQ);
- Ufficio Comunicazione interna ed esterna;
- Ufficio Fundraising.

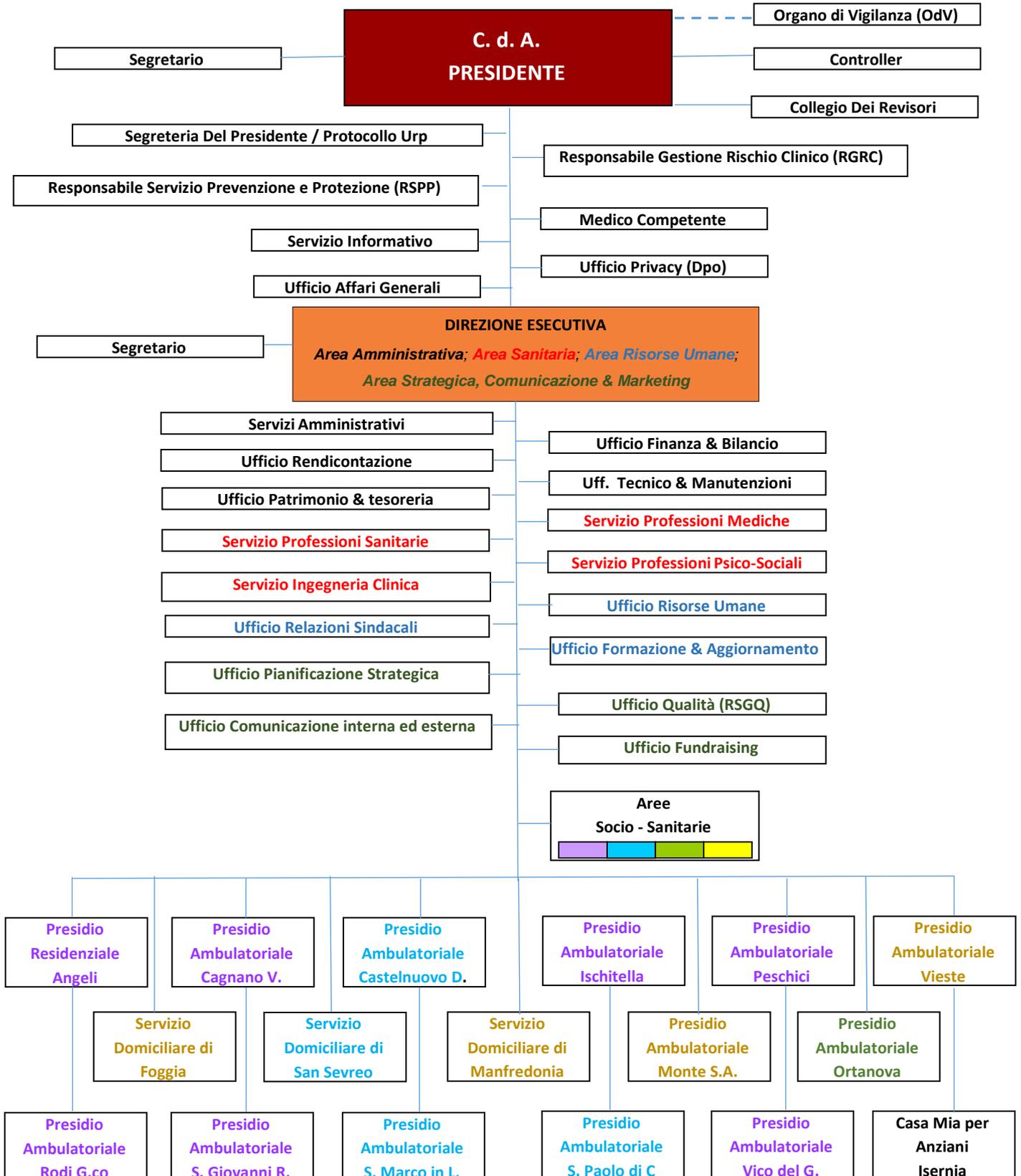
La Direzione Esecutiva può essere convocata alle sedute CdA e partecipare con voto consultivo per esprimere il proprio parere sulla gestione della Fondazione.

Tutto il restante personale della Fondazione è distinto in personale sanitario, sociale, socio-sanitario tecnico e amministrativo a seconda che appartenga al ruolo sanitario, tecnico o amministrativo.



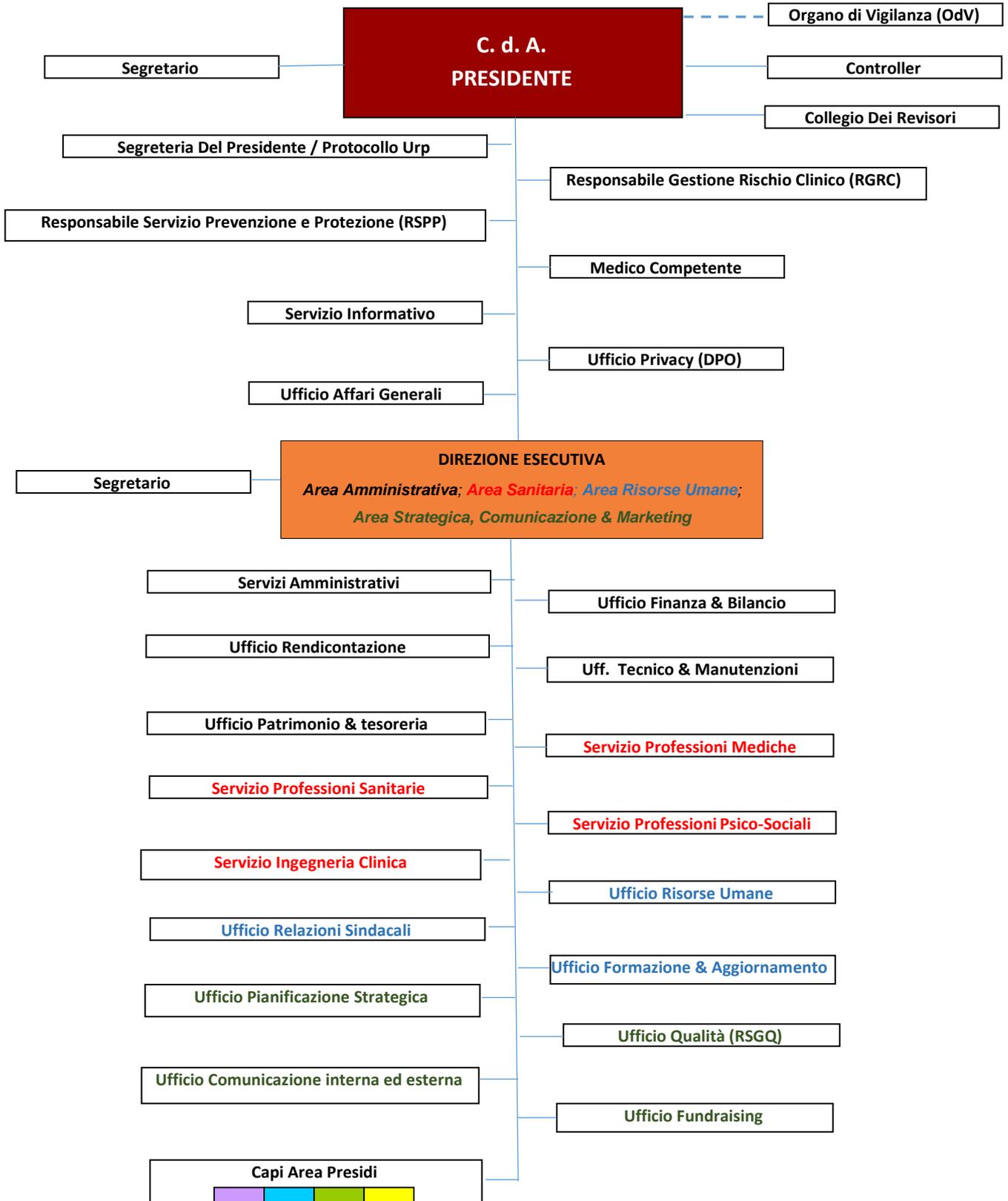
FONDAZIONE
CENTRI DI RIABILITAZIONE
PADRE PIO ONLUS
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA
PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO

ORGANIGRAMMA





FOCUS ORGANIGRAMMA



ART. 2

Le competenze di ciascun Organo sono riportate nell' allegato n. I

ART. 3

Al personale della Fondazione sono attribuite le categorie professionali e gli inquadramenti in corrispondenza dei titoli di studio, dei compiti e delle conseguenti responsabilità, con attribuzione della posizione stipendiale del CCNL di appartenenza. La Direzione Esecutiva procede sistematicamente alla ricognizione della dotazione organica dell'Ente nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza e qualità.

ART. 4

Le competenze specifiche dei profili professionali del personale sono riportati nell'allegato n. II

ART. 5

La dotazione organica deve essere dimensionata agli standard assistenziali prescritti dai requisiti organizzativi previsti dalla normativa di accreditamento, quindi alle effettive necessità dell'Ente nel rispetto delle esigenze finanziarie e di bilancio, delle peculiarità produttive e delle strutture logistiche dell'Ente.

L'organico identifica numericamente il personale addetto ai singoli Presidi e setting assistenziali, il cui inquadramento categoriale consegue ai titoli di studio posseduti e alle competenze attribuite secondo le declaratorie generali previste dal C.C.N.L.

La Fondazione corrisponde alle proprie necessità produttive e funzionali con:

- personale assunto a tempo indeterminato;
- personale assunto a termine;
- liberi professionisti.

Le politiche di ingresso del personale nell' organizzazione si articolano in un processo che:

- valuta la necessità di arricchire qualitativamente e/o quantitativamente l'assetto delle risorse umane (programmazione);
- evidenzia tale scelta e la estrinseca (reclutamento);
- vaglia le aspettative reciproche di organizzazione e individuo (selezione);
- consente un approccio corretto con l'ambiente esterno, con il lavoro da svolgere e con le modalità organizzative, con la storia e le persone già inserite (inserimento neoassunto).

Gli strumenti che possono essere utilizzati nella selezione del personale possono essere.

- **Screening di curricula.** Tale strumento valuta l'idoneità dei soggetti in base a requisiti generici oggettivi (il livello di scolarizzazione, l'età, le precedenti esperienze lavorative, le lingue conosciute ecc.).
- **Referenze.** È un meccanismo valido per la selezione di posizioni elevate e deve essere aggiuntivo rispetto ad altri strumenti.
- **Test attitudinali.** Si possono considerare tre gruppi di test quelli relativi a compiti generali di ufficio, quelli relativi a compiti tecnici, quelli connessi a capacità manageriali.

- **Il colloquio.** È uno strumento fondamentale per verificare le reciproche aspettative. Prima di iniziare è opportuno far compilare un modulo descrittivo al candidato, affinché vengano raccolte immediatamente tutte le informazioni generali: età, lavoro, livello di istruzione famiglia, esperienze passate ecc. Successivamente può iniziare il colloquio vero e proprio.

I profili professionali, nonché la consistenza numerica del personale assegnato a ciascun Presidio/Servizio sono quelli previsti dai requisiti organizzativi prescritti dalla normativa di autorizzazione e accreditamento e da tutte le altre professionalità necessarie ad incrementare la qualità delle prestazioni erogate.

ART. 6

Riguardo il personale dipendente della Fondazione, per quanto attiene all'assunzione, alla regolamentazione economica e normativa ed alla disciplina, si fa espresso riferimento alla normativa in vigore ed ai C.C.N.L. di categoria.

Per l'applicazione dei provvedimenti disciplinari è prevista una commissione disciplinare composta dal Presidente e dalla Direzione Esecutiva che a maggioranza potranno irrogare le sanzioni disciplinari, previa consultazione del consulente legale dell'Ente.

CAPO 2

ORDINAMENTO CONTABILE PATRIMONIALE DELLA FONDAZIONE

ART. 7

Le fonti di finanziamento della Fondazione sono costituita da:

- introiti a carico delle AA.SS.LL. ed altri Enti pubblici;
- compensi in correlazione a prestazioni, servizi o cessioni;
- redditi del proprio patrimonio;
- proventi di oblazioni o atti di liberalità;
- ogni altro provento previsto dallo statuto.

ART. 8

Il servizio di cassa della Fondazione è affidato, con apposita convenzione, ad uno o più istituti di credito.

ART. 9

La Fondazione si impegna, ai fini del controllo di gestione e quindi per consentire la corretta elaborazione del rendiconto e del bilancio, nonché per il controllo, a tenere scritture contabili adeguate e comunque nel pieno rispetto degli obblighi di legge a riguardo. Nella redazione del bilancio sarà opportuno adeguarsi alle linee guida e schemi diramati dall’Agenzia delle Entrate – terzo settore. Andrà inoltre conservata tutta la documentazione che ha dato luogo ai rilevamenti contabili, per adeguata durata temporale e comunque come prescritto dal legislatore. L’esercizio finanziario ha inizio il primo gennaio e termina il 31/12 di ciascun anno. La Fondazione deve tenere le seguenti scritture obbligatorie:

- libro giornale;
- libro dei cespiti;
- libro degli inventari;
- il libro delle deliberazioni del C.d.A.;
- il libro delle adunanze e dei verbali del collegio dei revisori;
- registri IVA.

La Fondazione applica la contabilità analitica.

ART. 10

L’Organizzazione, ai fini della trasparenza verso tutti gli interessati e anche per giustificare le scelte del C.d.A., nonché in ossequio alla prescrizione di legge e secondo i richiesti limiti temporali si impegna a redigere:

- un bilancio preventivo ai fini di portare a conoscenza di tutti gli interessati la politica degli amministratori intesa al conseguimento degli scopi della Fondazione;
- il rendiconto annuale, che sarà composto dal bilancio formato dalla situazione patrimoniale, dal conto economico e dalla nota integrativa, dalla relazione degli amministratori, nonché dalla relazione dei sindaci. Ai fini della trasparenza saranno fomitati, nella nota integrativa, tutti i

dettagli richiesti circa le principali categorie di entrate, di contributi e donazioni ricevute, proventi finanziari, contributi delle Asl ecc. Per i costi saranno forniti i dettagli di tutte le spese, distinguendo quelle sostenute per il raggiungimento degli scopi dell'ente, da quelle di funzionamento. Nella relazione degli amministratori, dovrà essere effettuato ogni sforzo possibile per individuare ed adottare parametri di misurazione dell'effettiva produttività in termini di utilità sociale, così che alla rappresentazione del risultato d'esercizio per gli aspetti meramente economico-finanziari possa essere aggiunta una esplicitazione di efficace raggiungimento degli scopi statutari;

- bilanci informali con cadenza periodica trimestrale da sottoporre al Consiglio entro il secondo mese successivo al trimestre di riferimento.

I criteri e parametri adottati dovranno avere costanza nel tempo, tener conto dei costi figurativi, aver riguardo all'efficacia (risultato previsto/risultato ottenuto) e all'efficienza (risorse impiegate/risultato ottenuto).

La predisposizione e l'approvazione del progetto di bilancio della Fondazione avviene con la seguente procedura:

- bilancio preventivo: predisposizione entro il 30 ottobre dell'anno in questione; approvazione entro il 30 novembre dell'anno;
- bilancio consuntivo: predisposizione ed approvazione entro il 30 aprile dell'anno;
- bilancio sociale: con la redazione di tale bilancio la Fondazione renderà l'informativa sulle attività svolte e sui risultati conseguiti nell'arco dell'anno.

ART. 11

L'Ufficio di Patrimonio & Tesoreria è organizzato secondo i seguenti criteri:

- la sezione Patrimonio: provvede all'operazione di acquisizione dei preventivi e in generale agli adempimenti necessari per la scelta del contraente e alla distribuzione dei beni sulla base dei preventivi formulati dai consegnatari;
- il consegnatario: provvede alla gestione dei beni in consegna, inoltre all'inizio di ogni anno formula per l'Ufficio un preventivo delle provviste necessarie e alla fine di ogni anno redige un rendiconto dei beni consegnati, da sottoporre al controllo dell'Ufficio di Patrimonio & Tesoreria.

ART. 12

I beni appartenenti alla Fondazione sono tutti i beni direttamente strumentali all'esercizio delle funzioni istituzionali e i beni destinati a produrre reddito costituito da frutti naturali o civili.

Le attività e le passività relative alla Fondazione sono descritte in apposito inventario. L'inventario deve essere redatto ogni anno e si chiude con il rendiconto.

Nell'inventario devono essere contenuti tutti i dati necessari alla esatta identificazione dei beni. Il Presidente individua i dipendenti cui debbono essere dati in consegna i beni mobili. Tali dipendenti hanno l'obbligo di vigilanza sui beni avuti in consegna e provvedono alla tenuta dei relativi inventari.

CAPO 3

ATTIVITA' CONTRATTUALE DELLA FONDAZIONE

La Fondazione per lo svolgimento dell'attività istituzionale ha necessità di approvvigionarsi di beni, servizi, risorse umane.

