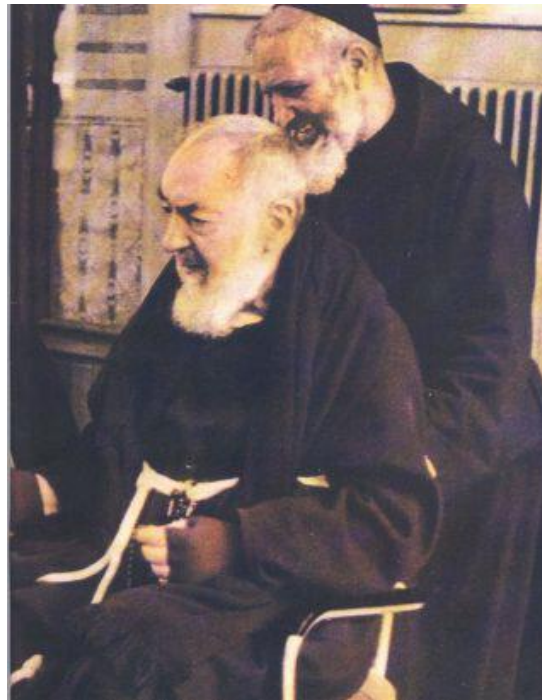




FONDAZIONE
CENTRI DI RIABILITAZIONE
PADRE PIO ONLUS

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

DOCUMENTO ORGANIZZATIVO
AZIENDALE



INDICE

Premessa	pag. 3
Parere dell'O.d.V.	pag. 4
Capo I – Ordinamento generale	pag. 5
Capo II – Ordinamento contabile patrimoniale	pag. 9
Capo III – Attività contrattuale	pag. 11
Capo IV – Controllo di gestione	pag. 12
Capo V - Correttezza, trasparenza interni e presso terzi	pag. 13
Capo VI – Disposizioni finali	pag. 14
Organigramma	pag. 15
Focus Organigramma	pag. 16
Allegato I – Organo di governo e di Direzione	pag. 17
Allegato II – Competenze/mansioni del restante personale	pag. 43
Allegato III – Mission	pag. 47
Allegato IV – Vision	pag. 48
Allegato V – Diritti e Doveri degli Utenti	pag. 49
Approvazione DOA - Allegato A	pag. 50

PREMESSA

Il Documento Organizzativo Aziendale (DOA), come richiesto dai Regolamenti Regionali di Settore ed in particolare dal RR. Puglia n. 16/2019, deve disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento delle strutture organizzative orizzontali e verticali che sono a supporto dell'azione di governo della Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus, del raggiungimento degli obiettivi e delle strategie aziendali e del processo di produzione sanitaria. Nello stesso documento devono essere descritti anche i principali strumenti di gestione che concorrono al miglioramento dell'attività clinica e organizzativo-gestionale.

Il DOA integra le disposizioni contenute nello Statuto e nell'Atto costitutivo della Fondazione.

Le linee guida per realizzarlo sono state dettate dalla normativa succitata e dalla Deliberazione della Giunta Regionale Puglia 23 aprile 2013, n. 775, che ha recepito l'intesa (Repertorio Atti n. 259/CSR del 20 dicembre 2012) sulla "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento".

La Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus è un'Organizzazione del Terzo Settore che eroga prestazioni riabilitative residenziali, intensive ed estensive, ambulatoriali, individuali e di gruppo, domiciliari ed extramurali nell'ambito del territorio della ASL FG, mediante n.15 Presidi di riabilitazione extraospedalieri e aggregati Servizi domiciliari ed extramurali. In particolare:

- n. 2 Presidi residenziali: uno denominato "Gli Angeli di Padre Pio" di n. 25 posti letto, accreditato *ex lege* ed uno denominato "Presidio Territoriale di Recupero e Rieducazione Funzionale" di n. 40 posti letto, accreditato istituzionalmente, entrambi facenti parte del complesso residenziale al viale Padre Pio, 24 in San Giovanni Rotondo (FG).
- n. 13 Centri Ambulatoriali accreditati *ex lege* per l'erogazione di n. 115.650 prestazioni riabilitative presenti nei Comuni di: San Giovanni Rotondo, San Marco in Lamis, Orta Nova, Vieste, Rodi Garganico, Peschici, in fase di trasferimento nel Comune di Cerignola, San Severo, Cagnano Varano, Castelnuovo della Daunia, Ischitella, Vico del Gargano, Rignano Garganico e Zapponeta, questi ultimi due entrambi in attesa di trasferimento verso il Comune di Monte Sant'Angelo;
- n. 20 Moduli/Servizi domiciliari, tutti accreditati istituzionalmente;
- n. 2 Servizi extramurali: uno nel Comune di San Paolo di Civitate non ancora attivato ed uno nel Comune di Carpino.

La Fondazione è anche titolare dell'autorizzazione alla realizzazione in San Severo, di un Centro Terapeutico per bambini in età pre-scolare e scolare, affetti da Sindrome dello Spettro Autistico (ASD), in fase di autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e contestuale accreditamento.

Tutti i Presidi/Centri/Servizi sono accreditati istituzionalmente e quindi, sono in possesso dei requisiti minimi prescritti per l'autorizzazione all'esercizio (Atto di indirizzo contenuto nel DPR 14 gennaio 1997) e di quelli minimi e ulteriori individuati dalla Regione Puglia per continuare ad operare per conto del SSR (L.R. n. 9/2017 e s.m.i.; DGR n. 533/88; R.R. n. 3/2005; R.R. n. 3/2010; DGR n. 2185/2010; R.R. n. 16/2010 e n. 20/2011; DGR n. 1195/2013; R.R. n. 12/2015; R.R. n. 9/2016, R.R. n. 16/2019 e R.R. n. 22/2019).

Il Personale della Fondazione al 31 dicembre 2021, è così suddiviso: n. 398 unità, di cui n. 345 unità personale sanitario, n. 39 unità personale amministrativo, n.14 unità personale ausiliario. Complessivamente, n. 370 a tempo indeterminato e n. 28 a tempo determinato. Dei primi, n.280 con contratto di lavoro full-time e n. 90 part-time. Dei secondi n.27 con contratto di lavoro full-time e n.1 part-time.

La Fondazione – sensibile all'esigenza di assicurare condizioni di correttezza e di trasparenza nella conduzione delle proprie attività istituzionali, a tutela della propria posizione ed immagine, nonché delle aspettative dei propri *stakeholder* – ha inteso implementare un Modello di organizzazione gestione e controllo conforme al D.Lgs. 231/2001 (Modello 231).

Il Modello 231, la cui attuazione ed osservanza sono presidiati dalle attività di controllo svolte dall'Organismo di Vigilanza (OdV) collegiale all'uopo nominato, contempla anche un sistema di segnalazioni conforme alla normativa sul *Whistleblowing* gestito mediante apposita piattaforma informatica in grado di garantire la riservatezza dell'identità dei segnalanti.