Per quel che riguarda queste ultime la materia è regolata dalle disposizioni che riguardano il rapporto di impiego subordinato e/o per le prestazioni di lavoro autonomo si fa riferimento ad apposite convenzioni stipulate con i professionisti della cui opera, di volta in volta, ci si intende avvalere, a condizioni però che tali professionisti non siano altrimenti rinvenibili dalla Fondazione al suo interno, mediante l'utilizzo di professionalità proprie del personale dipendente.

Riguardo all'acquisizione di beni e di servizi occorre far ricorso al "mercato".

La Fondazione pertanto si atteggia a cliente per la fornitura dei materiali o dei servizi occorrenti ovvero per la effettuazione di lavori necessari.

Per lo svolgimento dell'attività contrattuale dell'ente occorre rispettare cautele, procedure e controlli con la finalità di garantire il miglior utilizzo possibile delle risorse necessarie per il funzionamento dell'istituzione in termini di efficacia ed economicità.

ART. 13

Per quanto riguarda le spese di consumo acqua, energia elettrica, spese postali, telegrafiche, telefoniche, carburanti, spese di manutenzione ordinaria e/o riparazione di beni mobili o immobili, spese per l'acquisizione di materiali, arredi, nei limiti di euro 10.000,0 (diecimila/00) l'ente provvede attraverso l'ufficio Patrimonio & Tesoreria con proprio personale attraverso l'utilizzo di mezzi e materiali già in dotazione o si rivolge all'esterno per provviste "a pronta consegna" con le procedure previste per il servizio economato.

Per le spese di maggior rilievo, sia per l'importanza intrinseca della spesa, che per l'entità economica, l'Ente deve indire tramite il Presidente, o su delega dello stesso, gare di appalto con invito agli appaltatori di beni e servizi a presentare un numero di almeno tre preventivi, dai quali risultano le condizioni di esecuzione, i prezzi, le modalità di pagamento e le penalità per i casi di inadempimento dell'offerente. Il preventivo dovrà essere approvato dal C.d.A.

L'ordinazione dei lavori, provviste o servizi è in genere effettuata mediante lettera del Presidente o di un suo delegato.

L'esecuzione è disposta dal Presidente o da un suo delegato.

I lavori, le provviste e i servizi sono sottoposti ad attestazione di regolare esecuzione. Solo dopo l'effettuazione di tali adempimenti potrà essere disposto il pagamento.

CAPO 4

CONTROLLO DI GESTIONE

ART. 14

Per permettere il controllo della gestione è previsto un organo esterno con funzione di controller il quale effettua il monitoraggio tra i dati previsionali e quelli consuntivi.

Le verifiche da effettuare sulle attività svolte sono appresso elencate:

- individuazione dei Centri di Responsabilità;
- monitoraggio dei costi e dei ricavi della Fondazione;
- procedure negoziali per la redazione del budget;
- rapporto tra i risultati ottenuti ed obiettivi assegnati;
- grado di avanzamento verso l'obiettivo;
- scostamenti tra risultati attesi e conseguiti;
- redazione indicatori riferiti all'efficacia, all'efficienza e alla qualità delle prestazioni erogate;
- rapporto tra effetti prodotti e spese sostenute;
- verifica la correttezza dei salvataggi dei software e dati per la gestione delle paghe e contributi, della contabilità, della tesoreria e della rendicontazione
- tempestività della azione amministrativa;
- accessibilità ai servizi;
- parità di trattamento tra i cittadini,
- utile impiego sociale ed economico del patrimonio e sua corretta valutazione.

CAPO 5
CORRETTEZZA, TRASPARENZA ALL'INTERNO DELLA FONDAZIONE E
PRESSO TERZI.

ART. 15

La Fondazione si impegna a promuovere, realizzare e tutelare, nel generale interesse, la correttezza dell'operato della stessa e la sua conseguente considerazione nei confronti della collettività, dello stato, dell'opinione pubblica ed in generale di tutti quei soggetti che instaurino a qualsiasi titolo rapporti di collaborazione e operino nell'interesse dei Centri. La Fondazione si impegna all'osservanza delle leggi vigenti, ma anche ad operare, in ogni profilo concreto della sua azione, secondo trasparenti e corrette norme di comportamento. In particolare gli amministratori riconoscono la propria responsabilità nel garantire che le necessarie risorse umane e finanziarie vengano reperite in maniera etica, professionale e trasparente secondo l'interesse esclusivo dell'ENTE e mai a vantaggio personale. Nello svolgimento delle proprie attività tutti gli operatori della Fondazione non devono commettere azioni capaci di danneggiare o compromettere i profili valoriali e d'immagine che caratterizzano la Fondazione e il suo buon nome. La Fondazione per la migliore tutela di tali principi si è dotata di un codice etico e di un modello organizzativo secondo il D.lgs 231/2001.

CAPO 6
DISPOSIZIONI FINALI

ART.16

Il Regolamento Organizzativo approvato nella seduta del CdA il 15.06.2015 viene revisionato dal presente Regolamento che diventa l'unico in vigore.

Tutte le altre norme organizzative previgenti compreso il Regolamento Amministrativo approvato nella seduta del CdA del 28 marzo 2012, sono state abrogate.

ART. 17

Il presente Regolamento entra in vigore dal giorno successivo alla sua approvazione che prevede tutti gli adempimenti attuativi.

ALLEGATO I

RUOLO E COMPETENZA DI CIASCUN ORGANO DELLA FONDAZIONE

Ogni Organo, Servizio e/o Ufficio, potrà dotarsi di proprio Regolamento interno, da consegnare all'Ufficio di Presidenza, in cui saranno definiti ed esplicitati i processi e le procedure di funzionamento.

IL PRESIDENTE

Ha la legale rappresentanza della Fondazione. Convoca e presiede il C.d.A. Sovrintende alla esecuzione delle Delibere, svolge un'azione di generale vigilanza, di indirizzo e di coordinamento su tutta l'attività della Fondazione. Esercita le attività di ordinaria amministrazione che gli possono essere delegati in via generale dal Consiglio e le funzioni straordinarie che il Consiglio gli delega ad hoc. In caso di urgenza può adottare i provvedimenti di competenza del Consiglio, salva successiva ratifica. Svolge tutte le funzioni stabilite da Statuto.

Il Presidente, designato dal C.d.A. quale datore di lavoro, ai sensi del D.lgs. n. 81/2008 e succ. mod. ed int., rilascia delega di funzioni in tale materia.

IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Ha l'effettiva responsabilità di determinare le linee strategiche di conduzione della Fondazione, nonché di attuare le decisioni di impiego delle risorse dell'Ente. E' altresì responsabile dell'organizzazione dell'attività e del controllo dei risultati, tanto economico-finanziario che di efficacia sanitaria e utilità sociale. Come da statuto ha potestà esclusiva in merito alla gestione del personale dipendente. Svolge tutte le funzioni stabilite dalla Statuto.

Il CdA ha in staff:

- un Segretario;
- il collegio dei revisori;
- il Controller;
- Organo di Vigilanza (OdV)
- Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP)
- Ufficio Segreteria del Presidente/Protocollo e URP;
- Ufficio Rischio Clinico (RGRC);
- Ufficio Privacy (DPO);
- Servizio Informativo;
- Medico Competente;
- Ufficio Affari Generali.

IL COLLEGIO DEI REVISORI

Il Collegio dei Revisori è composto da tre membri effettivi e due supplenti, tutti nominati dalla Provincia di Foggia dei Frati Minori Cappuccini, che ne individua anche il Presidente effettivo ed il supplente. Restano in carica tre anni e possono essere riconfermati. Il Presidente provvede alla convocazione del collegio, dirige le riunioni ed assume ogni utile iniziativa per il funzionamento del Collegio.

Al Collegio dei Revisori spettano funzioni di:

- vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile. Allo scopo compie verifiche nel corso dell'anno che riguardano l'applicazione delle norme di legge, la regolare tenuta dei libri, l'affidabilità, la completezza e la correttezza delle procedure e delle scritture contabili, gli adempimenti relativi agli obblighi fiscali, la regolarità formale dei singoli atti e dei titoli di spesa. Il collegio dei revisori deve inoltre accertare, almeno ogni trimestre, la consistenza di cassa;
- vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale: Il Collegio dei revisori può formulare osservazioni e proposte al C.d.A. affinché adotti tutti quei provvedimenti necessari a correggere gli andamenti negativi e a prevenire ulteriori squilibri ed esprime pareri su specifici quesiti, rientranti nei propri compiti, sottoposti dal Presidente;
- esame e valutazione del bilancio. Il collegio dei revisori con riferimento al bilancio deve esaminare in apposita relazione l'andamento della gestione nel suo complesso ed i risultati conseguiti nell'esercizio, l'affidabilità, la completezza e la correttezza della tenuta della contabilità e la corrispondenza tra i dati del bilancio e le risultanze delle scritture contabili.

L'ORGANO DI VIGILANZA (OdV)

L'Organismo di Vigilanza (OdV), come previsto dalla legge italiana, indica l'organo che vigila sulla responsabilità dell'Ente, per reati commessi nell'interesse o vantaggio a favore di quest'ultimo (Art. 6, comma 1, lett. b) del d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231).

La Fondazione si è dotata di un modello di organizzazione e controllo (MOG) per la prevenzione dei reati previsti dal decreto e di un codice disciplinare.

L'O.d.V. è un soggetto indipendente di controllo e verifica. Tale soggetto (collettivo) vigila sul funzionamento e sull'osservanza del modello (incluso l'aggiornamento) e dispone di poteri di iniziativa e controllo (autonomia).

Anche in tempi successivi alla contestazione di un eventuale reato il MOG potrà essere implementato e permettere alla Fondazione (ove il giudice verifichi che questo è idoneo e correttamente attuato) di ridurre le sanzioni previste in proporzione.

IL CONTROLLER

È un organo esterno. Il C.d.A., per il controllo di gestione, nomina per il controller da uno a tre professionisti di comprovata esperienza e capacità nel ruolo.

IL COMITATO SCIENTIFICO

È un organo esterno. Il Consiglio di Amministrazione per i presidi riconosciuti IRCCS deve istituire e nominare i Comitati scientifici, stabilendone con apposito atto i compensi.

LA DIREZIONE ESECUTIVA

La Direzione Esecutiva è un organo propositivo ed esecutivo delle decisioni del CdA della Fondazione. Essa è costituita da n. 4 Aree: **Amministrativa**, **Sanitaria**, **del Personale**, **Strategica**, **Comunicazione & Marketing**.

La Direzione Esecutiva ha in staff i seguenti servizi/uffici aziendali:

- **Servizio Amministrativo**
- **Ufficio Finanza & Bilancio**

- **Ufficio Rendicontazione**
- **Ufficio Tecnico & Manutenzioni**
- **Ufficio Patrimonio & Tesoreria**
- **Servizio Professioni Mediche**
- **Servizio Professioni Sanitarie**
- **Servizio Professioni Psico-sociali**
- **Ufficio Ingegneria Clinica**
- **Ufficio Risorse Umane**
- **Ufficio Relazioni Sindacali**
- **Ufficio Formazione & Aggiornamento**
- **Ufficio Pianificazione Strategica**
- **Ufficio Qualità (RSGQ)**
- **Ufficio Comunicazione interna ed esterna**
- **Ufficio Fundraising.**

Essa è composta da n. 4 Dirigenti tutti allo stesso livello gerarchico con competenze gestionali e organizzative generali, ma anche specifiche dell'Area di appartenenza.

Essi rispondono all'organo di governo dell'Ente ovvero al Consiglio di Amministrazione, responsabile unico delle scelte strategiche e della nomina e controllo dei dirigenti.

I componenti della Direzione Esecutiva sono professionisti di fiducia del CdA, pertanto restano in carica fino alla scadenza dello stesso organo di governo della Fondazione.

Essi hanno diritto a fringe benefit aziendali (telefono cellulare e abbonamento traffico telefonico) e a un'indennità mensile specifica che riconosce il Presidente.

Sono esonerati dalla timbratura del badge di presenza e godono di flessibilità oraria.

La Direzione Esecutiva viene coadiuvata e supportata da un Segretario che oltre ad essere responsabile della stesura e tenuta dei verbali delle riunioni della stessa, facilita i rapporti con le altre articolazioni aziendali e le relazioni tra Servizi/Uffici in staff alla stessa DE, al fine di assicurare organicità, unitarietà e coerenza di azione e di interventi.

FUNZIONI

POLITICA, OBIETTIVI E PIANO DI ATTIVITA'

Per esplicitare le politiche complessive, gli obiettivi e le relative modalità di realizzazione, la Direzione Esecutiva elabora e propone al CdA un documento in cui sono riportati:

- la missione e cioè la ragione d'essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira;
- i campi prioritari di azione ed i metodi da adottare per raggiungere gli obiettivi che devono:
 - 1) essere articolati nel tempo;
 - 2) risultare congruenti con gli obiettivi previsti nei documenti di programmazione sanitaria regionale.

La Direzione Esecutiva deve coinvolgere nell'elaborazione del documento tutte le articolazioni organizzative al fine di garantirne la forte condivisione dei contenuti.

La Direzione Esecutiva deve altresì tenere in considerazione le indicazioni provenienti da associazioni e comitati e i suggerimenti raccolti direttamente dagli utenti attraverso comunicazioni, interviste, questionari, reclami.

Gli obiettivi della struttura devono tenere in considerazione i seguenti elementi:

- la valutazione dei bisogni e della domanda;
- il soddisfacimento del cittadino utente in conformità alle norme e all'etica professionale;
- il continuo miglioramento del servizio;
- l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni di servizio.

Gli obiettivi generali sono commisurati al lungo periodo di quattro anni e devono:

- essere stabiliti sia per quanto riguarda la tipologia dei servizi che la qualità delle prestazioni che si intendono erogare;
- essere congruenti con le risorse specificamente assegnate;
- essere compatibili con gli impegni che la struttura è in grado di sostenere per garantirne il raggiungimento;
- essere motivati (sulla base del bisogno, della domanda o di un mandato).

Gli obiettivi specifici costituiscono la base della pianificazione economica operativa della struttura sanitaria e hanno la caratteristica di essere improntati sul medio e breve periodo. Gli obiettivi specifici devono coniugare realisticamente i volumi di attività previsti, le risorse disponibili, le iniziative programmate di adeguamento delle risorse, le attività di miglioramento e i risultati attesi in termini di efficacia e di efficienza delle prestazioni.

Essi debbono inoltre:

- essere inseriti in un piano di attività in cui sono chiaramente identificate le responsabilità per la loro attuazione;
- essere misurabili;
- assoggettati a scadenze (inizio e fine delle attività connesse);
- essere articolati nel tempo;
- essere sottoposti a valutazione periodica per verificare in quale misura sono stati raggiunti.

Il piano di attività deve, in particolare, comprendere:

- la tipologia ed il volume di attività erogabili, in rapporto alle risorse strutturali tecnologiche ed umane presenti nella struttura ed ai limiti di spesa fissati a livello regionale e locale;
- le modalità di erogazione del servizio;
- l'organigramma con il quale sono individuati i responsabili delle articolazioni operative e delle funzioni di supporto tecnico amministrativo, definite le loro funzioni;
- l'assegnazione di specifiche responsabilità durante le varie fasi previste per il raggiungimento degli obiettivi specifici, comprese quelle inerenti alle revisioni o modifiche del piano stesso durante la sua realizzazione;
- le specifiche procedure documentate o le istruzioni da applicare;
- il metodo, le scadenze e gli strumenti, indicatori, per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici;
- eventuali nuove iniziative previste per conseguire gli obiettivi specifici.

Il documento della struttura deve essere approvato, datato, e firmato dalla CdA e riesaminato dalla Direzione Esecutiva a intervalli prestabiliti, almeno ogni quattro anni, in modo da assicurarne la continua adeguatezza alle linee di indirizzo, l'efficacia a generare eventuali cambiamenti strutturali ovvero organizzativi, la idoneità in riferimento alle risorse specificamente assegnate.

Per garantire la comprensione, la condivisione o il rispetto degli obiettivi contenuti nel documento, esso deve essere reso disponibile al personale coinvolto direttamente o indirettamente nella erogazione del servizio, affinché tutte le attività possono essere riferite agli indirizzi che vi sono espressi. La Direzione Esecutiva deve sostenere la politica, gli obiettivi e il piano di attività espressi nel documento compatibili con la disponibilità delle risorse e dei mezzi necessari e assicurandosi, mediante iniziative specifiche, che il personale coinvolto lo sostenga, lo comprenda e lo attui, tenuto conto che in un'organizzazione che eroga servizi, le singole persone costituiscono una risorsa molto importante e il comportamento e le prestazioni influiscono direttamente sulla qualità dei servizi erogati. Per migliorare la motivazione del personale, la sua crescita, la sua capacità relazionale, la qualità delle prestazioni erogate, la struttura deve:

- predisporre un ambiente di lavoro che stimola il miglioramento e consolida i rapporti di collaborazione;
- assicurare che siano ben compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;
- curare che tutti siano consapevoli di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito al cittadino utente;
- verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza nella misurazione;
- accertare periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;
- raccogliere suggerimenti, proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza, efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;
- verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza alla organizzazione.

RISORSE UMANE

Nelle organizzazioni sanitarie il personale rappresenta un elemento primario nei vari processi di produzione ed erogazione di prestazioni e servizi. Le attività sanitarie, per loro natura, non sono sempre standardizzabili in quanto l'ambito discrezionale del contributo professionale è sempre presente in relazione al livello di responsabilità ed in grado quindi di influenzare il risultato, quando il contributo professionale ai processi produttivi di una organizzazione rappresenta una variabile così

rilevante, la sua gestione assume inevitabilmente valenza strategica. Di conseguenza, nelle strutture sanitarie, la scelta di professionalità adeguate e gli strumenti necessari per gestirle, rappresentano un aspetto molto rilevante per l'organizzazione dei servizi. I requisiti di carattere generale cui devono attenersi i soggetti titolari delle strutture oggetto del presente regolamento sono: il personale con rapporto di dipendenza deve garantire la continuità delle prestazioni, la gestione delle situazioni a rischio ed il regolare svolgimento dei diversi compiti di assistenza previsti, con l'adozione di un documento che riporta:

- il fabbisogno del personale a rapporto di dipendenza definito sulla base dei volumi, delle tipologie delle attività e di quanto previsto nell'ambito dei requisiti specifici contenuti negli articoli seguenti del presente regolamento, per ciascuna tipologia di attività;
- la dotazione del personale a rapporto di dipendenza in servizio suddiviso per ruolo, profilo professionale e posizione funzionale, nonché la dotazione di personale in servizio con altra tipologia di rapporto di lavoro;
- il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale impiegato;
- il possesso da parte del personale sanitario a rapporto di dipendenza medico, psicologo, infermieristico, tecnico della riabilitazione e socio sanitario dei requisiti di accesso che devono risultare identici a quelli richiesti per l'accesso al SSN;
- la corretta applicazione, nei confronti del personale, dei contratti collettivi nazionali di lavoro di categoria.

La programmazione dell'eventuale avvicendamento del personale deve essere tale da assicurare la continuità relazionale e la presenza di referenti per singoli pazienti.

Controllo del sistema per misurazioni

Procedure per il controllo e adeguamento del sistema di misurazione del servizio sono previste per provare validità e affidabilità di tutte le misure incluse inchieste e questionari di soddisfazione dell'utente. La struttura prevede punti di misura e frequenze di misurazione per la rappresentazione dell'andamento nel tempo e stabilisce le responsabilità della misurazione. Sono redatte procedure o istruzioni sui dati da raccogliere, indicando come, dove e da chi sono rilevati e quale modulistica è utilizzata per la registrazione.

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

La qualità è una caratteristica essenziale ed indispensabile dell'assistenza sanitaria, un diritto di ogni paziente e di ogni comunità, un obiettivo prioritario, specialmente in situazioni di risorse limitate e restrizioni economiche. Il fine prioritario della politica sanitaria è la promozione della qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di equità, d'accesso, umanizzazione delle cure, gestione del rischio clinico, qualità della vita, soddisfazione dell'utente e uso appropriato delle risorse, anche sulla base di rapporti costi efficacia. Una valutazione sistematica e rigorosa dell'assistenza è legittima per verificare se le risorse sono utilizzate in maniera appropriata e fornire la migliore qualità possibile dell'assistenza sanitaria. I soggetti pubblici e privati hanno la responsabilità di garantire e migliorare sistematicamente la buona qualità dell'assistenza fornita ai pazienti, attraverso adeguate politiche di miglioramento. Le attività di miglioramento continuo della qualità sono definite come "insieme di attività e di misurazioni integrate e progettate ai vari livelli nell'organizzazione sanitaria, che tende a garantire ed a migliorare di continuo la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti". Queste azioni riguardano l'insieme del processo assistenziale, dall'identificazione del bisogno sanitario agli esiti delle cure prestate. Il miglioramento della qualità è considerato un processo

continuo attraverso il quale gli aspetti importanti dell'assistenza sono monitorati e migliorati se necessario e le novità selezionate continuamente. Per garantire e migliorare l'assistenza sanitaria è necessario valutare di continuo se l'assistenza al paziente risponde a criteri di qualità, per mantenere una buona qualità laddove esiste, identificando attraverso il confronto fra produttori, le buone pratiche ed applicando nella pratica i risultati della ricerca clinica e la valutazione delle tecnologie, attraverso linee guida e raccomandazioni basate sull'evidenza. Gli aspetti della struttura, dei processi e dei risultati dell'assistenza (stato di salute, qualità della vita, soddisfazione, costi) sono valutati e migliorati se necessario. Le opinioni dei soggetti coinvolti, operatori sanitari, pazienti, finanziatori, autorità, sulla buona qualità dell'assistenza sanitaria sono incluse nelle attività di valutazione e miglioramento della qualità. La valutazione delle tecnologie è strumento per la misurazione dell'efficacia dei metodi dell'assistenza sanitaria. Oggetto di valutazione sono sia i metodi nuovi, sia quelli conosciuti da tempo e stabilizzati di prevenzione, diagnosi e terapia. La valutazione interna, il miglioramento ed il mantenimento della buona qualità si completano con la valutazione esterna, che deve essere parallela e di supporto alla valutazione interna ed al miglioramento. Nel creare le condizioni per il miglioramento della qualità del servizio, occorre:

- incoraggiare e sostenere uno stile direzionale che sia d'aiuto;
- promuovere i valori, gli atteggiamenti ed i comportamenti che incoraggiano il miglioramento;
- definire chiari traguardi per il miglioramento della qualità;
- incoraggiare una comunicazione efficace e il lavoro di gruppo;
- riconoscere i successi ed i risultati ottenuti;
- formare ed addestrare per il miglioramento.

Attraverso la pianificazione e il coinvolgimento del personale operativo si persegue il miglioramento con l'identificazione e la segnalazione di servizi o di situazioni diverse dal pianificato di modo che diventino dovere e responsabilità d'ogni membro della struttura.

La struttura attua azioni preventive per l'eliminazione o la riduzione della ricorrenza del problema. Le condizioni necessarie per attivare il miglioramento della qualità richiedono valori, atteggiamenti nuovi, comportamenti condivisi, che si estrinsecano in:

- focalizzazione sul soddisfacimento dei bisogni degli utenti, sia interni che esterni;
- coinvolgimento di tutte le articolazioni organizzative della struttura nel miglioramento della qualità;
- dimostrazione dell'impegno, ruolo guida e coinvolgimento della direzione;
- enfaticizzazione sul miglioramento come parte del lavoro di ognuno, in gruppo o individuale;
- facilitazione alla comunicazione aperta e all'accesso a dati ed informazioni;
- promozione del lavoro di gruppo e del rispetto per l'individuo;
- assunzione delle decisioni sulla base dell'analisi dei dati.

Le attività di miglioramento della qualità del servizio sono mirate al conseguimento di miglioramenti nel breve e lungo termine e comprendono:

- l'identificazione dei dati pertinenti da raccogliere;
- l'analisi dei dati, dando priorità a quelle attività aventi il maggior impatto negativo sulla qualità del servizio;
- le informazioni di ritorno, sui risultati delle analisi verso la direzione della struttura con raccomandazioni per il miglioramento immediato del servizio.

Obiettivi del miglioramento

Gli obiettivi del miglioramento sono specificati per ogni articolazione organizzativa e sono

strettamente integrati con gli obiettivi generali definiti dalla direzione della struttura, tenendo conto della soddisfazione dell'utente e dell'efficacia ed efficienza dei processi.

Gli obiettivi del miglioramento sono:

- misurabili nella realizzazione;
- assoggettati a scadenza;
- chiaramente comprensibili;
- pertinenti.

Le strategie per raggiungere gli obiettivi di cui sopra sono compresi e concordati da coloro che lavorano insieme per raggiungerli, oltre che riveduti e rispondenti i cambiamenti d'aspettativa dell'utenza. I responsabili dei piani di miglioramento predispongono una metodologia di lavoro, mirata all'efficienza e all'efficacia del complesso di attività di servizio delle strutture. I responsabili stimolano la partecipazione del personale ad ogni livello attraverso suggerimenti, attività e programmi di miglioramento continuo tecnico, organizzativo con riduzione dei costi. Ogni risorsa umana delle varie articolazioni operative, se coinvolta, può presentare proposte valide, frutto della esperienza diretta.

Metodologia di raccolta suggerimenti utenti

La valutazione dell'utente è la misura finale della qualità di un servizio, essa può essere immediata, ritardata o retrospettiva e spesso è l'unico elemento di giudizio di un utente sul servizio ricevuto. La struttura effettua valutazioni e misurazioni continue della soddisfazione dell'utente, focalizzando su quanto i requisiti del servizio (comprese le modalità di erogazione) soddisfano le esigenze dell'utenza. A tal fine la struttura predispone, almeno una volta l'anno, una raccolta (questionari, sondaggi, indagini) sul grado di soddisfazione degli utenti per tenerne conto in sede di pianificazione dei programmi per il miglioramento del servizio.

Metodologie di confronto con comitati od associazioni

Il miglioramento della qualità prevede programmi dedicati a raccogliere dati, suggerimenti ed idee innovative da realtà esterne e rappresentative del collettivo dell'utenza, quali organismi di rappresentanza e di volontariato.

PRESTAZIONI E SERVIZI

I soggetti erogatori di servizi sanitari revisionano e pubblicizzano, in conformità al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995, la carta dei servizi che costituisce un obbligo di legge ed offre alla organizzazione l'opportunità di rivedere e gestire i propri processi in efficienza, focalizzandoli sulla soddisfazione dell'utente, partendo dalla definizione degli impegni circa il servizio da erogare. La carta è redatta con la consultazione delle categorie professionali e delle associazioni di tutela e di volontariato rappresentative del collettivo dell'utenza. Del processo di consultazione deve esistere documentazione scritta al fine di preservare l'evidenza del contributo di ognuno.

La carta dei servizi sanitari è il patto tra le strutture del SSN ed i cittadini, secondo i seguenti principi informativi:

- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi;
- piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
- definizione di standard e assunzione di impegni da parte dell'amministrazione locale rispetto

alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;

- organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei diritti dei cittadini;
- ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento.

Struttura della carta dei servizi

La carta dei servizi recepisce gli obiettivi di qualità espressi dalla struttura e riporta in modo chiaro e comprensibile:

- informazioni sulla struttura e servizi forniti;
- standard di qualità, impegni e programmi;
- meccanismi di tutela e verifica.

ELEGGIBILITÀ E PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI

La struttura, tenuto conto della normativa regionale e delle disposizioni del presente regolamento in tema di criteri di eleggibilità e presa in carico dei pazienti, deve:

- formalizzare i protocolli per l'eleggibilità dei pazienti;
- adottare e formalizzare protocolli, linee guida e procedure per la gestione del percorso assistenziale del paziente nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (intrastrutturali);
- definire la responsabilità per la presa in carico e per la gestione del paziente;
- prevedere la tracciabilità della presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria, compresa la riconciliazione;
- gestire il trasferimento delle informazioni relative alla presa in carico all'interno del processo di cura;
- verificare la conoscenza e l'applicazione dei protocolli e delle procedure da parte del personale ed il loro miglioramento se necessario.

Continuità assistenziale

L'organizzazione della struttura deve progettare e implementare i processi di continuità per coordinare l'assistenza dei singoli pazienti tra le varie articolazioni organizzative. La definizione delle responsabilità e delle modalità per il passaggio in cura contribuisce a migliorare la continuità, il coordinamento, la soddisfazione del paziente, la qualità e potenzialmente anche gli esiti. A tal fine la struttura deve:

- identificare per tutto il periodo di degenza un responsabile della cura del paziente;
- formalizzare e mettere in atto protocolli e linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti (appropriatezza dei trasferimenti all'interno dell'organizzazione, della dimissione dei pazienti e del follow up);
- adottare i processi a supporto di continuità e coordinamento delle cure;
- definire i collegamenti funzionali tra le varie articolazioni interne e con le strutture esterne coinvolte nell'assistenza;
- adottare modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegna, i trasferimenti e i processi di dimissione;
- adottare e diffondere le procedure per consentire che tutta la documentazione clinica del

paziente sia a disposizione degli operatori sanitari in ogni momento, al fine di favorire lo scambio di informazioni per la corretta gestione dei pazienti.

GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

La documentazione, che descrive il sistema gestionale e operativo, rappresenta l'evidenza oggettiva della struttura organizzativa e tecnica; aderisce alla sua realtà operativa, e per seguirne l'evolversi, è organizzata in maniera flessibile con gerarchia di contenuti ed articolata in differenti livelli, che individuano i rispettivi destinatari e le modalità di distribuzione.

Struttura della documentazione

La documentazione contiene i dati necessari al riscontro oggettivo delle attività svolte al fine di raccogliere ed elaborare gli stessi al fine di fornire informazioni relativamente a:

- grado di conseguimento degli obiettivi generali e degli obiettivi specifici;
- livello di soddisfazione degli utenti circa la qualità del servizio;
- risultato di verifica delle attività;
- risultato dei piani di miglioramento;
- analisi per l'individuazione delle tendenze di qualità;
- azione correttiva e la sua efficacia;
- idoneità delle prestazioni dei fornitori;
- addestramento e competenza del personale;
- confronto con dati nazionali di riferimento.

Controllo della documentazione

La documentazione che dispone prescrizioni generali e specifiche per l'erogazione del servizio deve essere leggibile, datata (incluse le date di revisione), chiara ed identificabile. In funzione della tipologia di documento, sono fissati metodi per controllare l'emissione, la distribuzione e la revisione. I metodi di cui sopra assicurano che i documenti siano:

- approvati dal personale autorizzato;
- emessi e resi disponibili nelle aree dove l'informazione è necessaria;
- compresi e accettati da parte di coloro che devono utilizzarli;
- facilmente rintracciabili;
- esaminati per ogni necessaria revisione;
- ritirati o distrutti quando superati.

Approvazione ed emissione dei documenti

I documenti e i dati, prima dell'emissione, sono verificati e approvati da personale autorizzato ai fini della loro adeguatezza. Un elenco generale, preparato e reso disponibile, o altra equivalente forma di controllo, indica lo stato di revisione dei documenti in vigore per impedire l'utilizzo di quelli non più validi o superati.

Il sistema di controllo, di cui sopra assicura che:

- siano disponibili i documenti necessari in tutti i luoghi ove si svolgono le attività essenziali per garantire la qualità del servizio;
- siano prontamente rimossi da tutti i centri di emissione o di utilizzazione documenti non

validi ovvero superati, per evitare un loro uso indesiderato;

- siano identificati i documenti superati e conservati per motivi legali e di conservazione delle conoscenze.

Distribuzione dei documenti modificati

La distribuzione dei documenti modificati è curata dalla funzione che li ha emessi e sottoposti a modifica, ovvero dal responsabile incaricato dell'archiviazione e gestione; la stessa funzione garantisce l'eliminazione dei documenti superati. La distribuzione da parte dell'emittente può arrivare fino al trasferimento della documentazione ai responsabili di altre funzioni, i quali provvedono alla distribuzione interna, garantendone l'attribuzione di responsabilità e la rintracciabilità.

GESTIONE DEL DATO

Il sistema di gestione del dato è finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito al fine di:

- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi della struttura;
- fornire il ritorno informativo alle articolazioni organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza;
- rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovra ordinati.

I dati di origine generati dallo svolgimento delle attività sono definiti e coerenti con gli obiettivi della struttura, per garantire che le informazioni generate siano oggettive ed attendibili. La struttura della gestione del dato è dotata di un sistema informativo per la corretta gestione dei documenti che dispone prescrizioni generali e specifiche allo svolgimento delle attività finalizzate all'erogazione del servizio. A tale scopo, la direzione assicura:

- l'individuazione dei bisogni informativi della organizzazione;
- la struttura del sistema informativo (e cioè la sua identificazione e la sua articolazione);
- la diffusione della documentazione presso le funzioni interessate;
- le modalità di raccolta dei dati relativi alle attività svolte;
- la valutazione della qualità del dato (riproducibilità, accuratezza, completezza);
- la diffusione ed utilizzo delle informazioni generate dall'elaborazione dei dati.

È individuato un referente del sistema informativo, responsabile delle procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.

Registrazione dei dati

La struttura predispone procedure che individuano modalità di registrazione dei dati per dimostrare il conseguimento della qualità richiesta e l'efficacia del sistema qualità, contribuendo alla crescita di un tangibile patrimonio di conoscenze. Motivazione delle registrazioni.