L'Ente, inoltre, ha adottato un sistema di gestione dei trattamenti dei dati personali rispondente ai requisiti previsti dal Reg. UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali, nonché adeguato i propri processi interni ai sistemi di gestione conformi alle seguenti norme e/o standard internazionali, rispetto a cui ha conseguito la relativa certificazione da parte di Enti terzi ed indipendenti:

- ✓ ISO 45001:2018 OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY MANAGEMENT SYSTEMS;
- ✓ SA 8000:2014 SOCIAL ACCOUNTABILITY.

Ancora, il Complesso costituito dai Presidi Residenziali, Centro Ambulatoriale e Servizio domiciliare di San Giovanni Rotondo, ha conseguito l'accreditamento internazionale da parte della prestigiosa Joint Commission International (JCI).

La Fondazione inoltre, pubblica sul proprio sito web (www.fondazionecentripadrepio.it), tutti i dati previsti dalla normativa di legge di settore e dispone di un Piano annuale per la Gestione del Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017.

PARERE ESPRESSO DALL'ORGANISMO DI VIGILANZA

Nella seduta del 25 gennaio 2022 il Consiglio di Amministrazione della Fondazione ha rinnovato la composizione dell'OdV mediante una nuova specifica nomina.

CAPO 1

ORDINAMENTO GENERALE

ART. 1

La Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus, istituita dalla Provincia dei Frati Minori Cappuccini di Sant'Angelo e Padre Pio di Foggia, Ente morale riconosciuto con Reale Decreto del 31.10.1931, 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 (art. 26, L. 833/78 oggi DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA e regolamenti regionali così come previsto dallo Statuto) nonché soggetti affetti da disturbo dello spettro autistico.

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 va a confluire nel terzo settore ex D. Lgs. 117 del 2017.

La Fondazione opera in piena responsabilità gestionale e 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 la normativa vigente.

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);
- altre materie previste nello Statuto.

La Fondazione, ferma restando la compatibilità con l'equilibrio economico della gestione, nello svolgimento delle sue funzioni istituzionali, si ispira ai valori cristiani di amore e solidarietà secondo l'esempio di San Pio da Pietrelcina che è l'ispiratore del suo essere ed operare. Pertanto essa si pone esclusivamente finalità di solidarietà sociale nei settori dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria sociale e della ricerca scientifica, con attenzione prioritaria ai soggetti 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.

Viene escluso qualsiasi scopo di lucro.

L'Organigramma Generale della Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus è riportato nelle figg. 1 e 2.

ART. 2

La Governance dell'Ente prevede un Consiglio di Amministrazione composto da n. 5 o n. 7 membri di cui almeno tre scelti tra i frati professi perpetui della Provincia dei Frati Minori Cappuccini di Sant'Angelo e Padre Pio di Foggia o di altre Provincie dell'Ordine ritenuti idonei all'incarico, tutti, comunque, nominati dal Consiglio della Provincia dei Frati Minori Cappuccini di Sant'Angelo e Padre Pio di Foggia.

Il Consiglio di Amministrazione è presieduto dal Presidente e Legale Rappresentante e si avvale, come da Statuto, di un Segretario.

È previsto il Collegio dei Revisori.

Presso la presidenza è prevista una segreteria che coordina anche il protocollo aziendale.

La Governance dell'Ente ha in staff l'Organismo di Vigilanza, il Collegio dei Revisori un Segretario e il Comitato Scientifico.

La Fondazione assicura anche il controllo direzionale o controllo di gestione con dipendenti che operano in staff alla direzione generale ovvero, se ritenuto necessario, con affidamento di incarico a controller esterno.

ART. 3

Il settore operativo/esecutivo di fiducia della Governance per l'attuazione delle decisioni deliberate dal CdA è affidato al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, Direttore del Personale e Direttore Sanitario, che complessivamente costituiscono la Direzione Generale.

Tutti in possesso di delega formale delle responsabilità attribuite.

Il Direttore Generale esercita tutte le funzioni affidategli a titolo fiduciario dal CdA secondo la specifica lettera d'incarico.

Il Direttore Amministrativo assicura e coordina l'attività amministrativa. Il Direttore del Personale assicura la gestione delle risorse umane compreso il benessere organizzativo, i rapporti con le Organizzazioni sindacali, i fabbisogni formativi, i percorsi di misurazione e valutazione delle performance e la predisposizione di eventuali piattaforme aziendali per la contrattazione integrativa. Il Direttore Sanitario assicura e coordina l'attività sanitaria.

I componenti della Direzione Generale sono nominati dal CdA, durano in carica di norma tre anni e decadono, comunque, sessanta giorni dopo la scadenza del CdA che l'ha nominati. Eventuali nuovi membri della Direzione Generale, nominati singolarmente nel corso del triennio, in sostituzione di altri membri, restano in carica di norma fino alla regolare scadenza degli altri membri della Direzione Generale.

Nei casi di assenza o impedimento del Direttore Generale, tali funzioni sono svolte dal Presidente.

ART. 4

La Direzione Generale ha in staff i seguenti Uffici: Segreteria del DG; Ufficio URP; Medico Competente; RSPP; Controllo di Gestione; Ufficio Privacy; Ufficio Legale; Ufficio Accreditamento; Comunicazione Esterna/Interna; Attività di Funzioni: Fundraising e Marketing Sociale; Project Management. In line, invece, le altre Direzioni con i rispettivi Uffici.

Il Direttore Amministrativo ha in line gli Uffici: Finanza & Bilancio; Ufficio Patrimonio & Tesoreria; Ufficio Paghe e Contributi; Ufficio Rendicontazione; Ufficio Tecnico & Manutenzioni.

Il Direttore del Personale ha in line i seguenti Uffici: Gestione Rapporti di Lavoro e Relazioni Sindacali; Formazione & Aggiornamento; Misurazione di Valutazione delle Performance.

Il Direttore Sanitario ha i seguenti Uffici afferenti: Gestione Rischio Clinico; Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO); Comitato Valutazioni Rischio clinico (Co.Va.Si.); Servizio Ingegneria Clinica-Servizio Informativo; Umanizzazione delle Cure; Qualità; Responsabili Sanitari.

I componenti della Direzione Generale e/o loro delegati, possono partecipare alle sedute del Consiglio di Amministrazione a richiesta di quest'ultimo ed esprimere parere sui provvedimenti.

ART. 5

Le competenze di ciascun organo direzione e ufficio in staff e in line sono riportate nell'allegato **I**.

Le competenze di ciascun profilo professionale del restante personale sono riportate nell'allegato **II**.

ART. 6

Al personale della Fondazione sono attribuite le categorie professionali e gli inquadramenti tenendo conto dei titoli di studio, dei compiti e delle conseguenti responsabilità, con attribuzione della posizione stipendiale del CCNL di appartenenza. La Direzione Generale procede sistematicamente alla

ricognizione della dotazione organica dell'Ente nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza e qualità. Detta dotazione va periodicamente verificata e adeguata ai requisiti accreditativi, anche evitando esuberanti.

ART. 7

Riguardo al personale dipendente della Fondazione, per quanto attiene all'assunzione, al trattamento economico ed alla disciplina, si fa espresso riferimento alle norme in vigore e ai C.C.N.L. di categoria.

Per l'applicazione dei provvedimenti disciplinari è prevista una commissione disciplinare composta dal Direttore Sanitario, dal Direttore del Personale e da un Direttore di riferimento della categoria di appartenenza del dipendente al quale è stata contestata l'irregolarità contrattuale. A maggioranza potranno irrogare le sanzioni disciplinari, previa consultazione del consulente legale dell'Ente.

È compito del Responsabile di Struttura, Presidio, Centro e Servizio e dei Direttori della Direzione Generale rilevare e contestare le eventuali scorrettezze o inadempienze dei dipendenti. Le contestazioni seguono le procedure previste dalla normativa di legge e contrattuale vigente e assicurano le garanzie e tutele ivi previste.

ART. 8

La dotazione organica deve essere dimensionata sugli standard assistenziali prescritti dai requisiti organizzativi previsti dalla normativa di autorizzazione all'esercizio sanitario e 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 settings assistenziali, il cui inquadramento categoriale consegue ai titoli di studio posseduti, alle abilitazioni professionali e alle competenze attribuite secondo le declaratorie generali previste dal C.C.N.L.

La Fondazione fa fronte alle proprie necessità produttive e funzionali con:

- ✓ personale assunto a tempo indeterminato;
- ✓ personale assunto a tempo determinato;
- ✓ liberi professionisti;
- ✓ specializzandi;
- ✓ tirocinanti e volontari.

Le politiche di ingresso del personale nell'organizzazione si articolano con i seguenti criteri:

- valutazione delle situazioni di fatto e programmazione dell'adeguamento sul piano qualitativo e quantitativo delle risorse umane;
- rispetto di procedure efficaci e trasparenti per il reclutamento;
- vaglio delle aspettative reciproche dell'organizzazione e dell'individuo (selezione);
- approccio corretto con l'ambiente esterno (famiglie, territorio, strutture collaterali), ed interno (lavoro da svolgere, modalità organizzative, ambiente umano e spirituale, relazione collaborativa con i colleghi).

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

- **Screening dei 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 soprattutto per la selezione di posizioni elevate e deve essere aggiuntivo, sussidiario e residuale rispetto ad altri strumenti.
- **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 che deve mirare a conoscere le motivazioni vere che hanno spinto il candidato a scegliere il lavoro, le sue

aspettative, le sue attitudini, la sua personalità.

- Eventuali altre procedure di prove selettive.

I titoli di studio, i profili professionali, nonché la consistenza numerica del personale assegnato a ciascuna attività sanitaria, sono quelli previsti dai requisiti organizzativi indicati dalla normativa di autorizzazione e accreditamento e da tutte le altre competenze necessarie ad incrementare la qualità delle prestazioni erogate.

ART. 9

Il personale, fatta eccezione per i direttori della Direzione Generale, deve sempre certificare la sua presenza sul luogo del lavoro, sia all'inizio che alla fine con la firma e l'indicazione dell'orario sull'apposito registro, oppure con ticket vidimato elettronicamente. Nei centri residenziali con ammalati residenti non è permesso lasciare il posto di lavoro se prima non subentra il collega del turno successivo. È fondamentale la precisione nell'osservanza dell'orario di lavoro, al fine di evitare disfunzioni di cui ci si renderebbe responsabili.

ART. 10

Tutti i dipendenti di qualsiasi ordine e grado sono tenuti a certificare la propria produttività. Pertanto, tutti gli elaborati del lavoro in ufficio, vanno consegnati con data e firma o sigla di riconoscimento; come anche tutti gli interventi sanitari e terapeutici vanno refertati sugli appositi moduli o in modo libero, comunque in modo che sia facilmente riscontrabile.

Le pratiche istruite dai diversi uffici dovranno essere firmate dai rispettivi titolari, che ne assumono le responsabilità in relazione alla loro correttezza amministrativa e conformità alle leggi e regolamenti vigenti. Esse prima di essere sottoposte alla firma dei vertici aziendali, saranno sottoscritte dai proponenti sotto la dicitura "Responsabile dell'istruttoria". Il Presidente e il superiore gerarchico non accettano di norma elaborati o richieste che non siano firmati o siglati e datati dai livelli inferiori.

ART. 11

La posta in entrata e in uscita, sia cartacea che elettronica, i documenti interni, come ordini di servizio, comunicazioni etc. devono essere protocollati.

CAPO 2

ORDINAMENTO CONTABILE PATRIMONIALE

ART. 12

Le fonti di finanziamento della Fondazione sono costituite da:

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

ART. 13

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

ART. 14

La Fondazione, al fine di assicurare il controllo della gestione di cui all'art.20 e per consentire la corretta elaborazione del rendiconto e del bilancio, si impegna a tenere scritture contabili adeguate e, comunque, nel pieno rispetto degli obblighi di legge a riguardo. Nella redazione del bilancio è valutato opportuno adeguarsi alle norme del codice civile nonché alle linee guida e agli schemi diramati dall'Agenzia delle Entrate – Terzo Settore. Verrà inoltre conservata tutta la documentazione che ha dato luogo ai rilevamenti contabili, per una adeguata durata, nel rispetto delle prescrizioni di legge. L'esercizio sociale ha inizio il 1 gennaio e termina il 31 dicembre di ciascun anno. La Fondazione deve tenere le seguenti scritture obbligatorie:

- libro giornale;
- libro dei cespiti;
- libro degli inventari;
- il libro delle deliberazioni del CdA;
- il libro delle adunanze e dei verbali del Collegio dei Revisori regolarmente vidimato;
- registri IVA;
- ogni altro eventuale documento previsto per legge.

La Fondazione pratica la contabilità analitica e altri strumenti del controllo di gestione.

ART. 15

L'Ente, ai fini della trasparenza amministrativa e gestionale, per giustificare le scelte del CdA, e in ossequio alle prescrizioni di legge e secondo limiti temporali indicati, si impegna a redigere:

- un bilancio preventivo al fine di portare a conoscenza di tutti gli interessati la politica degli amministratori intesa al conseguimento degli scopi della Fondazione. Il bilancio preventivo deve essere predisposto entro il 31 ottobre dell'anno precedente e approvato, previa trasmissione al Collegio dei Revisori, entro il 30 novembre;
- un bilancio consuntivo d'esercizio o rendiconto annuale da predisporre entro il 30 marzo dell'anno

successivo e da inviare entro il 10 aprile al Collegio dei Revisori per l'acquisizione del parere. Lo stesso dovrà essere approvato entro il 30 aprile, salvo rinvio per giusti motivi e se consentito dalle norme vigenti. La rendicontazione annuale è costituita dallo stato patrimoniale, rendiconto gestionale e relazione di missione.

- bilanci di verifica con cadenza periodica trimestrale da sottoporre al Consiglio entro il secondo mese successivo al trimestre di riferimento, finalizzato ad un monitoraggio continuo delle attività e della situazione contabile;
- bilancio sociale col quale la Fondazione darà un'informativa pubblica sulle attività svolte e sui risultati conseguiti nell'arco dell'anno.

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).