La struttura produce e conserva i documenti per dimostrare il raggiungimento degli obiettivi prefissati e valutare l'opportunità di attuare interventi di vario tipo, quali in particolare:

- modifiche alle modalità di erogazione del servizio;
- programmi di miglioramento;
- sperimentazioni;
- nuovi progetti;

- interventi sui costi.

I dati raccolti sono utilizzati in modo proficuo se sono soddisfatte alcune condizioni, come quelle elencate di seguito:

- essere conosciuti;
- essere ordinati, accessibili, organizzati;
- essere leggibili ed interpretabili con facilità;
- essere supportati dalle descrizioni atte a chiarire su quali basi sono stati prodotti ed entro quali limiti mantengono la loro significatività.

Conservazione dei documenti

I documenti di registrazione dei dati e le informazioni generate dalla loro elaborazione sono conservati in condizioni ambientali e di ordine per evitare possibili danneggiamenti e permetterne la rintracciabilità.

Il tempo di conservazione è stabilito tenendo conto dei seguenti aspetti:

- necessità di consultazione;
- rispetto delle disposizioni vigenti.

Sono adottate opportune procedure di accesso, protezione dei dati e conservazione nel caso di utilizzo di supporti informatici (archivi elettronici).

Per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari si rinvia alle disposizioni vigenti in materia di “privacy”.

Verifica dei risultati

La direzione della struttura è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitano e consentono la promozione e il supporto ad attività valutative, essa assegna responsabilità specifiche di controllo periodico delle attività al fine di assicurare la continua adeguatezza ed efficacia per il conseguimento degli obiettivi generali e specifici.

Il personale che attua il processo di erogazione del servizio è investito di responsabilità delle seguenti valutazioni sistematiche:

- aderenza alle specifiche di realizzazione del servizio;
- controllo continuo che le specifiche di servizio siano soddisfatte;
- aggiustamento del processo al verificarsi di deviazioni.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI E DEL SERVIZIO DA PARTE DELL'ORGANIZZAZIONE

La valutazione dei risultati e del servizio da parte della direzione si svolge su dati oggettivi, in collaborazione con tutti gli operatori, e si sviluppa al livello delle articolazioni organizzative utilizzando personale interno preparato allo scopo.

La valutazione di cui sopra verifica:

- il grado di conoscenza e condivisione del personale delle modalità operative pianificate e dei criteri di registrazione dei dati generati dallo svolgimento delle attività;
- il grado di applicazione e applicabilità delle modalità operative pianificate al fine di valutare l'adeguatezza delle risorse umane (professionalità e numero) e materiali (idoneità e disponibilità all'uso) messe a disposizione della struttura;
- il grado di adeguatezza dei processi operativi per garantire sia il livello qualitativo delle

prestazioni dei servizi, sia il raggiungimento degli obiettivi specifici programmati.

I professionisti sono particolarmente coinvolti ed incoraggiati all'utilizzo di specifiche tecniche per i processi in esame. Momenti di verifica formali tra i componenti dell'equipe, riunioni di gruppo periodiche, attività interprofessionali di miglioramento della qualità e audit clinici possono essere previsti per i professionisti sanitari.

Criteri di registrazione dei dati

La valutazione dei risultati della struttura è continua e svolta su dati oggettivi per individuare e perseguire azioni di miglioramento.

I criteri di registrazione dei dati per l'analisi riguardano:

- le attività rilevanti di ogni servizio che hanno influenza sulla efficacia dell'organizzazione;
- le caratteristiche delle attività che devono essere misurate e controllate per assicurare la qualità del servizio (indicatori);
- i metodi di valutazione delle caratteristiche scelte a riferimento;
- i mezzi per controllare le caratteristiche al fine di mantenerle entro i limiti stabiliti (standard).

I criteri di registrazione dei dati consentono un efficace controllo dei processi di servizio della struttura assicurando che il servizio erogato risponde a quello atteso dall'utente e dalla struttura.

Idoneità all'uso della struttura

L'organizzazione sanitaria deve essere in grado di offrire ai propri pazienti, ai loro familiari, al personale e ai visitatori una struttura sicura. Per raggiungere quest'obiettivo è necessaria una gestione della struttura, degli impianti volta a ridurre, controllare, prevenire i rischi e i pericoli e mantenere condizioni di sicurezza. Pertanto, l'organizzazione, indipendentemente dalle dimensioni e dalle risorse proprie di ciascuna, è tenuta ad osservare la legislazione, la normativa e ogni altro requisito cogente applicabile che determinano il modo in cui una struttura è progettata e mantenuta in efficienza. La Direzione deve conoscere la legislazione, la normativa e i requisiti applicabili e inserire a bilancio, pianificare e implementare tutte le attività volte a soddisfare i requisiti di legge.

A tal fine la struttura deve:

- pianificare e inserire a bilancio il potenziamento o sostituzione di impianti, edifici o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione;
- prevedere la presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture;
- prevedere la presenza, formalizzazione e messa in atto di un programma di monitoraggio dell'idoneità della struttura che fornisca i dati relativi ad incidenti, infortuni e altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (es. report, audit ed incontri periodici relativi alla identificazione dei rischi e alla gestione della sicurezza);
- predisporre piani di azione per la risoluzione delle criticità individuate e utilizzo dei dati del monitoraggio per migliorare il programma di gestione del rischio ambientale;
- prevedere la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.

GESTIONE DELLE ATTREZZATURE

Le attrezzature che sviluppano i processi di erogazione dei servizi hanno impatto sul livello qualitativo ottenuto per cui la loro corretta gestione è fondamentale ai fini dell'oggettiva credibilità dei valori

risultanti dal loro utilizzo. La gestione delle attrezzature, dalla definizione dei bisogni di acquisto alla loro alienazione, è caratterizzata da una interfunzionalità. Compito della direzione esecutiva è definire, in fase di pianificazione, le responsabilità delegate alle varie articolazioni organizzative e riportare al CdA l'esito dell'attività per l'eventuale approvazione.

L'insieme di tutti i beni che concorrono in maniera diretta o indiretta alla qualità delle prestazioni sanitarie è definita attrezzatura. Le regole generali di gestione, di seguito riportate, si riferiscono in particolare alle attrezzature biomediche che sono di particolare criticità nel processo di erogazione. Sono promosse, per l'acquisizione e gestione delle attrezzature biomediche, attività interdisciplinari di valutazione ed analisi relative alla sicurezza, ai costi, ai benefici, all'efficacia ed agli aspetti etici.

Programmazione degli acquisti di attrezzature

L'acquisizione delle attrezzature è pianificata in modo documentato da assicurare le prestazioni previste dal piano di attività in coerenza con gli obiettivi del piano medesimo.

Un programma di acquisto delle attrezzature in generale e, in particolare, delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici è previsto al fine di tenere conto:

- dell'evoluzione delle tipologie dei servizi;
- dell'obsolescenza;
- dell'adeguamento alle norme tecniche;
- della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Inventario delle attrezzature

La direzione esecutiva adotta un inventario delle attrezzature biomediche in dotazione, di tipo dinamico, aggiornato con informazioni archiviate su supporto informatico per:

- soddisfare gli obblighi di legge;
- disporre di dati riassuntivi;
- permettere la rintracciabilità delle attrezzature biomediche;
- fare le analisi per stabilire dei criteri di sostituzione, al fine di programmare gli investimenti tecnologici, tenendo conto dell'obsolescenza del parco macchine e delle singole tipologie di apparecchiature biomediche.

Le informazioni raccolte e rese disponibili sia in forma aggregata per l'intero parco macchine, sia in forma disaggregata per singola tipologia di attrezzatura, centro di costo, classe di età, produttore, periodo di ammortamento e modalità di acquisizione: acquisto, noleggio, leasing, donazione, in service. Le apparecchiature temporaneamente disattivate sono immagazzinate, protette, verificate e controllate ad intervalli idonei per garantire che i requisiti di precisione, accuratezza e validità, siano soddisfatti al momento del riutilizzo.

Manutenzione

L'assicurazione della manutenzione è fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi specifici della struttura riguardo ai volumi ed al livello qualitativo delle prestazioni in quanto garantisce la efficienza ed efficacia delle apparecchiature biomediche in uso. La manutenzione è garantita da apposito personale tecnico professionale sia interno che esterno.

Il piano per la manutenzione delle apparecchiature biomediche tiene conto delle:

- indicazioni relative alla sicurezza in uso;
- necessità di manutenzione mediante le indicazioni contenute nei manuali di servizi;

- indicazioni contenute nelle normative tecniche relative alla sicurezza e al mantenimento in uso secondo gli standard di funzionalità.

Il piano di manutenzione generale è articolato sulla base delle criticità dell'apparecchiatura biomedica per il risultato essenziale, distinguendo fra manutenzione correttiva, preventiva e controlli periodici di sicurezza e funzionalità. Il piano di manutenzione che tende a garantire i necessari standard qualitativi delle prestazioni fornite e di sicurezza, deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura biomedica e reso noto ai diversi livelli operativi per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore. È importante che la documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell'acquisto, sia a corredo dello strumento e conservata in modo da essere facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione per la sua attività.

Manutenzione preventiva e controlli di funzionalità e sicurezza

Il piano di manutenzione prevede, se richiesto dalla tipologia delle attrezzature, le attività relative alla manutenzione preventiva e ai controlli di funzionalità e sicurezza delle attrezzature al fine di garantire la loro idoneità all'uso.

Il piano di manutenzione per le apparecchiature biomediche deve:

- identificare tutte le apparecchiature che possono influire sulla qualità del servizio offerto, controllarle e metterle a punto ad intervalli prefissati o prima dell'uso, a fronte di campioni certificati riconosciuti nazionali. In mancanza di tali campioni il criterio di controllo deve essere definito e documentato;
- definire il processo da utilizzare per la manutenzione preventiva, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- definire il processo da utilizzare per i controlli di funzionalità e sicurezza delle apparecchiature biomediche, compresi i dettagli relativi al tipo di apparecchiatura biomedica, identificazione univoca, ubicazione, frequenza delle verifiche, metodo di verifica, criteri di accettazione e provvedimenti da adottare qualora i risultati non fossero soddisfacenti;
- identificare le apparecchiature biomediche mediante contrassegno appropriato o documenti approvati di identificazione per evidenziare lo stato di controllo;
- conservare le registrazioni relative alle manutenzioni preventive e ai controlli delle apparecchiature biomediche;
- assicurare che le condizioni ambientali siano adatte alle operazioni di manutenzione preventiva e controllo;
- assicurare che la manipolazione, la custodia e la conservazione delle apparecchiature biomediche siano adatte a mantenere l'accuratezza e l'idoneità richiesta;
- evitare che le apparecchiature biomediche subiscano interventi che possano pregiudicarne il controllo funzionale e di sicurezza.

Archivio manutenzioni eseguite

Gli interventi di manutenzione correttiva e preventiva, compresi i controlli di funzionalità e sicurezza sulle apparecchiature biomediche in dotazione, devono essere documentati. Per ogni apparecchiatura biomedica esiste una documentazione cartacea o preferibilmente elettronica, che riporta i dati significativi per ogni intervento di manutenzione eseguito.

FORMAZIONE & AGGIORNAMENTO

Le risorse umane sono fondamentali per la guida della organizzazione e la sua corretta gestione; è necessario che le modalità di inserimento, di addestramento, di formazione e aggiornamento siano tenute in considerazione per il personale ai vari livelli della struttura. La direzione esecutiva adotta un piano di formazione aggiornamento del personale e normalizza le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

Inserimento, affiancamento, addestramento

I criteri di valutazione possono essere individuati per consentire la copertura di un determinato ruolo sia al personale di nuova acquisizione, sia a quello da destinare a nuove mansioni.

Le necessità di addestramento sono programmate tenendo presente:

- i tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste;
- il turn over del personale;
- la numerosità dello stesso.

La struttura organizzativa identifica le esigenze di affiancamento e di addestramento del personale e predispone attive procedure documentate per gestirle. L'addestramento che riguarda procedure e capacità tecniche conseguite per eseguire i compiti assegnati e l'utilizzo degli strumenti, attrezzature e dispositivi in dotazione è dimostrabile attraverso archivi nominativi.

La formazione continua rappresenta uno strumento di cambiamento e di sviluppo del servizio erogato. La Governance della struttura assume o assegna la responsabilità e il coordinamento delle attività di formazione e di aggiornamento, le cui funzioni sono:

- individuare le esigenze formative;
- determinare gli strumenti e le risorse per far fronte a tali esigenze;
- prefissare le priorità di intervento formativo sulla base del budget disponibile e delle linee strategiche della direzione;
- selezionare i criteri per il personale da aggiornare e formare;
- specificare gli indicatori, per misurare l'efficacia (impatto) degli interventi formativi;
- pianificare sia le attività sulla base delle esigenze formative richieste dal Programma Nazionale per la Formazione Continua ECM, sia quelle volte alla valutazione dell'efficacia degli interventi formativi.

La formazione della relazione interpersonale per i professionisti che sono in diretto contatto col paziente è curata con particolare attenzione. Le esigenze di aggiornamento interno ed esterno volte allo sviluppo professionale dell'individuo sono valutate in maniera trasparente sulla base delle strategie della struttura mission, vision, obiettivi generali e specifici. La struttura prevede metodi (relazioni, meeting settimanali, incontri mensili, pubblicazioni) volti a garantire che le conoscenze maturate all'esterno vengano condivise con tutto il personale interessato; individua e rende noti e agibili punti di raccolta delle informazioni, riviste, archivi, pubblicazioni, relazioni necessarie all'aggiornamento professionale del personale, valuta annualmente i risultati complessivi di soddisfazione e di impatto dell'attività formativa. Il personale sanitario operante presso la struttura consegue, ogni anno, i crediti formativi previsti dal Programma Nazionale per la Formazione Continua ECM.

La struttura predispone la programmazione e le specifiche procedure che prevedono:

- la facilitazione all'inserimento delle risorse di nuova acquisizione o assegnate a nuove mansioni mediante la fornitura delle informazioni necessarie;
- l'affiancamento a personale esperto al fine di armonizzare i tempi necessari a rendere pienamente operative le nuove risorse dal punto di vista tecnico, gestionale, di servizio;
- l'addestramento di tutto il personale interessato per abilitarlo a gestire sistemi, apparecchiature

ed attrezzature sia in uso che di nuova introduzione;

- la formazione e l'aggiornamento secondo le necessità riconosciute di sviluppo personale e del servizio.

COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA

Per dare trasparenza alla propria politica e alle caratteristiche del servizio erogato, la struttura deve munirsi di strumenti idonei a garantire una corretta e sistematica comunicazione all'interno e all'esterno della organizzazione. La struttura deve assicurare la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio avendo cura di verificare la chiarezza, la comprensibilità e la accessibilità delle informazioni in rapporto alla tipologia dell'utilizzatore: cittadini, istituzioni, associazioni. Nella comunicazione con gli utenti deve essere posta anche grande attenzione al recepimento delle loro esigenze. A tal fine, la direzione predispone materiale informativo in forma sintetica a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari ed eventuali costi per servizi aggiuntivi. Le caratteristiche del servizio devono essere diffuse tramite ogni soggetto attivo della struttura, sia come singolo, sia organizzato in gruppi. Alle Associazioni dei familiari maggiormente rappresentative in rapporto a ciascun ente erogatore è riconosciuto il diritto di informazione e di accesso agli atti che riguardino la pluralità dei pazienti e le loro esigenze diffuse. L'esercizio è finalizzato alla maggior tutela dei soggetti disabili e dei soggetti sui quali gravano obblighi di vigilanza e assistenza in virtù di rapporti familiari e/o di parentela, di tutela, curatela, amministrazione di sostegno e/o a qualsivoglia altro titolo assimilabile. A tal fine l'ente erogatore provvederà a consentire effettivo accesso ed informazione, nel rispetto delle norme sulla riservatezza e sul trattamento dei dati.

La comunicazione deve essere efficace per informare su:

- tipologia, disponibilità e realizzazione del percorso assistenziale;
- oneri a carico del paziente per servizi aggiuntivi;
- relazioni fra servizio atteso, servizio percepito ed oneri sostenuti dal paziente;
- possibilità da parte del paziente di contribuire a migliorare la qualità del servizio.

In particolare la persona o il tutore deve essere informata sulla malattia, sulle disabilità ad essa correlate, sulle possibili evenienze della fase successiva al percorso assistenziale e amministrativo, in modo che sia in grado di gestire tale fase.

L'informazione alla persona deve essere garantita con:

- criteri espliciti di erogazione delle prestazioni;
- informazione alla persona e ai famigliari sulla codifica di gravità assegnata;
- identificazione di un operatore referente;
- indicazione dei tempi e luoghi per effettuare l'informazione.

Se necessario, la struttura deve prevedere il coinvolgimento degli utenti nel percorso clinico e la partecipazione alla definizione del percorso assistenziale.