Ai suindicati adempimenti provvede l'ufficio Finanza e Bilancio con la supervisione del Direttore Amministrativo.

ART. 16

L'attività del Patrimonio e Tesoreria inerente le forniture avviene nel rispetto delle seguenti procedure:

- l'ufficio incaricato fa seguito agli adempimenti di cui all'articolo 19 necessari per la scelta del contraente; redige l'ordine di acquisto, che va controfirmato dal Direttore amministrativo; all'arrivo della merce controlla la bolla di consegna e la merce e ne verifica la rispondenza all'ordine fatto, quindi firma la ricevuta;
- provvede allo stoccaggio 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, e un inventario dei beni rimasti;
- nell'inventario devono essere contenuti tutti i dati necessari all'esatta identificazione dei beni. Il Direttore 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;
- ogni struttura e/o presidio deve avere un registro per l'inventario con un responsabile facente capo all'Ufficio Patrimonio e Tesoreria.

ART. 17

I beni appartenenti alla Fondazione sono tutti i beni direttamente funzionali e necessari all'espletamento del proprio lavoro. Essi vanno salvaguardati ed usati con cura ed attenzione secondo le proprie norme d'uso, e le indicazioni degli esperti, al fine di evitare guasti e cattivi esiti nelle terapie. I danni provocati dalla disattenzione e dall'uso scorretto saranno sanzionati.

Perché un bene mobile o un attrezzo inservibile in quanto guasto in modo irreparabile o non più adeguato possa essere alienato o distrutto, serve una dichiarazione di fuori uso firmata dal Direttore Amministrativo, sentito il parere dell'Ufficio Tecnico e Manutenzioni e del Responsabile di Presidio/Centro/Servizio.

CAPO 3

ATTIVITA' CONTRATTUALE

ART. 18

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

Per quel che riguarda le risorse umane, la materia è regolata dalle norme di legge che riguardano il rapporto di impiego subordinato, sia a tempo pieno che a part-time, sia indeterminato che determinato e, 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.

Riguardo invece all'acquisizione di beni e servizi occorre far ricorso al "mercato". La Fondazione pertanto diventa cliente per l'acquisizione di materiali e di servizi necessari per realizzare le proprie finalità istituzionali. Per questo deve ispirarsi ai principi di trasparenza e libera partecipazione, usare particolare attenzione e cautela nell'acquistare beni e servizi, ritenuti validi e funzionali allo scopo, nel rispetto delle procedure e dei controlli al fine di garantirsi il miglior servizio nella cura dell'ammalato ed anche i migliori risultati possibili in termini di efficacia ed economicità.

ART. 19

Per quanto riguarda le spese di consumo acqua, energia elettrica, 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 5.000,00 € (euro cinquemila/00) l'ente provvede attraverso l'unità di Patrimonio e Tesoreria con proprio personale e con 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 suo delegato, 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 Consiglio di Amministrazione per spese di importo superiore a 15.000,00 € (euro quindicimila/00) e dal Direttore Amministrativo per importi superiori a 5.000,00 € (euro cinquemila).

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.

Per quanto riguarda le spese di consumo acqua, energia elettrica, spese postali, telegrafiche, telefoniche, carburanti, spese di manutenzione ordinaria, che hanno in essere regolari contratti, l'Ente/ufficio provvede, attraverso l'unità di Patrimonio e Tesoreria, a emettere i relativi mandati di pagamento, firmati dal Direttore Amministrativo. Parimenti si procede per le spese riguardanti l'acquisizione di materiali, arredi, piccole manutenzioni etc. nei limiti di euro 1.000,00 (euro mille/00).

Il Direttore Amministrativo, in accordo con il Direttore Generale, può attivare un piccolo fondo cassa-economato, non superiore a Euro 500,00 (euro cinquecento/00) per le piccole spese in contanti non facilmente fatturabili, che verranno annotate su un registro a parte e di cui saranno conservati gli scontrini.

CAPO 4

CONTROLLO DI GESTIONE

ART. 20

Per garantire una oculata gestione della Fondazione è necessario affidare agli strumenti tecnico contabili non solo il ruolo di adempimento ma anche quello di governo direzionale finalizzato a realizzare il miglior rapporto costo/valore della produzione. Ciò dovrà avvenire mediante monitoraggio in progress dell'andamento e della performance dei responsabili consentendo non solo di supportare i processi decisionali ma anche di garantire lo sviluppo professionale degli operatori e la motivazione delle unità organizzative interessate.

Per le finalità di cui sopra la Direzione Generale ha in staff un sistema di controllo di gestione integrando le informazioni rilevabili dalla contabilità generale con un sistema di contabilità analitica, budgettario e di reporting mediante:

- individuazione dei Centri di Responsabilità e di costo;
- affidamento del budget annuale sia in termini di produzione che di costi;
- procedure negoziali per la redazione del budget;
- monitoraggio dei costi e dei ricavi della Fondazione per ciascun centro di responsabilità;
- rapporto tra i risultati ottenuti ed obiettivi assegnati;
- redazione di indicatori di efficacia, efficienza e qualità delle prestazioni;
- rapporto tra effetti prodotti e spese sostenute;
- tempestività dell'azione amministrativa;
- utile impiego sociale ed economico del patrimonio e sua corretta valutazione.

ART. 21

È consentito al Consiglio di Amministrazione, sentito il parere del Collegio dei Revisori, attribuire a un soggetto esterno di comprovata affidabilità e professionalità la revisione legale dei conti.

CAPO 5

CORRETTEZZA, TRASPARENZA INTERNI E PRESSO TERZI.

ART. 22

La Fondazione si impegna a promuovere, realizzare e tutelare, nel generale interesse, la correttezza dell'operato della stessa e la trasparenza nell'operare e realizzare gli scopi statutari nel rispetto dello spirito del Fondatore, per mantenere alta la stima e la devozione nei suoi confronti, come nei confronti di tutti gli stakeholder, della collettività, dello Stato, dell'opinione pubblica ed in generale di tutti quei soggetti che instaurino, a qualsiasi titolo, rapporti di collaborazione o usufruiscano della sua opera. La Fondazione si impegna all'osservanza delle leggi vigenti, ma anche a 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, a qualsiasi livello, devono astenersi dal commettere azioni capaci di danneggiare o compromettere i valori morali e spirituali, nonché d'immagine che caratterizzano la Fondazione e il suo buon nome.

A tal fine, la Fondazione ha approvato un Codice Etico – facente parte integrante del Modello di organizzazione gestione e controllo *ex* D.Lgs. 231/2001 – la cui finalità è quella di assicurare che i valori etici della Fondazione siano chiaramente definiti e rappresentino punto di riferimento imprescindibile della cultura dell'Ente, nonché standard di comportamento per gli organi della Fondazione, per i suoi dipendenti e per tutti coloro che, direttamente o indirettamente, stabilmente o temporaneamente, contribuiscono, con il proprio operato, alla conduzione delle attività ed al perseguimento della mission dell'Ente.

Le violazioni al Codice Etico così come quelle al Modello 231, da chiunque realizzate, devono essere segnalate all'Organismo di Vigilanza anche attraverso il sistema informatico *Whistleblowing* implementato dalla Fondazione.

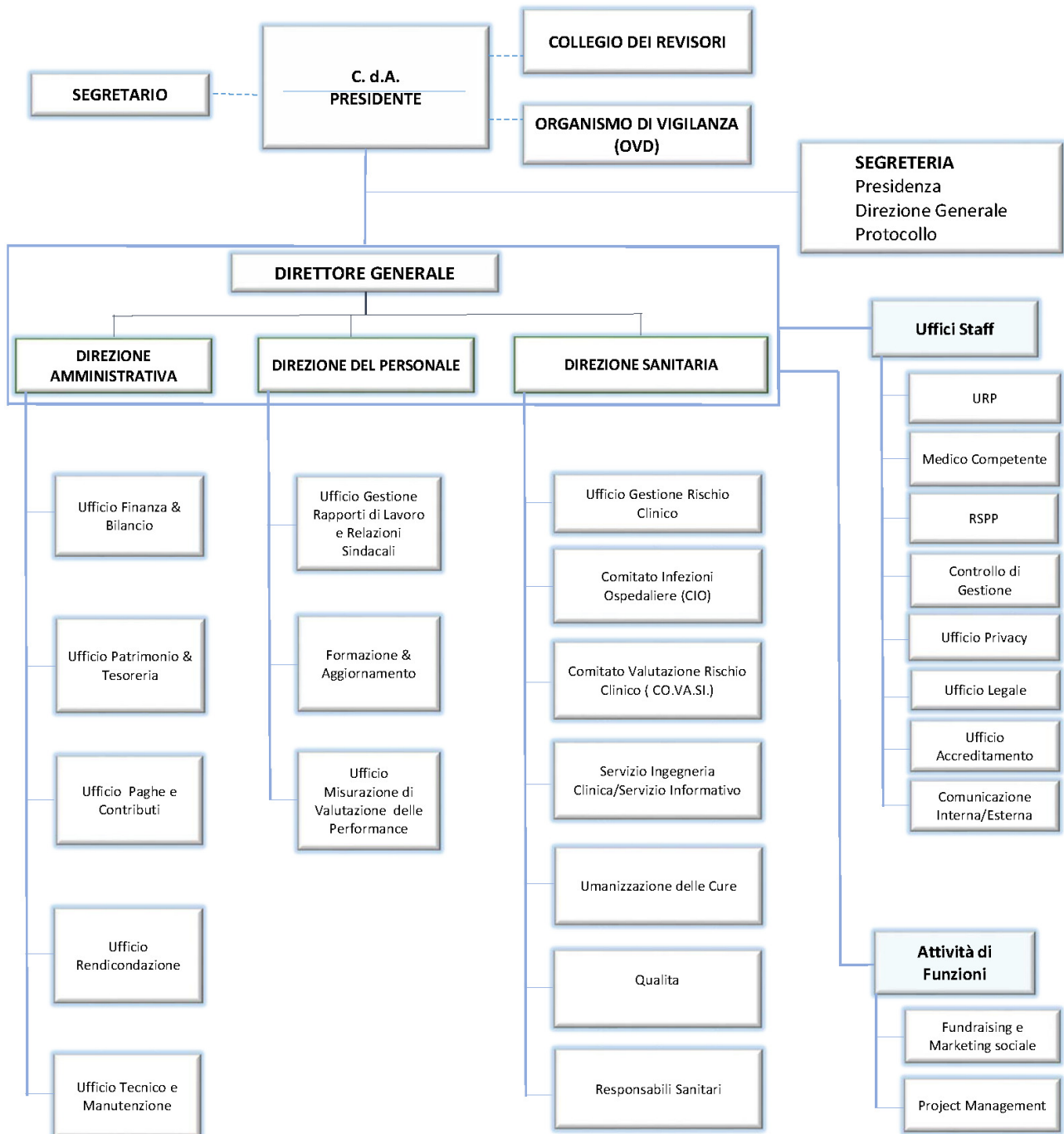
CAPO 6

DISPOSIZIONI FINALI

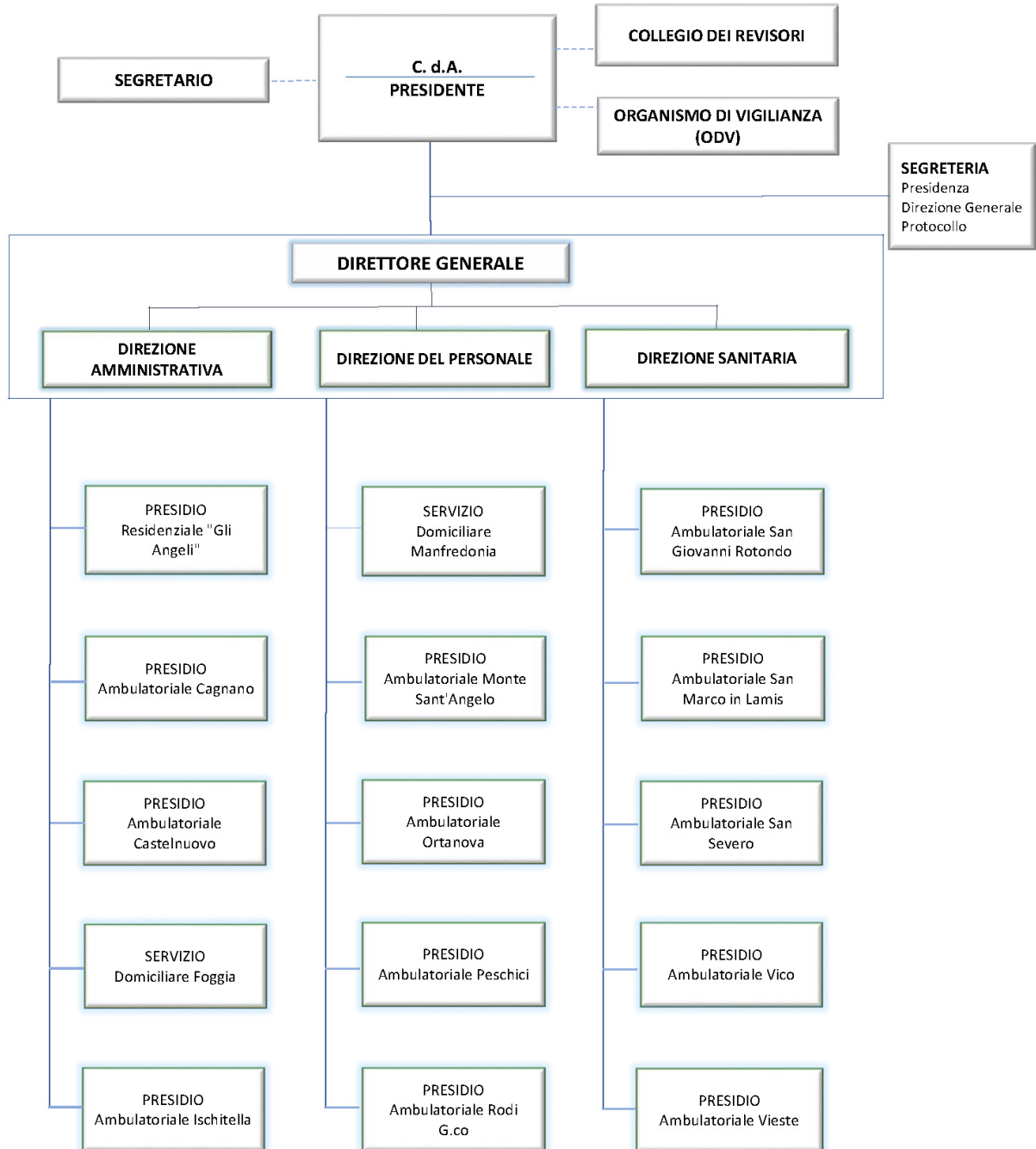
ART. 23

Il presente Documento Organizzativo Aziendale, sottoposto a parere scritto dell'Organismo di Vigilanza dell'Ente, entra in vigore dal giorno successivo alla sua approvazione da parte del CdA. Contestualmente vengono aboliti tutti i Documenti e Regolamenti precedenti aventi lo stesso obiettivo regolamentare.

ORGANIGRAMMA



FOCUS ORGANIGRAMMA



LA GOVERNANCE

Il Presidente e il CdA definiscono, aggiornano, approvano e diffondono lo Statuto della Fondazione, quale documento in cui sono chiaramente identificati la visione, la missione e i valori dell'organizzazione.

Il Presidente e il CdA, con il presente documento, definiscono la struttura di governo dell'organizzazione e quella della Direzione Generale nonché le responsabilità clinico/assistenziali-organizzative e della valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi.

Il DOA, dopo la sua approvazione definitiva, viene inviato in formato digitale ad ogni dipendente e collaboratore della Fondazione al proprio indirizzo e-mail aziendale e reso pubblico mediante pubblicazione sul sito web dell'Ente, nel link "Fondazione".

Il Presidente e il CdA definiscono anche le modalità ed i criteri di valutazione delle performance della dirigenza attraverso un documento denominato "Valutazione Performance Dirigenti". Questo documento viene condiviso con le Organizzazioni sindacali di Area e con gli stessi interessati i cui verbali d'intesa rappresentano evidenza di quanto definito.

PRESIDENTE

Ha la legale rappresentanza della Fondazione. Convoca e presiede il CdA 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 delegate 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.

In riferimento alla normativa di accreditamento (L.R. n. 9/2017 e s.m.i.), il legale rappresentante della struttura deve comunicare tempestivamente all'ente che ha rilasciato l'autorizzazione:

- a) il nominativo del sostituto del responsabile sanitario in caso di assenza o impedimento dello stesso;
- b) le sostituzioni e/o le integrazioni del personale sanitario operante nella struttura;
- c) tutte le variazioni e trasformazioni intervenute nella natura giuridica e nella composizione della società;
- d) il titolare della struttura;
- e) la temporanea chiusura o inattività della struttura;
- f) eventuali contratti decentrati o aziendali con le organizzazioni sindacali;
- g) l'assenza di situazioni di incompatibilità ai sensi della normativa vigente;
- h) la presenza del responsabile sanitario e del restante personale.

Inoltre, comunica alla Regione o al Comune, entro il 31 gennaio di ogni anno, le sostituzioni e/o integrazioni delle attrezzature sanitarie.