Comunicazione interna

La comunicazione interna garantisce che i principi, gli obiettivi che si prefigge e quanto la struttura pianifica per raggiungerli, siano condivisi, per il coinvolgimento, la motivazione e l'aumento del senso di appartenenza degli operatori.

La Governance individua specifiche figure di riferimento, in modo che il personale svolga correttamente e con alto grado di motivazione le attività assegnate per:

- assicurare che siano compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità;
- curare che ciascuno sia consapevole di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito all'utente;
- verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza (validità e affidabilità) nella misurazione; d) accertare periodicamente la motivazione del personale nel provvedere alla qualità del servizio (questionari, reclami, suggerimenti);
- evidenziare al personale il grado di raggiungimento degli obiettivi di qualità;
- raccogliere suggerimenti, favorire opportunità di incontro per analizzare le criticità e proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza ed efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;
- verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza a tutto il personale.

La comunicazione all'interno della struttura prevede momenti di coordinamento e di integrazione per la predisposizione di un ambiente di lavoro, che migliori i rapporti di collaborazione e cooperazione per la soluzione dei problemi.

I metodi di comunicazione possono comprendere:

- incontri informativi;
- riunioni per scambi di informazioni;
- informazioni documentate;
- mezzi informatici.

APPROCCIO ALLA PRATICA CLINICA SECONDO EVIDENZE

Un'organizzazione deve essere in grado di fornire interventi efficaci nel rispetto delle preferenze individuali e dei valori culturali e sociali di ogni paziente. Sono disponibili in letteratura evidenze che possono guidare le organizzazioni nell'implementare strategie e metodi che possono essere utilizzati per fornire cure e servizi appropriati ed efficaci. Le linee guida ed i protocolli adottati dagli operatori devono essere utilizzati in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa. Ogni struttura organizzativa ne predispone una raccolta ed il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili. Le organizzazioni devono garantire inoltre che i professionisti sanitari valutino le evidenze disponibili nei processi di definizione dei percorsi assistenziali e attivino percorsi di miglioramento laddove necessario. Le strutture devono effettuare una valutazione sistematica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni evidenziandone gli scostamenti rispetto alle evidenze disponibili e identificando gli ambiti di miglioramento.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- la presenza, formalizzazione e messa in atto di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza formulati secondo i principi della evidence based medicine;
- l'accessibilità al personale della raccolta dei regolamenti interni e delle linee guida;
- l'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili;
- il coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad esse correlati;
- la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni ed attivazione di

programmi di miglioramento se necessario.

PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E GESTIONE DEI RISCHI

Per gestione della sicurezza s'intende l'applicazione e lo sviluppo di strutture e processi che, sulla base delle evidenze scientifiche, siano in grado di prevenire e ridurre i rischi all'interno di una struttura. La sicurezza in un'organizzazione sanitaria è pertanto la gestione integrata del rischio ambientale, del rischio operatore e del rischio paziente:

Rischio occupazionale: riguarda gli operatori, sanitari e non, nello svolgimento della loro attività lavorativa. Questi rischi sono generalmente classificati in rischio fisico, chimico e biologico; Rischio "non clinico": sono problemi di sicurezza. In generale, ad esempio eventi catastrofici, rischi finanziari;

Rischio clinico: riguarda i pazienti e fa riferimento alla possibilità per gli stessi di essere danneggiati in relazione al trattamento sanitario.

I tre tipi di rischio sono tra loro strettamente connessi, pertanto è necessario prevedere una gestione integrata dei tre livelli di rischio; ciò implica da un lato la conoscenza dei fattori di rischio comuni e dall'altro l'adozione di strumenti di analisi, gestione e monitoraggio e di strategie integrate. L'organizzazione deve elaborare un piano per la qualità e sicurezza declinato nei tre ambiti sopra descritti ovvero un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e contemplici ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.

PROGRAMMA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E MODALITÀ DI GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI.

Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica analisi e verifica. Conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza. La gestione degli eventi avversi comprende: l'identificazione e la segnalazione degli eventi avversi mediante un sistema strutturato, le analisi e le valutazioni per comprendere come e perché l'evento avverso è accaduto per identificare eventuali misure preventive e l'implementazione di un piano di azione; una procedura per la comunicazione aperta e trasparente con i pazienti ed i loro familiari, forme di definizione stragiudiziale dei contenziosi.

Pertanto, la struttura deve prevedere:

- l'esistenza di un sistema per l'identificazione e la segnalazione di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella;
- la partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;
- l'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safety walkround);
- la presenza di piani di azione e relativi indicatori per il monitoraggio;
- l'applicazione e monitoraggio di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check - list ed altri strumenti per la sicurezza;
- la definizione di modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna, la risoluzione stragiudiziale dei contenziosi;
- la presenza di un Piano di formazione specifico;
- l'adozione di metodologie proattive per la valutazione dei rischi.

Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze

Nei sistemi complessi è richiesto un elevato controllo dei rischi, dei processi e delle vulnerabilità che devono essere oggetto di una sistematica analisi e verifica. Conseguentemente le organizzazioni devono adottare misure e strumenti atti a creare una diffusa cultura della sicurezza. La promozione della cultura della sicurezza non deve essere solo una dichiarazione di intenti, ma deve prevedere una strategia sistematica di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze specifiche che comprenda anche la valutazione delle competenze professionali, sia tecniche che non tecniche. La sostanziale attuazione di politiche efficaci per la sicurezza richiede una preliminare analisi per conoscere le condizioni di partenza e quindi un piano per agire sugli specifici aspetti di miglioramento. L'implementazione di ogni progetto di cambiamento deve essere accompagnato dal monitoraggio e dalla valutazione al fine di individuare le migliori esperienze e le buone pratiche da mettere a disposizione e diffondere nel SSN. Pertanto, la struttura deve prevedere:

- lo sviluppo di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;
- la produzione e diffusione di buone pratiche;
- la garanzia di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi;
- la presenza, formalizzazione e messa in atto di politiche e procedure per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.

PROGRAMMI E PROGETTI DI MIGLIORAMENTO

La struttura effettua annualmente al proprio interno o partecipa ad almeno un progetto di miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria favorendo il coinvolgimento del personale, sulla base delle indicazioni contenute nel presente regolamento.

Mantenimento dei miglioramenti acquisiti I miglioramenti raggiunti devono essere mantenuti mediante modifica delle procedure, istruzioni operative, addestramento, formazione e mediante verifica che tali modifiche siano parte integrante del lavoro di ciascun membro della struttura.

Continuità del miglioramento

Se il miglioramento desiderato è stato ottenuto, nuovi progetti o attività di miglioramento devono essere selezionati ed attuati. Ulteriori miglioramenti sono sempre possibili, con l'attuazione di nuovi progetti o attività di miglioramento sulla base di nuovi obiettivi. È indispensabile fissare delle priorità e dei limiti temporali per ogni progetto ed inserirli in piani di attività della struttura. La ragione del miglioramento deriva dalla necessità di fornire valore aggiunto e soddisfazione per gli utenti. Ogni membro della struttura deve acquisire la consapevolezza che è sempre possibile eseguire una attività in maniera più efficace ed efficiente riducendo sprechi di risorse. Una maggiore efficacia ed efficienza è a vantaggio degli utenti, della struttura, dei suoi membri e della società in generale.

ALLEGATO 2

TIPOLOGIA DEL PERSONALE

La Fondazione per il perseguimento dei propri obiettivi si avvale di personale dipendente, personale volontario e collaboratori esterni. La Fondazione può avvalersi anche di personale volontario da impiegare per compiti di supporto per gli operatori inseriti stabilmente e da reclutare attraverso una attività deliberata e programmata dagli organi decisionali operativi della Fondazione.

SEGRETARIO DEL CDA

Il segretario del Consiglio di Amministrazione partecipa alle riunioni del Consiglio e cura le verbalizzazioni delle sedute del CDA.

DIREZIONE ESECUTIVA (DE)

I Componenti della Direzione Esecutiva sono scelti tra i professionisti, interni e/o esterni, in possesso di adeguate competenze e comprovati requisiti di professionalità nel management sanitario.

Possono avere rapporto di lavoro subordinato o libero professionale.

Essi assicurano la realizzazione degli obiettivi stabiliti dagli organi della Fondazione sovrintendendo all'esecuzione dei consequenziali adempimenti di competenza dei Presidi/Servizi. Coadiuvano il Presidente nella Direzione Generale della Fondazione.

Partecipano alle riunioni del Consiglio di Amministrazione con funzioni consultive, avvalendosi anche della collaborazione dei responsabili degli Uffici/Servizi in staff.

I Componenti della Direzione Esecutiva possono esercitare ogni altra funzione attribuita loro dal Presidente del CdA.

Essi devono essere in possesso di Laurea magistrale o equipollente e curriculum vitae e formativo-professionale che attesti capacità ed esperienza pregressa nella direzione di strutture sanitarie.

SEGRETARIO DELLA DE

Il segretario della Direzione Esecutiva partecipa alle riunioni della stessa e cura le verbalizzazioni delle sedute. Egli deve essere in possesso almeno del Diploma d'Istruzione superiore.

SERVIZI AMMINISTRATIVI

Il Responsabile dei Servizi Amministrativi è scelto tra persone in possesso di adeguate competenze e comprovati requisiti di professionalità in materie giuridiche e/o economico-aziendali con particolare riferimento al campo dell'assistenza sanitaria.

Le sue attribuzioni e competenze sono quelle previste dalla legge e dal CCNL.

SERVIZIO PROFESSIONI MEDICHE

Il Responsabile delle Professioni Mediche coordina i Responsabili Sanitari e tutte le attività di loro competenza gestionale e clinica.

Il Responsabile del Servizio delle Professioni Mediche, di concerto con il Responsabile aziendale delle Risorse Umane e con i Responsabili Sanitari dei Presidi, definisce e comunica alla Direzione Esecutiva il fabbisogno di personale sanitario medico, in rapporto al volume e alla tipologia delle attività ed in rapporto alla organizzazione dei singoli presidi e servizi, in maniera tale da garantire il corretto svolgimento delle attività secondo quanto previsto dal Reg. Puglia n. 3/2010 al punto A.01.03 (01) assicurandosi che per le prestazioni erogate da detto personale vengano impiegate

metodologie e tecniche riconosciute da Associazioni Scientifiche.

Attraverso lo scambio costante di dati e strategie gestionali con i Responsabili Sanitari assicurano la qualità delle prestazioni erogate ed il raggiungimento degli obiettivi di “produttività” stabiliti dalla Direzione Esecutiva.

Il Responsabile delle Professioni Mediche deve essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia e della specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa.

Il Responsabile sarà inquadrato con la qualifica di Direttore Sanitario prevista dal CCNL ARIS/CIMOP e avrà diritto alle indennità previste.

Se già Direttore Sanitario o Responsabile Sanitario di Presidio/Servizio della Fondazione, ha diritto ad una ulteriore e specifica indennità di funzione.

SERVIZIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Il Responsabile delle Professioni Sanitarie dirige e coordina tutte le professioni sanitarie non mediche e i Coordinatori di Area Sanitaria, compreso tutte le attività di loro competenza gestionale e clinica.

Il Responsabile del Servizio delle Professioni Sanitarie, di concerto con il Responsabile aziendale delle Risorse Umane e con i Responsabili Sanitari dei Presidi, definisce e comunica alla Direzione Esecutiva il fabbisogno di personale sanitario non medico, in rapporto al volume e alla tipologia delle attività ed in rapporto alla organizzazione dei singoli presidi, in maniera tale da garantire il corretto svolgimento delle attività secondo quanto previsto dal Reg. Reg. Puglia n. 3/2010 al punto A.1.3 (01) assicurandosi che per le prestazioni erogate da detto personale vengano impiegate metodologie e tecniche riconosciute da Associazioni Scientifiche.

Attraverso lo scambio costante di dati e strategie gestionali con i Capi Area Socio-Sanitaria e i Coordinatori delle Professioni Sanitarie assicura la qualità delle prestazioni erogate ed il raggiungimento degli obiettivi di “produttività” stabiliti dalla Direzione Esecutiva.

Il Responsabile delle Professioni Sanitarie deve essere in possesso della Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative e del Master in Coordinamento delle Professioni Sanitarie.

SERVIZIO DELLE PROFESSIONI PSICO-SOCIALI

Il Responsabile delle Professioni Psico-Sociali coordina Psicologi e Sociologi e dirige e coordina i Coordinatori di Area Sociale e le professioni che afferiscono a tale Area compreso tutte le attività di loro competenza gestionale e clinica.

Egli, di concerto con il Responsabile aziendale delle Risorse Umane e con i Responsabili Sanitari dei Presidi, definisce e comunica alla Direzione il fabbisogno di personale di area psicologica e sociale, in rapporto al volume e alla tipologia delle attività ed in rapporto alla organizzazione dei singoli presidi, in maniera tale da garantire il corretto svolgimento delle attività secondo quanto previsto dal Reg. Reg. Puglia n. 3/2010 al punto A.01.03 (01) assicurandosi che per le prestazioni erogate da detto personale vengano impiegate metodologie e tecniche riconosciute da Associazioni Scientifiche.

Attraverso lo scambio costante di dati e strategie gestionali con i Capi Area Socio-Sanitaria e i Coordinatori delle Professioni Sociali assicura la qualità delle prestazioni erogate ed il raggiungimento degli obiettivi di “produttività” stabiliti dalla Direzione Esecutiva.

Deve essere in possesso della Laurea Magistrale in Psicologia o in Sociologia.

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Supporta la Governance ad adempiere alle disposizioni della normativa in vigore, riguardante il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, oltre che alle misure di prevenzione incendi e alle emergenze infortunistiche.

In particolare, è responsabile di quanto previsto dal R.R. n. 3/2010 sezione “A” punti: A.01.05 (dal 01 al 17

compreso).

Il servizio di prevenzione e protezione dai rischi professionali provvede:

- all'individuazione dei fattori di rischio, alla valutazione dei rischi e all'individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale;
- ad elaborare, per quanto di competenza, le misure preventive e protettive di cui all'articolo 28, comma 2 D.Lgs 81/2008, e i sistemi di controllo di tali misure;
- ad elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali;
- a proporre i programmi di informazione e formazione dei lavoratori;
- a partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica di cui all'articolo 35 D.Lgs 81/2008;
- a fornire ai lavoratori le informazioni di cui all'articolo 36 D.Lgs 81/2008.

Il RSSP deve essere in possesso di una Laurea nelle classi previste dal D.Lgs. 81/2008 o Diploma di Scuola superiore unitamente a specifico Corso di Formazione come previsto dalla specifica normativa.

UFFICIO RISORSE UMANE

La Direzione Esecutiva definisce il fabbisogno di personale, in rapporto al volume e alla tipologia delle attività ed in rapporto alla organizzazione dei singoli presidi, in maniera tale da garantire il corretto svolgimento delle attività, secondo i criteri specificati (punto A.01.03, R.R. n. 3/2010).

In particolare il fabbisogno di personale deve essere garantito:

- in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente (le tipologie di rapporto di lavoro diverse da quello di dipendenza devono soddisfare il requisito del tempo pieno o della quota parte ed eventuali consulenze possono costituire solo integrazione del fabbisogno ordinario del personale);
- per posizione funzionale;
- per qualifica;
- per limiti di età e condizione di compatibilità corrispondenti a quelli previsti per il personale dipendente delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario;
- nel rispetto del principio di congruità, in relazione al volume, tipologia e complessità delle prestazioni erogate dalle strutture, secondo criteri specificati dalle normative regionali.

È indispensabile che tutti i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente e che le prestazioni sanitarie siano erogate nel rispetto delle competenze riconosciute dalla normativa vigente.

I medici e i dirigenti del ruolo sanitario devono essere in possesso della specializzazione o dei requisiti previsti dalla vigente normativa per l'esercizio nella branca specifica (d'ora in poi, questo requisito viene indicato come "specializzazione").

Nelle strutture private, ai soli fini della valutazione del requisito di cui sopra, l'anzianità di servizio maturata nella disciplina con rapporto di lavoro continuativo dai medici e dai dirigenti del ruolo sanitario viene valutata interamente.

Per l'accesso a ciascuna professione e posizione funzionale del personale sanitario delle aziende private il personale deve risultare in possesso degli stessi requisiti richiesti per l'accesso al rapporto di dipendenza con il S.S.N.

Nel caso di Aziende private, inoltre:

- deve essere documentato che nell'ambito dei propri presidi non opera personale dipendente del S.S.N., anche per prestazioni riferite a branche di attività erogate al di fuori del rapporto con il S.S.N., nel rispetto di quanto previsto dal DLgs 229/99 e del successivo DPCM 27/3/2000;
- deve essere garantito con pianta organica a regime l'erogazione delle proprie prestazioni nel rispetto delle incompatibilità di cui al punto precedente.

L'Ufficio Risorse Umane ha lo scopo di sviluppare un'organizzazione orientata alle persone che favorisca la crescita delle risorse umane assicurando relazioni lavorative serene con i dipendenti e il benessere organizzativo. Inoltre assicura un collegamento costante tra i vertici della fondazione e i dipendenti.