In riferimento alla lettera a) devono essere inviate e aggiornate tutte le comunicazioni dei nominativi dei Responsabili sanitari di ogni Presidio e Centro Ambulatoriale (con accettazione di nomina da parte dei Responsabili Sanitari e delle dichiarazioni di assenza di incompatibilità), ai Comuni sul cui territorio insistono le strutture e alla Regione (art. 8, comma 2 e art. 11, comma 1, lettera a) e comma 2, lettera b), L.R. n. 9/2017), ai fini dell'aggiornamento dei dati di autorizzazione all'esercizio sanitario, nel rispetto del debito orario previsto dai regolamenti sia per il Responsabile sanitario, sia per il Responsabile delle attività cliniche. L'individuazione e le nomine di tali professionisti, essendo obbligatorie ai fini dell'accREDITAMENTO istituzionale e assegnando determinate competenze e responsabilità dalle normative vigenti (L.R. n. 9/2017 e s.m.i., RR. n. 3/2005, RR. n. 3/2010, art. 9, punto 9.3. del RR. n. 12/2015 e art.

2, punto 2.3 del RR. n. 22/2019), sono indispensabili e funzionali agli adempimenti previsti dal RR. n. 16/2019 e s.m.i.

Il Presidente, inoltre, designato dal CdA quale datore di lavoro ai fini della sicurezza sul lavoro, ai sensi del D.lgs. n. 81/2008 e s.m.i., rilascia delega di funzioni in tale materia.

CdA

Il CdA svolge le funzioni stabilite dallo Statuto.

Uffici in Staff alla Governance:

SEGRETARIO

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

COLLEGIO DEI REVISORI

L'Organo di controllo della Fondazione è collegiale (collegio dei revisori, tre membri effettivi e due supplenti), i membri sono nominati dalla Provincia di Foggia dei Frati Minori Cappuccini, che individua 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 Revisore/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 CdA 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.

ORGANISMO DI VIGILANZA (ODV)

L'Organismo di Vigilanza (OdV) istituito ex. Art. 6, comma 1, lett. b del d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231, è la funzione dell'Ente cui sono affidati i compiti di vigilare sul funzionamento e l'osservanza del Modello 231 adottato dalla Fondazione per la prevenzione dei rischi di reato connessi alle sue attività.

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

Quale Organismo collegiale dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, l'OdV svolge funzioni di verifica in relazione all'attuazione del Modello 231 all'interno dell'Ente, curando altresì il suo aggiornamento quando questo si rende necessario per modifiche normative, ovvero alla struttura organizzativa della Fondazione od alle sue attività.

L'OdV è il soggetto cui vengono indirizzate le segnalazioni inoltrate mediante il canale *Whistleblowing*.

Il Comitato Scientifico

Il CdA, nell'ipotesi di richiesta di riconoscimento del carattere scientifico, può nominare il Comitato Scientifico della Fondazione composto da medici, professionisti sanitari, operatori sociali, ricercatori e altri operatori professionali con funzioni di consulenza del Consiglio stesso in tema di ricerca ed informazione scientifica e può formulare proposte circa lo svolgimento delle attività della Fondazione.

Segreteria del Presidente/Protocollo

Il Presidente viene coadiuvato e supportato da una Segreteria che si occupa di organizzare la sua agenda, introdurre incontri e predisporre il materiale informativo, facilitare i rapporti con le altre articolazioni aziendali, al fine di assicurare organicità, unitarietà e coerenza di azione e di interventi.

La Segreteria è anche responsabile della gestione del protocollo e degli adempimenti previsti.

IL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore generale è nominato dal CdA.

Il Direttore Generale esercita tutti i poteri di gestione dell'Ente stesso adottando i provvedimenti necessari. È responsabile delle funzioni di indirizzo, che esercita attraverso la definizione di obiettivi e programmi e dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa. Verifica il risultato dell'attività svolta e la realizzazione di programmi e progetti in relazione agli obiettivi della gestione finanziaria, tecnica, amministrativa e sanitaria.

Risponde al CdA in relazione agli obiettivi assegnatigli all'atto di nomina e nell'ambito degli atti strategici e di programmazione aziendale.

Il Direttore Generale assicura il perseguimento della missione avvalendosi degli organi e delle strutture aziendali, ne garantisce la gestione operativa complessiva avvalendosi degli altri componenti che afferiscono alla Direzione Generale: Direttore Amministrativo, Direttore del Personale e Direttore Sanitario.

LA DIREZIONE GENERALE

La Direzione Generale rappresenta il livello apicale di gestione dell'organizzazione senza modificare le funzioni e le responsabilità attribuite ai singoli componenti.

La Direzione Generale approva **il Piano operativo annuale** in cui sono definiti gli obiettivi di attività dell'organizzazione.

Monitora il raggiungimento degli obiettivi definiti attraverso incontri periodici con i Responsabili sanitari e i Coordinatori dei Presidi/Centri/Servizi.

La Direzione Generale definisce **le linee guida per la redazione e la distribuzione della Carta dei Servizi**, ne condivide i contenuti con utenti, caregiver e famiglie e la distribuisce in formato digitale al Dipartimento regionale promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti, alla ASL territorialmente competente, ai medici di famiglia e pediatri di libera scelta dello stesso territorio e a tutti i Presidi/Centri/Servizi.

La Carta dei Servizi deve contenere:

- le informazioni circa le tipologie e i volumi delle prestazioni e le relative modalità erogative;
- gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini;
- la presenza di materiale informativo multilingua a disposizione dell'utenza.

La stessa sarà resa disponibile in formato digitale sul sito della Fondazione.

La Direzione Generale monitora periodicamente la correttezza e l'attualità delle informazioni contenute nella Carta dei servizi, la sua diffusione e distribuzione. La Carta dei Servizi deve essere revisionata periodicamente e riportare tutte le date di revisione effettuate con l'apporto delle associazioni di tutela dei cittadini, dei malati, del volontariato.

I componenti della Direzione Generale sono nominati dal CdA.

I componenti della Direzione Generale sono scelti tra i professionisti, interni e/o esterni, in possesso di adeguate competenze e comprovati requisiti di professionalità nel management sanitario, risultante dal proprio *curriculum vitae* e formativo-professionale, e possono avere rapporto di lavoro subordinato o libero professionale. Essi assicurano la realizzazione degli obiettivi stabiliti dalla Governance della Fondazione sovrintendendo all'esecuzione dei consequenziali adempimenti di competenza dei Presidi/Centri/Servizi. Essi partecipano, su invito, alle riunioni del Consiglio di Amministrazione con funzioni consultive, avvalendosi anche della collaborazione dei responsabili degli Uffici/Servizi in staff.

I Componenti della Direzione Generale possono esercitare ogni altra funzione attribuita loro dal Presidente del CdA. Hanno diritto a fringe benefit aziendali (RC specifica, devices e relativi abbonamenti traffico, esonero timbratura budget di presenza e flessibilità oraria) e a un'indennità mensile specifica (Ind. di Direzione), che riconosce il Presidente per tutta la durata del mandato.

La Direzione Generale 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 Direzione Generale al fine di assicurare organicità, unitarietà e coerenza di azione e di interventi.

Uffici in staff alla Direzione Generale:

SEGRETERIA

La Segreteria della Direzione Generale svolge la funzione di segreteria particolare della Direzione Generale e per tale compito cura in particolare le attività relative a:

- corrispondenza personale;
- corrispondenza istituzionale;
- gestione agenda;
- tenuta del protocollo riservato;
- prenotazione e organizzazione di viaggi connessi a missioni;
- partecipazione del Direttore Generale ad eventi istituzionali e convegni;
- organizzazione di incontri promossi dal Direttore;
- rapporti con le segreterie del Presidente/CdA e le altre segreterie particolari;
- ogni altro compito riconducibile alle funzioni di segreteria Particolare assegnate dal DG.

Per le funzioni connesse alla Direzione Generale:

- partecipa alle riunioni della stessa e cura le verbalizzazioni delle sedute. Cura l'archiviazione dei verbali sottoscritti dai partecipanti anche in formato digitale e si preoccupa di evidenziare, di volta in volta, le azioni decise ma non attuate.

Il Responsabile della Segreteria deve essere in possesso almeno del Diploma d'Istruzione superiore ed avere buone doti di comunicazione interna ed esperienza pregressa nel ruolo.

Il Presidente del CdA riconosce a tale figura un'indennità mensile specifica (Ind. di Segreteria di Direzione), per tutta la durata del mandato.

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

L'URP ha il compito precipuo di fornire agli utenti ed alle persone interessate informazioni sull'attività istituzionale e sul funzionamento dell'Ente nonché sulle prestazioni da questa erogate.

Le attività di comunicazione pubblica sono finalizzate a:

- a) illustrare e favorire la conoscenza delle disposizioni normative o regolamentari al fine di facilitarne l'applicazione;
- b) illustrare le attività dell'Ente e il loro funzionamento;
- c) favorire l'accesso ai servizi, promovendone la conoscenza;
- d) garantire il servizio all'utenza per i diritti di accesso e di partecipazione di cui alla Legge 7 agosto 1990, n° 241 e successive modifiche ed integrazioni;
- e) garantire l'informazione all'utenza relativa agli atti e allo stato dei procedimenti nonché la conoscenza dell'avvio e del percorso dei procedimenti amministrativi;
- f) attivare ricerche e analisi finalizzate alla formulazione di proposte sugli aspetti organizzativi e logistici dei rapporti con l'utenza;

Deve inoltre raccogliere eventuali istanze e suggerimenti, operando in particolare per rendere effettiva la tutela dell'utente, con l'obiettivo di promuovere i processi volti a verificare la qualità dei servizi ed il gradimento degli stessi.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico interagisce con i servizi socio-sanitari dell'ASL e con i servizi sociali dei Comuni.

Il Responsabile dell'URP deve essere un laureato preferibilmente in Scienze della Comunicazione o relazioni pubbliche oppure in Scienze e Tecniche Psicologiche.

Medico Competente

È un laureato in Medicina e Chirurgia, abilitato all'esercizio dell'attività professionale e 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, il Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, il 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).

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP)

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.

In riferimento alla normativa di accreditamento (L.R. n. 9/2017), il RSPP deve mettere a disposizione la seguente documentazione:

1. il DVR di ogni singolo Presidio/Centro/Servizio aggiornato, di concerto con il Datore di lavoro o suo delegato e con l'Ufficio Gestione Rapporti di Lavoro;
2. attestati abilitanti come richiesto dalla nota al punto n. 16 del R.R. n. 3/2010 sez. "A".
3. nominativi ed attestati come richiesto dalla nota al punto 17 del R.R. n. 3/2010 sez. "A"
4. documentazione comprovante l'attività formativa specifica;
5. valutazione del rischio legionella e del rischio Radon.