Al Responsabile Risorse Umane compete:

- la catalogazione e gestione dei curriculum vitae per ricerca e selezione del personale;
- la gestione del rapporto di lavoro dalla costituzione alla cessazione: verifica requisiti di accesso, incompatibilità e predisposizione di un fascicolo per ogni collaboratore che racchiude la sua storia lavorativa con tutte le informazioni e i documenti ad essa collegati. Istruzione delle pratiche per la gestione dei procedimenti disciplinari;
- l'individuazione del fabbisogno previsionale annuo di personale considerando i flussi di personale in ingresso, la mobilità interna e il personale in uscita nonché i dati della produzione trasmessi dall'ufficio pianificazione strategica. Assegnazione e monitoraggio requisiti organizzativi;
- la gestione di attività di analisi e reporting relativi alla popolazione aziendale (produttività operatori, analisi assenze, monitoraggio performance operatori).

Il Responsabile dell'Ufficio Risorse Umane deve avere: approfondite conoscenze specialistiche e un grado di esperienza pluriennale nel settore; doti umane e personali imprescindibili; capacità di trovare un giusto equilibrio tra empatia e rigore, oltre al possesso di competenze aggiornate in materia di contrattualistica e diritto del lavoro. È richiesta elevata capacità di negoziazione, comunicazione e ascolto ed esperienza pregressa nell'ambito.

È richiesto:

1. il possesso di un diploma di laurea (vecchio ordinamento) o laurea specialistica/magistrale (nuovo ordinamento) in discipline giuridico-economiche o delle scienze sociali;
2. comprovata qualificazione professionale per aver maturato un'esperienza di almeno cinque anni, anche non continuativi, e una specifica professionalità nelle materie oggetto dell'incarico acquisita nella qualifica dirigenziale in Amministrazioni Pubbliche oppure in enti di diritto pubblico o aziende pubbliche o private, nelle libere professioni ovvero in altre attività professionali di particolare qualificazione equiparabili al ruolo dirigenziale.

UFFICIO RELAZIONI SINDACALI

L'Ufficio Relazioni Sindacali provvede a:

- gestire le relazioni sindacali, negoziando e pervenendo ad accordi con i rappresentanti dei lavoratori (informazione, consultazione, contrattazione integrativa aziendale);
- elaborare eventuali piattaforme aziendali per la contrattazione integrativa;
- intervenire per le controversie di lavoro;
- gestire gli adempimenti previsti per la registrazione delle deleghe, disdette, permessi sindacali e monitoraggio ore assemblee sindacali.

È richiesto per quest'Ufficio:

- elevata conoscenza del diritto del lavoro e del diritto sanitario;
- buone capacità di negoziazione e comunicazione;
- esperienza pregressa nel settore;
- laurea in Giurisprudenza, Scienze Politiche o equipollenti.

UFFICIO FINANZA E BILANCIO

Questo Ufficio deve:

- predisporre le procedure amministrative, contabili e fiscali;
- predisporre il bilancio di esercizio nel rispetto delle norme contabili, civilistiche e fiscali;
- applicare i principi di contabilità generale e fiscale dell'Ente;
- compilare i bilanci infrannuali per verificare eventuali anomalie gestionali e scostamenti delle previsioni.

Il responsabile dell'Ufficio deve essere in possesso della Laurea specialistica in Economia e Commercio o titolo equipollente.

UFFICIO RENDICONTAZIONE

Questo Ufficio predispone le contabilità mensili e trimestrali da inviare alle AASSLL, elabora i dati relativi alle prestazioni effettuate sui pazienti suddividendole per tipologie con conseguente determinazione del credito nei confronti delle AASSLL.

Le analisi e i report mensili e trimestrali comprenderanno: riepiloghi prestazioni ASL FG + ASREM, andamento del fatturato, analisi e report fatturato extraregionale, riepiloghi, budget-forecast. Il responsabile dell'Ufficio deve essere in possesso della Laurea specialistica in Economia e Commercio o titolo Equipollente.

UFFICIO TECNICO & MANUTENZIONI

L'ufficio tecnico e manutenzione si occupa della gestione degli immobili, impianti ed attrezzature in uso all'Ente, garantendo l'esecuzione degli interventi di manutenzione, trasformazione, adeguamento necessari a consentire la funzionalità, sicurezza, rispondenza normativa ed economicità di gestione.

A tal fine promuove ed esplica le attività necessarie al raggiungimento di tali obiettivi:

- programmazione delle opere e degli interventi di adeguamento del patrimonio immobiliare;
- progettazione, direzione, assistenza, contabilità, liquidazione, collaudo dei lavori eseguiti direttamente o mediante affidamento esterno;
- programmazione, valutazione, coordinamento delle manutenzioni, degli adeguamenti, delle trasformazioni e delle nuove realizzazioni eseguite con risorse interne o affidate all'esterno.

Il responsabile dell'ufficio tecnico e manutenzione è un laureato in ingegneria civile o edile e sovrintende alle varie attività dell'ufficio, coadiuvato dall'assistente amministrativo. In particolare è chiamato a svolgere le seguenti attività:

- mette in atto, per quanto di sua competenza, le direttive del Presidente dell'Ente relative all'utilizzo degli immobili;

- elabora e aggiorna il piano di manutenzione delle strutture;
- organizza e coordina la gestione della manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili e degli impianti in essi installati;
- sovrintende le attività di manutenzione effettuate dal personale interno e dalle ditte esterne;
- predisporre contratti e capitolati tecnici per l'affidamento di servizi e fornitura di materiale;
- collabora con il Servizio di Prevenzione e Protezione partecipando ai sopralluoghi in merito alla valutazione dei rischi, intervenendo ove di sua competenza.

L'ufficio esplica le sue attività mediante l'aggiornamento costante del personale e delle procedure rispetto alla norma, svolgendo la necessaria attività di vigilanza, stabilendo adeguati contatti e riscontri con gli organi direttivi e di programmazione, operando la consulenza necessaria nei confronti degli organismi deputati ad attività connesse all'utilizzazione del patrimonio immobiliare e con le relative dotazioni impiantistiche, provvedendo ad acquisire le necessarie informazioni ed autorizzazioni previste per le diverse attività di competenza.

Svolge le sue attività in vari ambiti così come di seguito riportato:

- Attività Amministrativa
 - Attività amministrativa e di segreteria legate alle proprie attività;
 - gestione amministrativa e contabile dei servizi tecnici appaltati;
 - gestione amministrativa e contabile dei contratti di fornitura dei beni per manutenzione;
 - gestione spese in economia e rendicontazione;
 - gestione dei contratti stipulati comprendente contabilizzazione, ordini, controllo amministrativo e cura degli adempimenti contrattuali.
- Appalti e contratti:
 - programmazione attività contrattuale;
 - indicazione e gestione procedure per aggiudicazione lavori;
 - gestione acquisizione beni e servizi per manutenzione e assistenze;
 - stipula e gestione contratti.
- Lavori:
 - programmazione lavori sulle strutture e impianti;
 - studi di fattibilità, perizie, valutazioni e indagini;
 - progettazione, direzione lavori e contabilità delle opere;
 - acquisizione autorizzazioni e permessi.
- Manutenzione:
 - vigilanza e controllo sullo stato delle strutture;
 - programmazione e gestione degli interventi straordinari;
 - gestione della ordinaria manutenzione
 - gestione e coordinamento della squadra interna di manutenzione;
 - coordinamento, direzione, contabilizzazione degli interventi di manutenzione eseguiti con personale esterno.

- Sicurezza:
 - effettuazione di sopralluoghi periodici unitamente al Servizio di Protezione e Prevenzione (SPP) dell'Ente nei vari ambienti, allo scopo di fornire informazioni necessarie a redigere il piano di sicurezza e il documento di valutazione dei rischi;
 - si occupa dell'applicazione dell'art. 26 del D. Lgs. 81/2008, (cooperazione e coordinamento tra datori di lavoro committenti ed appaltatori) secondo le procedure concordate con il SPP.

UFFICIO PATRIMONIO & TESORERIA

Questo Ufficio deve:

- ottimizzare le liquidità dell'Ente, attraverso la richiesta dei vari preventivi prima di affrontare una spesa e il recupero crediti attraverso opportuno monitoraggio;
- interfacciarsi con i vari fornitori per tutto il processo di acquisto;
- prevedere l'ammontare economico dell'Ente in entrata ed in uscita;
- controllare il flusso monetario;
- raccogliere le varie esigenze provenienti dal territorio;
- evadere le varie richieste dei fabbisogni;
- coordinare la gestione della corrispondenza in uscita;
- cura i rapporti con gli Istituti di Credito;
- pianifica e sottopone all'approvazione del Presidente per la conseguente e predisposizione dei mandati dei pagamenti della Fondazione;
- è delegato a operare sui conti fino all'importo massimo di euro 10.000,00.

Il Responsabile dell'Ufficio deve essere in possesso preferibilmente della laurea specialistica in economia e commercio o titolo equipollente oppure diplomato in ragioneria con esperienza pregressa nel settore.

SERVIZI INFORMATIVI

Deve essere individuato un Responsabile del Servizio informativo, responsabile delle Procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, fermo restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.

Il sistema informativo è finalizzato alla raccolta, gestione, elaborazione, archiviazione e trasmissione dei dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di:

- gestire, predisporre ed inviare alla Regione e/o ai competenti Ministeri gli specifici flussi informativi richiesti ovvero previsti da norme e regolamenti;
- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e dell'azienda;
- fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza, con particolare riferimento alla elaborazione dei dati necessari alla produzione degli indicatori previsti per le attività di verifica e miglioramento della qualità.

Tutte le strutture sono tenute a rilevare e trasmettere alla Regione, secondo standard e modalità definite con appositi provvedimenti, i dati di base necessari alla costruzione degli indicatori previsti da norme e regolamenti.

Tutte le strutture sono tenute ad identificare le prestazioni effettuate con i corrispondenti codici dei relativi tariffari regionali. Le strutture che erogano prestazioni di ricovero sono tenute ad adottare la scheda di dimissione ospedaliera unitamente alle eventuali ulteriori schede informative collegate

all'episodio di ricovero così come gestite dal Sistema Informativo Sanitario Regionale ovvero previste da norme e regolamenti.

Tutte le strutture devono dotarsi di un sistema di gestione ed archiviazione dati che possa integrarsi, attraverso sistemi di cooperazione applicativa, con i Sistemi Informativi di cui al Piano di Sanità Elettronica secondo standard, modalità e tempistiche definite dalla stessa Regione.

Tutte le strutture sono tenute a definire le procedure di accesso agli archivi condivisi con il Sistema Informativo Sanitario Regionale.

Tutte le strutture sono tenute ad implementare sistemi di cooperazione applicativa per l'utilizzo dell'anagrafe degli assistiti della Regione Puglia nonché dei sistemi di anonimizzazione e pseudonimizzazione dei dati messi a disposizione dalla Regione nonché di altri Sistemi.

In ogni caso, tutte le strutture sono tenute al rispetto, se ed in quanto applicabili, delle norme e regolamenti regionali in materia di sistemi informativi.

La Direzione Esecutiva deve assicurare:

- l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione;
- la struttura del sistema informativo;
- le modalità di raccolta;
- la diffusione ed utilizzo delle informazioni; in particolare;
- la valutazione della qualità del dato;
- l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole unità operative, sezioni, uffici, ecc...

Tutte le Strutture devono adeguare la propria organizzazione al Documento di Indirizzo sul Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità approvato dalla Regione Puglia.

MEDICO COMPETENTE

È un Laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Medicina del Lavoro.

Procede all'applicazione delle misure di prevenzione per la tutela dei lavoratori della Fondazione previste dalle norme di riferimento per la sicurezza nei luoghi di lavoro, in collaborazione con il Datore di Lavoro, Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza e con gli altri soggetti coinvolti, con particolare riferimento all'attività di sorveglianza sanitaria, in attuazione del T. U. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (D.lgs. 81/08 e successive modifiche ed integrazioni).

UFFICIO AFFARI GENERALI

L'Ufficio A.G. cura i rapporti con le AASSLL e l'ASREM;

Predispose l'istruttoria e segue tutto l'iter delle nuove autorizzazioni, accreditamenti e contrattualizzazioni dei Presidi dell'Ente, nonché delle relative conferme.

È responsabile dell'Ufficio, preferibilmente, un laureato in discipline giuridico-economiche.

UFFICIO APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

In ogni presidio, deve essere garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche. Al responsabile dell'Ufficio, preferibilmente un laureato magistrale in ingegneria biomedica, deve essere assegnato il compito di sovrintendere a tutte le attività connesse alla gestione delle apparecchiature biomediche.

Si devono prevedere specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici che devono tenere conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche, della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento

dell'assistenza sanitaria.

La disponibilità di adeguate risorse a livello infrastrutturale, di personale e del materiale di consumo connesso alle apparecchiature biomediche deve essere pianificata e documentata in modo tale da assicurare le prestazioni previste dal piano di attività.

Le procedure di acquisto delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici devono tenere conto delle relative attività di valutazione previste da norme regionali, nazionali e internazionali.

La decisione sull'acquisto deve essere condizionata dalla presenza di una circostanziata valutazione clinica, economica e tecnica.

Il Responsabile della Struttura Organizzativa alla quale sono assegnate le apparecchiature, partecipa alla definizione delle specifiche tecniche dei prodotti ai fini della redazione del capitolato di gara, dei criteri per la scelta e della valutazione del materiale e delle forniture. A tali procedure dovrà partecipare anche il Responsabile della Sicurezza del Lavoro, che esprimerà parere sulla materia di competenza.

Il parere tecnico-sanitario deve essere documentato e coerente con l'acquisto. L'Ufficio deve adottare un inventario delle apparecchiature in dotazione.

In particolare:

- l'inventario deve contenere i dati riassuntivi che permettano di gestire il patrimonio tecnologico, valutarne l'utilizzo, la congruità e lo stato di manutenzione, al fine del rinnovo tecnologico e per la programmazione dei relativi interventi;
- le informazioni devono essere disponibili sia in forma aggregata, per l'intero parco macchine, che in forma disaggregata per singola tipologia di apparecchiatura, centro di costo, classe di età, produttore;
- le apparecchiature devono essere identificate secondo il sistema di codifica CIVAB;
- per ogni apparecchiatura devono essere redatti il relativo "libretto" e la documentazione disposta dalla norma 62.5 fascicolo 4745 C del 1998 e guida CEI 3783;
- per ogni apparecchiatura deve essere acquisito (o redatto) il manuale di uso e manutenzione.

Devono essere normalizzate le procedure di manutenzione sia ordinaria che straordinaria, secondo le seguenti definizioni:

Manutenzione ordinaria (preventiva): uso, gestione ordinaria e quotidiana, regole base di sicurezza, pulizia, conservazione in efficienza, revisione periodica e programmata, sostituzione periodica e prevista di dispositivi o parti di essi.

Manutenzione straordinaria (correttiva): gestione di situazioni imprevedibili o non programmabili, al fine di rendere realmente operativo in modo rapido e sicuro il servizio.

Deve esistere un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche; tale piano deve essere documentato per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi.

Il piano della manutenzione preventiva e correttiva è predisposto dall'Azienda attraverso una pianificazione dettagliata dei metodi e dei mezzi (personale, strumentazione, eventuali contratti di manutenzione con ditte esterne), nonché degli strumenti di controllo dell'attività manutentiva. Per la corretta gestione del piano della manutenzione deve essere identificato un responsabile per ciascuna struttura organizzativa e deve essere definita una guida ed una modulistica idonea per la richiesta degli interventi di manutenzione al servizio tecnico.

Tale piano deve rispondere a protocolli definiti che tengano conto della specifica gerarchia funzionale e deve in particolare essere documentato:

- per le grandi apparecchiature di diagnosi e cura così come individuate nei flussi

ministeriali “Sistema informativo di Governo del Ministero della Sanità” più recente;

- per gli apparecchi di supporto a funzioni vitali, indicati in apposito elenco come specificato in precedenza;
- per gli apparecchi accertati come “critici” in relazione alle caratteristiche di funzionamento della struttura ed individuati in apposito elenco.

Il piano di manutenzione preventiva, che deve essere realizzato al fine di garantire i necessari standard qualitativi delle prestazioni fornite e di sicurezza, deve essere definito per ciascuna apparecchiatura e reso noto ai diversi livelli operativi per lo svolgimento dei compiti attribuiti al singolo operatore, attraverso la predisposizione di documenti informativi ed apposite istruzioni operative, che tengano conto delle indicazioni contenute sia nelle normative tecniche che nei manuali di servizio e nei libretti di uso e manutenzione.

La documentazione tecnica relativa alle singole apparecchiature, obbligatoriamente fornita al momento dell’acquisto, deve essere a corredo dello strumento in maniera che sia facilmente rintracciabile dal responsabile della manutenzione.

Tutti gli interventi di manutenzione sia essa preventiva che correttiva sulle apparecchiature biomediche in dotazione devono essere documentati da un rapporto tecnico dettagliato.

Per ogni apparecchiatura deve esistere una cartella (cartacea o elettronica) la quale riporti tutti i dati significativi relativi ad ogni intervento di manutenzione subito. In particolare, le schede per la manutenzione preventiva devono documentare la programmazione e la regolarità degli interventi effettuati. Le schede per la manutenzione correttiva devono registrare i dati idonei all’elaborazione di alcuni indicatori (quali come minimo: il tempo medio di fermo macchina, la frequenza dei guasti, la distribuzione della tipologia di guasto, i costi di manutenzione, il tipo ed il costo delle parti di ricambio), attraverso i quali sia possibile analizzare la situazione del parco apparecchiature nel suo complesso e per singole tipologie di apparecchiature.

Deve essere documentato un programma di aggiornamento del personale medico e non medico sull’utilizzo sicuro ed appropriato delle apparecchiature biomediche. Tale programma di aggiornamento deve fare riferimento sia a singole apparecchiature installate che a problematiche di carattere generale nel campo delle tecnologie biomediche. Il programma di aggiornamento deve essere funzionalmente integrato con il normale addestramento all’uso di nuove apparecchiature.

Il programma di aggiornamento deve essere reso noto a tutti i livelli operativi e deve essere strutturato per soddisfare i bisogni di tutte le figure professionali operanti con le apparecchiature biomediche.

Lo stato di sicurezza delle apparecchiature secondo le norme in vigore deve essere documentato e reso noto ai diversi livelli operativi attraverso l’esito delle verifiche periodiche di sicurezza e gli eventuali adeguamenti effettuati. Dell’eventuale procedura deve essere prodotta una specifica documentazione.

Devono essere periodicamente eseguite e documentate prove strumentali sul funzionamento dei principali apparecchi biomedici utilizzati in condizioni critiche (ad esempio: ventilatori polmonari, apparecchi di anestesia, pompe d’infusione, defibrillatori, elettrobisturi, ecc.) e degli apparecchi che erogano radiazioni ionizzanti e che sono impiegati per la rilevazione di radiazioni ionizzanti al fine di verificarne la taratura delle principali funzioni.

Deve essere effettuato il collaudo tecnico di sicurezza ad ogni nuova acquisizione di apparecchi biomedici.

UFFICIO COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA

L’Ufficio Comunicazione è la struttura della Fondazione preposta all’informazione. Cura i rapporti con gli organi dell’informazione scritta, radiofonica e televisiva, assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni sulle materie di competenza dell’Ente, secondo i criteri precisati dalla legge n. 150/2000 sull’attività di informazione e di comunicazione

delle pubbliche amministrazioni.

L'Ufficio redige i comunicati stampa, organizza le conferenze stampa, allestisce una rassegna stampa, coordina e supervisiona, sia il periodico trimestrale di informazione aziendale "CentrInforma" che il sito web aziendale, la pagina Facebook e YouTube.

L'Ufficio, quindi, coordina la gestione e l'aggiornamento degli strumenti di comunicazione interna ed esterna, quali:

- siti Internet, intranet aziendali e social network;
- periodico aziendale;
- materiali nelle sale di attesa;
- bacheche e altri supporti.

Coordina la diffusione del materiale informativo alle strutture aziendali, ai Medici di Medicina Generale e Pediatri, e a tutti gli altri stakeholders.

Collabora con l'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico).

Per dare trasparenza alla propria politica e alle caratteristiche del servizio erogato, la struttura deve munirsi di strumenti idonei a garantire una corretta e sistematica comunicazione all'interno e all'esterno della organizzazione. La struttura deve assicurare la piena informazione circa le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio avendo cura di verificare la chiarezza, la comprensibilità e la accessibilità delle informazioni in rapporto alla tipologia dell'utilizzatore-cittadini, istituzioni, associazioni. Nella comunicazione con gli utenti deve essere posta anche grande attenzione al recepimento delle loro esigenze. A tal fine, l'Ufficio si assicura che venga predisposto materiale informativo in forma sintetica a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari ed eventuali costi per servizi aggiuntivi. Le caratteristiche del servizio devono essere diffuse tramite ogni soggetto attivo della struttura, sia come singolo, sia organizzato in gruppi. Alle Associazioni dei familiari maggiormente rappresentative in rapporto a ciascun ente erogatore è riconosciuto il diritto di informazione e di accesso agli atti che riguardino la pluralità dei pazienti e le loro esigenze diffuse. L'esercizio è finalizzato alla maggior tutela dei soggetti disabili e dei soggetti sui quali gravano obblighi di vigilanza e assistenza in virtù di rapporti familiari e/o di parentela, di tutela, curatela, amministrazione di sostegno e/o a qualsivoglia altro titolo assimilabile. A tal fine la Fondazione provvederà a consentire effettivo accesso ed informazione, nel rispetto delle norme sulla riservatezza e sul trattamento dei dati. La comunicazione deve essere efficace per informare su:

- tipologia, disponibilità e realizzazione del percorso assistenziale;
- oneri a carico del paziente per servizi aggiuntivi;
- relazioni fra servizio atteso, servizio percepito ed oneri sostenuti dal paziente;
- possibilità da parte del paziente di contribuire a migliorare la qualità del servizio. In particolare la persona o il tutore deve essere informata sulla malattia, sulle disabilità ad essa correlate, sulle possibili evenienze della fase successiva al percorso assistenziale e amministrativo, in modo che sia in grado di gestire tale fase.

L'informazione alla persona deve essere garantita con:

- criteri espliciti di erogazione delle prestazioni;
- informazione alla persona e ai familiari sulla codifica di gravità assegnata;
- identificazione di un operatore referente;
- indicazione dei tempi e luoghi per effettuare l'informazione.

Se necessario, la struttura deve prevedere il coinvolgimento degli utenti nel percorso clinico e la partecipazione alla definizione del percorso assistenziale.

La comunicazione interna deve garantire che i principi, gli obiettivi che si prefigge e quanto la struttura pianifica per raggiungerli, siano condivisi, per il coinvolgimento, la motivazione e l'aumento del senso di appartenenza degli operatori.

Il Presidente e la DE individuano specifiche figure di riferimento, in modo che il personale svolga correttamente e con alto grado di motivazione le attività assegnate per:

- assicurare che siano compresi i compiti da svolgere, gli obiettivi da conseguire e il modo in cui essi influiscono sulla qualità;
- curare che ciascuno sia consapevole di avere un ruolo e di influire sulla qualità del servizio fornito all'utente;
- verificare il livello di condivisione degli obiettivi per garantire continuità e correttezza (validità e affidabilità) nella misurazione;
- accertare periodicamente la motivazione del personale nel provvedere alla qualità del servizio (questionari, reclami, suggerimenti);
- evidenziare al personale il grado di raggiungimento degli obiettivi di qualità;
- raccogliere suggerimenti, favorire opportunità di incontro per analizzare le criticità e proporre iniziative per il miglioramento della qualità (efficienza ed efficacia) delle prestazioni e dei servizi erogati;
- verificare i risultati delle iniziative di miglioramento attivate e darne evidenza a tutto il personale.

La comunicazione all'interno della struttura prevede momenti di coordinamento e di integrazione per la predisposizione di un ambiente di lavoro, che migliori i rapporti di collaborazione e cooperazione per la soluzione dei problemi. I metodi di comunicazione possono comprendere:

- incontri informativi della direzione;
- riunioni per scambi di informazioni;
- informazioni documentate;
- mezzi informatici.

UFFICIO FUNDRAISING

L'Ufficio ha come obiettivo lo sviluppo delle attività di fundraising e marketing sociale ad esso connessi. L'obiettivo principale è quello di aumentare e fidelizzare l'apporto dei sostenitori intesi come persone fisiche, aziende e fondazioni, perché contribuiscano alla sostenibilità dei progetti. Allo stesso tempo dovrà assicurare una crescita della notorietà della Fondazione e dei suoi valori attraverso attività di visibilità e promozione territoriale.

Gli obiettivi specifici:

- incrementare il numero dei donatori;
- incrementare l'ammontare donato;
- consolidare un rapporto duraturo e continuo con i donatori;
- mantenere un rapporto costi/ benefici efficiente ed efficace;
- orientare gli investimenti;
- incrementare la visibilità e la conoscenza della Fondazione. I Compiti Specifici:
- identifica, di anno in anno e in accordo con il Servizio di Riferimento e la Direzione Aziendale le azioni da compiere per la raccolta fondi;
- definisce gli obiettivi ed elabora le strategie ed i piani operativi della raccolta fondi (direct marketing, digital fundraising, grandi donatori e lasciti, corporate fundraising, eventi);
- coordina tutte le principali attività di raccolta fondi quali, tra le altre: direct marketing,

digital fundraising, grandi donatori e lasciti, corporate fundraising, eventi, media relations;

- accresce le potenzialità comunicative dell'organizzazione per la raccolta fondi.

Il Fundraiser deve avere attitudine professionale positiva, impegno sul lavoro, senso di responsabilità, affidabilità, spirito d'iniziativa, accuratezza del lavoro, flessibilità, disponibilità, motivazione, rispetto dei valori e delle regole dell'organizzazione, capacità di usare le tecnologie, di proporre idee innovative, di riconoscere le priorità, di lavorare in team, di lavorare sotto pressione e di rispettare le scadenze. Capacità di pianificare e organizzare il lavoro, accountability verso il Servizio di Riferimento e la Direzione Aziendale.

UFFICIO QUALITÀ

Nella Fondazione, come in ogni struttura sanitaria, deve esistere una struttura organizzativa (o un responsabile in relazione alla complessità della stessa) che presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità (R.R. n. 3/2010).

In tutti i presidi devono essere attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività:

- nei presidi che erogano prestazioni a ciclo continuo e/o diurno devono essere attivati almeno i seguenti programmi di valutazione e di miglioramento nelle aree:
 - buon uso del sangue, degli emocomponenti ed emoderivati,
 - infezioni nosocomiali,
 - razionale utilizzazione dei farmaci,
 - monitoraggio degli eventi indesiderati,
 - appropriatezza nell'uso delle risorse;
 - prevenzione dei processi di cronicità delle patologie;
 - integrazione dei servizi.
- nei presidi in cui vengono erogate prestazioni a livello ambulatoriale devono essere attivati almeno i seguenti programmi di valutazione e di miglioramento della qualità del processo di erogazione:
 - accessibilità alle prestazioni
 - appropriatezza delle indagini.

I programmi vengono selezionati in rapporto alle priorità individuate.

In tutte le articolazioni organizzativo-funzionali deve essere favorito l'utilizzo delle Linee guida e dei Protocolli predisposti dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche.

Le Linee Guida ed i Protocolli adottati ed i regolamenti interni predisposti dagli operatori, devono essere utilizzati, in relazione alle specifiche condizioni organizzative della propria realtà operativa, per la gestione delle evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità e per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo).

Ogni struttura organizzativa ne predispone una raccolta di regolamenti interni, linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo).

Il personale deve essere informato sull'esistenza di tali documenti, che devono essere facilmente accessibili.

Le Linee Guida e Protocolli adottati devono esplicitare la periodicità, almeno triennale, e le modalità di revisione e aggiornamento.

Il personale è coinvolto nella applicazione delle Linee Guida, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui Protocolli di assistenza ad esse correlati.

Per la verifica sul grado di adesione alle Linee Guida e Protocolli di assistenza devono essere

predisposte apposite schede per la rilevazione degli indicatori di processo e di risultato, previsti per la valutazione di impatto, e questionari per la raccolta di informazioni e opinioni da parte del personale coinvolto. Devono essere predisposti documenti simili per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, in particolare:

- criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione);
- modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento;
- modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori;
- pulizia e sanificazione degli ambienti;
- modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti una attività sanitaria.

Il personale è coinvolto nello sviluppo di tali documenti di servizio. Tali documenti di servizio devono essere predisposti ponendo particolare attenzione alla semplificazione delle procedure.

Nell'area dei servizi amministrativi devono essere definite le Procedure relative ai principali procedimenti, nelle quali siano esplicitate le norme di riferimento, le modalità di realizzazione, i tempi e le responsabilità.

Ogni anno vengono individuati obiettivi per il miglioramento della qualità, che devono coinvolgere tutto il personale di ogni categoria e qualifica. Gli obiettivi individuati devono essere verificabili attraverso indicatori di risultato misurabili ed essere correlati al sistema premiante (vedi in A.01.06 al punto n. 4).

Esiste un documento in cui sono esplicitati i criteri utilizzati per la definizione del sistema premiante, ove previsto.

Vengono eseguite indagini periodiche per la rilevazione delle soddisfazioni degli operatori.

RESPONSABILE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (RGRC)

È obbligatorio per legge gestire il rischio clinico, con l'adozione di procedure per:

- elaborare, monitorare e valutare piani per la sicurezza dei pazienti, in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali;
- identificare, segnalare, monitorare ed analizzare gli eventi avversi e porre in atto le relative azioni correttive;
- implementare raccomandazioni, linee-guida, buone pratiche per la prevenzione degli eventi avversi.

Il Clinical Risk Manager, deve essere un medico in possesso delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, in medicina legale ovvero un dipendente della struttura con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore (art. 16, L. 24/2017).

Funzioni:

- organizzare e coordinare il piano aziendale di gestione del rischio clinico;
- fornire supervisione e supporto ai delegati alla sicurezza;
- gestire il data base dove sono raccolti le segnalazioni e gli alert report;
- analizzare, valutare e progettare i processi e le procedure, in rapporto alle possibilità di errore umano.

In particolare:

- collaborare alla definizione di processi e procedure di lavoro che considerino il fattore umano nell'interazione con le altre dimensioni del sistema quali: processi e pratiche di lavoro, tecnologia, procedure e regolamenti, contesto organizzativo in termini di clima e cultura, sistemi di coordinamento e controllo, sistemi di comunicazione e di gestione di informazioni e conoscenze fra i professionisti;
- supervisionare l'analisi, la valutazione e la riprogettazione di attività lavorative che comportano un sovraccarico mentale fisico e organizzativo minando le performance del sistema;
- coordinare l'analisi degli eventi avversi e degli errori umani mediante specifiche tecniche di analisi sistemica dell'evento avverso (es. la Failure Modes and Effects Analysis o la Root Cause Analysis);
- valutare l'ergonomia dei software usati per apparecchiature biomedicali per ridurre il rischio durante l'esecuzione delle prestazioni.

UFFICIO FORMAZIONE

Deve essere individuata una struttura e/o un responsabile (in relazione alla complessità del presidio) per la formazione del personale.

Deve essere predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale a valenza annuale.

In particolare, il piano di formazione contiene l'analisi dei bisogni, la definizione degli obiettivi di apprendimento e la pianificazione della loro valutazione.

Deve essere garantita per ciascuna categoria e qualifica una formazione coerente con gli specifici contenuti disciplinari e professionali.

Devono essere normalizzate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione, attraverso anche l'utilizzazione di piani di orientamento/inserimento del personale di nuova acquisizione specifici per ciascuna delle unità di destinazione.

È redatta una relazione annuale con l'individuazione dei soggetti coinvolti nell'attività di formazione.

Nei presidi ove si svolgono attività didattiche e/o tirocinio deve esistere documentazione circa gli obiettivi didattici, la supervisione degli allievi, i metodi di valutazione e gli eventuali accordi con scuole/università. Il personale in formazione deve essere identificabile.

È documentabile l'attività di formazione/aggiornamento permanente del personale, attraverso fascicoli individuali comprovanti le competenze acquisite, anche al fine di una ottimale utilizzazione delle risorse umane.

Il personale sanitario in servizio, per il quale è prevista la disciplina, deve maturare crediti ECM per almeno il 60% dei punteggi richiesti nella disciplina di appartenenza ed il 20% in eventi riguardanti la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi. I crediti maturati in eventi che contemplano sia tematiche disciplinari che organizzativo gestionali non sono frazionabili, ma devono essere conteggiati in una delle due quote indicate.

Di tutti i percorsi formativi o di aggiornamento realizzati in sede esterne all'azienda deve essere conservata tutta la documentazione per la consultazione/divulgazione.

Nel caso di acquisizione di nuove tecnologie e/o di introduzione di metodiche innovative, deve essere documentato il preventivo aggiornamento rivolto al personale interessato al loro utilizzo/applicazione.

Tutto il personale partecipa ad iniziative di formazione orientate al miglioramento della qualità del servizio e delle prestazioni.

UFFICIO PIANIFICAZIONE STRATEGICA E VALUTAZIONE

Funzioni:

- attività di raccolta e reperimento dai Presidi della Fondazione con predisposizione di strumenti e particolari metodologie;
- analisi dei dati per la costruzione di statistiche e parametri utili alla valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle attività prese in esame; valutazioni di tali dati secondo modelli che tengano conto delle variabili di contesto e delle problematiche organizzative e gestionali specifiche delle diverse attività della Fondazione;
- attività di archiviazione e catalogazione dei dati raccolti anche ai fini della produzione di statistiche e per pubblicazioni periodiche specifiche che forniscano un quadro complessivo sulle attività della Fondazione ovvero per soddisfare esplicite richieste da parte di organismi Istituzionali e/o di ricerca esterni (analisi delle patologie ricorrenti, per diagnosi, indicatori percentuali etc);
- pianificazione e verifica periodica della “produzione” di ogni singolo Presidio della Fondazione per la determinazione esatta dei conseguenti standard assistenziali;
- Compilazione e invio Modelli annuali obbligatori ISTAT e RIA.

UFFICIO PRIVACY

Il Responsabile della protezione dei dati, nominato dal titolare o dal responsabile del trattamento, dovrà:

- possedere un'adeguata conoscenza della normativa e delle prassi di gestione dei dati personali;
- adempiere alle sue funzioni in piena indipendenza ed in assenza di conflitti di interesse;
- operare alle dipendenze del titolare o del responsabile oppure sulla base di un contratto di servizio.

Il Data Protection Officer (DPO) dovrà:

- informare e consigliare il titolare o il responsabile del trattamento, nonché i dipendenti, in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento europeo e da altre disposizioni dell'Unione o degli Stati membri relative alla protezione dei dati;
- verificare l'attuazione e l'applicazione del Regolamento, delle altre disposizioni dell'Unione o degli Stati membri relative alla protezione dei dati nonché delle politiche del titolare o del responsabile del trattamento in materia di protezione dei dati personali, inclusi l'attribuzione delle responsabilità, la sensibilizzazione e la formazione del personale coinvolto nelle operazioni di trattamento, e gli audit relativi;
- fornire, se richiesto, pareri in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati e sorvegliare i relativi adempimenti;
- fungere da punto di contatto per gli interessati in merito a qualunque problematica connessa al trattamento dei loro dati o all'esercizio dei loro diritti;
- fungere da punto di contatto per il Garante per la protezione dei dati personali oppure, eventualmente, consultare il Garante di propria iniziativa.

In sintesi, il DPO effettua sia un'attività interna alla struttura del preponente, sia un'attività esterna, in quanto punto di contatto fra la struttura e l'Autorità Garante.

Effettuare una valutazione dei rischi; trovare soluzioni giuridiche al problema; conoscere sia il diritto nazionale sia quello comunitario; svolgere verifiche, coordinare i lavori in caso di incidenti/violazioni informatiche, etc.).

La nomina è obbligatoria ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 perché le attività principali (cd. core business) della Fondazione consistono in trattamenti che, per loro natura, ambito di applicazione e/o finalità, richiedono il monitoraggio regolare e sistematico degli interessati.

Il DPO, in sostanza, è designato in funzione delle qualità professionali, in particolare della conoscenza specialistica della normativa in materia di protezione dei dati e può essere tanto un dipendente del titolare del trattamento o del responsabile del trattamento quanto un libero professionista che opera in forza di un contratto di servizi.

Tuttavia, in merito a questo punto, il Regolamento sottolinea che i suoi compiti e le sue funzioni non devono dar adito a possibili conflitti di interessi. L'assenza del conflitto di interessi è strettamente legata alla necessità di agire in modo indipendente: ciò comporta, in particolare, che il DPO non può mantenere una posizione all'interno dell'organizzazione che lo portino a determinare le finalità e gli strumenti del trattamento dei dati personali.

Anche se l'art. 37 del Regolamento non specifica le qualità professionali che dovrebbero essere considerate quando si designa un DPO, è chiaro che, come affermato in precedenza, il responsabile della protezione dei dati dovrebbe avere esperienza sulla legislazione relativa alla protezione dei dati personali sia nazionale che europea.

Indubbiamente è utile anche che il DPO abbia la conoscenza del settore di "business" delle imprese e dell'organizzazione del titolare che, nel caso specifico è la sanità ed in particolar modo, la riabilitazione.

IL RESPONSABILE SANITARIO DI PRESIDIO

Nelle strutture private di cui all'articolo 5, comma 1, punto 1.1, il responsabile sanitario deve essere in possesso dei requisiti previsti per l'incarico di direttore medico di presidio ospedaliero di struttura pubblica, ancorché in quiescenza, nei limiti di quanto disposto dal comma 8. Ai fini dell'attribuzione dell'incarico di responsabile sanitario presso tali strutture, l'anzianità di servizio maturata nella disciplina con rapporto di lavoro continuativo presso strutture private è equiparata a quella prestata nelle strutture pubbliche. Nelle case di cura con meno di centocinquanta posti letto, il responsabile sanitario deve possedere i requisiti per la disciplina di direzione medica di presidio ospedaliero di cui all'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale). Presso tali strutture, ai fini dell'attribuzione dell'incarico di responsabile sanitario, l'anzianità di servizio maturata nella disciplina con rapporto di lavoro continuativo presso strutture private è equiparata a quella prestata nelle strutture pubbliche.

Nelle strutture monospecialistiche ambulatoriali, residenziali, come attualmente la Fondazione, le funzioni del responsabile sanitario possono essere svolte anche da un medico in possesso della specializzazione nella disciplina o disciplina equipollente rispetto a quella della struttura, o da altro dirigente del ruolo sanitario specificatamente individuato dalla disciplina di settore.

Non è consentito svolgere le funzioni di responsabile sanitario in più di una struttura sanitaria, fatta eccezione per le strutture specialistiche ambulatoriali non residenziali e per quelle territoriali monospecialistiche residenziali e semiresidenziali, a condizione che il totale dei posti letto complessivi di queste ultime non sia superiore a cinquanta, e per le strutture socio-sanitarie.

I soggetti che erogano servizi sanitari, anche in branche diverse, in regime autorizzativo o di accreditamento attraverso più strutture o sedi operative, possono nominare un unico responsabile sanitario.

La funzione di responsabile sanitario è incompatibile con la qualità di proprietario, comproprietario, socio o azionista della società che gestisce la struttura sanitaria, fatta eccezione per le strutture monospecialistiche residenziali e semiresidenziali e per le strutture ambulatoriali. Il limite di età

massimo previsto per lo svolgimento della funzione di responsabile sanitario è quello previsto dal comma 1 dell'articolo 15-nonies del d.lgs. 502/1992.

Il responsabile sanitario cura l'organizzazione tecnico-sanitaria della struttura sotto il profilo igienico e organizzativo, essendone responsabile nei confronti della titolarità e dell'autorità sanitaria competente, e assicura tutte le funzioni previste dalle norme vigenti.

Il responsabile sanitario di raggruppamento e/o servizio ha il compito di vigilare sull'attività e sulla disciplina del personale medico e non medico del proprio raggruppamento o servizio; di definire i criteri diagnostici e terapeutici che devono essere eseguiti dagli Aiuti e dagli Assistenti; di assegnare a sé e agli altri medici i pazienti ricoverati e può avocare casi alla sua diretta responsabilità, fermo restando la necessità di perseguire l'ottimizzazione delle risorse umane e professionali poste a sua disposizione.

Il responsabile cura la preparazione e il perfezionamento tecnico e professionale del personale da lui dipendente collaborando con la Direzione nell'attività e nella disciplina di tutto il personale del rispettivo raggruppamento e/o servizio.

I Responsabili Sanitari dei presidi a ciclo continuativo devono attivare almeno i seguenti programmi di valutazione e di miglioramento nelle aree:

- infezioni nosocomiali;
- razionale utilizzazione dei farmaci;
- gestione del rischio clinico quali preposti;
- appropriatezza;
- prevenzione dei processi di cronicità delle patologie;
- integrazione dei servizi.

I responsabili sanitari dei presidi ambulatoriali devono attivare programmi di valutazione e di miglioramento della qualità del processo di erogazione:

- accessibilità alle prestazioni;
- appropriatezza;
- gestione del rischio clinico quali preposti.

Il responsabile di raggruppamento e/o di servizio:

- deve assicurarsi che nel proprio raggruppamento e/o servizio venga assicurata l'accessibilità degli utenti, con la dotazione di idonea indicazione all'esterno o all'interno tale da favorire l'accessibilità dell'utenza e l'individuazione dei percorsi, in particolare la segnaletica deve essere leggibile anche a distanza, di facile comprensione e protetta da manomissioni;
- è responsabile del rispetto della normativa specifica all'interno del proprio raggruppamento e/o servizio: consenso informato, privacy, tenuta e aggiornamento, da parte medica e non medica, della cartella clinica riabilitativa e della consegna, in copia, della stessa o della certificazione inerente: lettera di dimissione, estratti, referti, certificati di frequenza etc.

MEDICO SPECIALISTA IN RIABILITAZIONE (Piano Indirizzo Riabilitazione 2011)

Medico con specializzazione in medicina Fisica e Riabilitativa ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative.

Il Medico specialista opera in modo coordinato ed integrato con gli altri professionisti ed operatori nell'ambito delle attività di assistenza sanitaria riabilitativa ambulatoriale, domiciliare e residenziale.

Effettua e referta compiutamente in cartella clinica le visite specialistiche, collabora con gli altri medici nello svolgimento dei loro compiti, osservando i tempi e le modalità e le disposizioni impartite dalla Dirigenza Medica ed ha la responsabilità diretta dei pazienti affidategli. **INQUADRAMENTO CONTRATTUALE:** Medico Assistente, Medico Aiuto, Aiuto Dirigente, Responsabile Sanitario.

AIUTO DIRIGENTE

La qualifica di Aiuto dirigente (art.7 comma 6 CCNL ARIS/CIMOP) va riferita al medico che coordina un servizio autonomo della Struttura sanitaria per il quale non è previsto a termine di convenzione e/o accreditamento o di legge la figura di medico responsabile.

(DGR 2185/2010; Regolamenti Regionali n.16/2010 e n. 20/2011 per i servizi domiciliari).

INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: Aiuto Dirigente

CAPO AREA SOCIO-SANITARIA (delibera CdA)

Accede a questa posizione lavorativa il dipendente in possesso della laurea (Magistrale, Vecchio Ordinamento, Laurea Specialistica della classe relativa alla specifica area) di cinque anni di esperienza lavorativa corrispondente alla medesima professionalità e l'iscrizione ai relativi albi professionali ove esistenti.

Ha responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti all'area territoriale.

A tal fine il Capo Area predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione nell'ambito della programmazione aziendale.

La programmazione delle attività di area, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate su indicazioni dei responsabili sanitari e con la collaborazione dei coordinatori assegnati all'area.

Risponde alla Direzione Esecutiva.

INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: Categoria "H"

PSICOLOGO (Legge n.56/1989, D.M. n.239 e n. 240 del 1992)

Professionista laureato in Psicologia, e abilitato alla professione dopo conseguimento dell'esame di stato (previo tirocinio pratico di un anno) che gli consente l'iscrizione all'albo professionale dell'Ordine degli Psicologi.

In particolare le sue attività comprendono (art.1 Legge n.56/1989):

la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità.

Può svolgere attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito.

INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: Categoria "G"

COORDINATORE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (Art. 6, L. febbraio 2006 n.43)

L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

1. master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area sanitaria;
2. esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

Agisce in coerenza con i valori di riferimento e le linee strategiche aziendali e coinvolge i collaboratori allo stesso approccio. Coordina le attività assistenziali in modo coerente con i bisogni di salute dell'utente e con gli indirizzi della programmazione aziendale. Assicura l'utilizzo ottimale delle risorse umane in relazione alla domanda di salute dell'utente, agli obiettivi del servizio e nel rispetto di piani e programmi. Garantisce il rispetto delle normative, dei contratti e delle indicazioni aziendali relative all'orario di lavoro. Contribuisce a gestire le competenze del personale, favorendo la formazione.

INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: Categoria F

COORDINATORE DELLE PROFESSIONI SOCIALI

L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

1. master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area sociale;
2. esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

Agisce in coerenza con i valori di riferimento e le linee strategiche aziendali e coinvolge i collaboratori allo stesso approccio. Coordina le attività assistenziali in modo coerente con i bisogni di salute dell'utente e con gli indirizzi della programmazione aziendale. Assicura l'utilizzo ottimale delle risorse umane in relazione alla domanda di salute dell'utente, agli obiettivi del servizio e nel rispetto di piani e programmi. Garantisce il rispetto delle normative, dei contratti e delle indicazioni aziendali relative all'orario di lavoro. Contribuisce a gestire le competenze del personale, favorendo la formazione.

INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: Categoria F

FISIOTERAPISTA (Decreto n. 741 del 14 settembre 1994)

Il fisioterapista è l'operatore sanitario che, in possesso della laurea abilitante, svolge in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita o acquisita. Il fisioterapista svolge la propria attività a favore di tutte le persone senza limiti di età.

INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: Categoria F

TERAPISTA OCCUPAZIONALE (D.M. 17 gennaio 1997 n. 136)

Il terapeuta occupazionale è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, la propria opera utilizzando attività espressive, manuali-rappresentative della vita quotidiana. Interviene per prevenire, curare, e riabilitare i soggetti affetti da malattie, disordini fisici,

psichici sia con disabilità temporanee che permanenti. Il terapeuta occupazionale deve essere in grado di effettuare una valutazione funzionale e psicologica del soggetto e di elaborare, insieme all'équipe multidisciplinare, il programma riabilitativo. Al terapeuta è richiesto di sapersi inserire in un'équipe multidisciplinare per collaborare alla stesura del programma terapeutico. INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: Categoria F

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA (D. M.17 gennaio 1997 n. 56)

Operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge gli interventi di prevenzione, terapia e riabilitazione delle malattie neuropsichiatriche infantili.

Individua ed elabora il programma di prevenzione di terapia e riabilitazione;

Attua interventi terapeutici e riabilitativi nei disturbi percettivo-motori, neuro cognitivi e nei disturbi di simbolizzazione e di interazione del bambino fin dalla nascita;

attua procedure rivolte all'inserimento dei soggetti portatori di disabilità e di handicap neuro psicomotorio e cognitivo; collabora con gli operatori scolastici per l'attuazione della prevenzione, della diagnosi funzionale e del profilo dinamico-funzionale del piano educativo individualizzato; INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: Categoria F.

LOGOPEDISTA (D.M. del 14 settembre 1994 n. 742)

Il logopedista è l'operatore che svolge la propria attività nella prevenzione e nel trattamento dei disturbi del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatrica. Pratica autonomamente attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità comunicative e cognitive, utilizzando terapie logopediche di abilitazione e riabilitazione della comunicazione e del linguaggio, verbali e non verbali. Propone l'adozione di ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia;

INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: Categoria F.

EDUCATORE PROFESSIONALE (Decreto 8 ottobre 1998, n. 520)

L'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà.

INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: Categoria F

INFERMIERE PROFESSIONALE (Decreto n. 739 del 14 settembre 1994)

Operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;

Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;

Pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;

Agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali; Per l'espletamento delle funzioni si avvale dell'opera del personale di supporto; INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: Categoria F.

ASSISTENTE SOCIALE (Legge 23 marzo 1993, n.84)

Professionista in possesso della Laurea triennale in Servizio sociale e iscritto all'Albo professionale dopo superamento dell'esame di Stato. (L'iscrizione presso l'ordine Professionale è obbligatoria)

Analizza e interpreta le problematiche che costituiscono fattori di rischio e di esclusione sociale.

Progetta e gestisce interventi individuali e collettivi, volti a prevenire e/o risolvere situazioni di disagio di singoli, gruppi e comunità nell'ambito di un determinato territorio. INQUADRAMENTO

CONTRATTUALE: Categoria F.

OPERATORE SOCIO SANITARIO (Conferenza Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 n. 1161, Regolamento Regionale n.28 del 18 dicembre 2007)

Operatore che collabora con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria al soddisfacimento dei bisogni primari della persona.

Svolge attività finalizzate all'igiene personale, al cambio della biancheria, all'espletamento delle funzioni fisiologiche, all'aiuto nella deambulazione, all'uso corretto di presidi, ausili e attrezzature, all'apprendimento e mantenimento di posture corrette.

Coadiuvare l'infermiere per l'approvvigionamento dei farmaci e dei materiali di consumo

INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: Categoria D.

OPERATORE DI SUPPORTO

Operatore che svolge attività vincolata da prescrizioni di massima nell'ambito dell'assistenza diretta alla persona e all'igiene degli ambienti.

INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: Categoria C.

PERSONALE AMMINISTRATIVO

Operatore che in possesso di conoscenze teoriche di base e capacità tecniche, svolge un'attività strettamente intellettuale di natura amministrativa, contabile, diretta all'attuazione di programmi di lavoro.

Utilizza il PC per inserire in programmi aziendali e database i dati, per la stesura di testi, per la creazione di documenti e relazioni.

INQUADRAMENTO CONTRATTUALE: Categoria E.