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.

Controllo di Gestione

Il Responsabile dell'Ufficio Controllo di Gestione è responsabile delle attività previste all'art. 20 – Capo IV, del presente DOA.

Può essere un laureato in Amministrazione aziendale; Amministrazione e controllo aziendale; Direzione d'impresa, marketing e strategia; Economia; Economia aziendale; Economia e management; Finanza aziendale e mercati finanziari; Management dell'informazione e della comunicazione aziendale; Management digitale; Metodi statistici ed economici per le decisioni; Professioni contabili; Ingegneria Gestionale.

Il Controllo di Gestione assicura attività di pianificazione fabbisogno e reports

- pianificazione e assegnazione del volume delle prestazioni ad ogni articolazione organizzativa della Fondazione (Presidi/Centri/Servizi/Uffici) e del conseguente budget annuale;
- monitoraggio e valutazione di tutti i dati succitati con loro analisi per la realizzazione di statistiche e parametri utili alla valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle attività prese in esame; valutazione 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 finalizzate a pubblicazioni periodiche che forniscano un quadro complessivo sulle attività della Fondazione ovvero utili a soddisfare richieste anche da parte di organismi Istituzionali e/o di ricerca esterni (analisi delle patologie ricorrenti, per diagnosi, indicatori percentuali etc.);
- controllo sulla periodica compilazione e invio dei Modelli annuali obbligatori ISTAT e RIA.

In riferimento alla normativa di accreditamento (L.R. n. 9/2017), l'Ufficio Pianificazione Fabbisogno e Reports deve mettere a disposizione la seguente documentazione:

1. piano annuale delle attività effettivamente consegnato agli stakeholder, ovvero che i volumi delle prestazioni per Presidio/Centro Ambulatoriale/Servizio Domiciliare siano stati diffusi (almeno al Presidente, CdA, Dirigenti, Responsabili Sanitari, Dipendenti).
2. procedura e indicatori per la valutazione ed il monitoraggio degli obiettivi definiti nel piano annuale delle attività.

L'evidenza può essere documentata attraverso le assegnazioni di budget sottoscritte dalle parti e la consegna con "firma per ricevuta e presa visione" da parte di coloro che invece non hanno preso parte ai tavoli di assegnazione.

Ufficio Privacy (DPO)

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

- 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) deve:

- 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 UE n. 2016/679 (GDPR), 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 Titolare dei trattamenti, sia un'attività esterna, in quanto punto di contatto fra la struttura e l'Autorità Garante.

Il DPO deve effettuare una valutazione dei rischi connessi ai trattamenti dei dati personali effettuati dalla Fondazione; trovare soluzioni giuridiche alle questioni collegate alla gestione dei dati; 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 dell'art. 37, par. 1, lett. c) del Regolamento UE n. 2016/679 perché le attività principali (cd. core business) della Fondazione consistono nel trattamento, su larga scala, di categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9 del GDPR (dati particolari, nella specie, quelli concernenti la salute).

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.

Sia nel caso in cui sia un dipendente, sia quando sia un professionista esterno, il DPO deve operare in posizione di autonomia ed indipendenza all'interno della struttura del titolare ed in assenza di conflitto di interessi, vale a dire in una posizione tale da non poter determinare o contribuire a determinare le finalità e gli strumenti del trattamento dei dati personali, prerogativa questa spettante al solo Titolare.

In riferimento alla normativa di accreditamento (L.R. n. 9/2017), l'Ufficio Privacy, ed il Servizio Informativo, ciascuno in relazione alle proprie competenze, devono mettere a disposizione della Fondazione la seguente documentazione:

1. procedura per la gestione dei dati gestionali e sanitari, che garantiscano la sicurezza, la trasparenza e l'aggiornamento tempestivo delle liste d'attesa con evidenza della messa in atto di quanto pianificato;
2. documento che definisca i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria/socio-sanitaria. Gli aspetti legati al tema della privacy e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio-sanitaria e tenuta dei dati. I tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socio-sanitaria;
3. documento che elenchi gli specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni;
4. stesura per l'approvazione da parte dell'organo di Governo di un documento in cui sono descritte le caratteristiche dei sistemi informativi, in coerenza con gli orientamenti strategici e le necessità dell'organizzazione;
5. evidenza della presenza in struttura di un sistema informativo integrato che consenta la tracciabilità dei dati sanitari che tengano conto del debito informativo verso il Ministero della salute (NSIS);
6. presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste d'attesa e informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie;
7. piano delle attività di valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.

Anche se l'art. 37 del Regolamento non specifica le qualità professionali che dovrebbero essere considerate quando si designa un DPO, il responsabile della protezione dei dati deve avere esperienza in materia legislativa relativa alla protezione dei dati personali sia nazionale che europea.

Ufficio Accreditamento

Questo Ufficio cura tutte le procedure previste di autorizzazione alla realizzazione, all'esercizio sanitario e all'accREDITamento per nuove istanze, ampliamenti, conferme e adeguamenti.

Cura la tenuta degli archivi e monitora gli adempimenti periodici di cui alla normativa di legge e regolamentare vigente.

Rappresenta il riferimento interno dell'Organismo Tecnicamente AccredITante Regionale (OTA).

Il Responsabile deve avere esperienza pregressa in materia, formazione specifica e conoscenza e aggiornamento costante della legislazione.

Ufficio Legale

L'Ufficio deve:

- provvedere alla rappresentanza, patrocinio, assistenza e tutela in giudizio dell'Ente nelle controversie;
- predisporre gli atti di affidamento degli incarichi legali, anche esterni e ne cura e vigila la procedura conseguente, inclusi gli atti prodromici e conseguenti e le liquidazioni delle spese;
- assicurare le attività tendenti a definire le controversie attraverso il ricorso a procedure transattive, ricorrendone le condizioni;
- sovraintendere alle attività legate al contenzioso amministrativo e di lavoro;
- svolgere l'attività legale per il recupero dei crediti per l'Ente;

- fornire consulenza e assistenza legale alle altre articolazioni organizzative;
- valutare le richieste di risarcimento danni e la loro definizione;
- gestire le richieste di tutela legale e peritale da parte dei dipendenti, ai sensi dei vigenti CC.CC.NN.L;
- assistere il Direttore del Personale in tutte le attività dove è richiesta la propria presenza e soprattutto nelle attività inerenti l'Ufficio Relazioni Sindacali.

L'Ufficio può essere interno o esterno, ma comunque essere affidato ad avvocato specializzato in diritto del lavoro e con esperienza.

Ufficio Comunicazione Interna ed Esterna

La Comunicazione della Fondazione verso tutti gli stakeholder avviene sia verso l'esterno, che verso l'interno. Per quanto riguarda la prima, viene redatta la Carta dei Servizi e curata la sua distribuzione sia in formato digitale che cartaceo. Viene utilizzato il sito web istituzionale per diramare informazioni, costantemente aggiornato e completo di reportistica. Sito web certificato HonCode per la qualità e attendibilità delle informazioni in esso pubblicate e i social network, in particolare Facebook, YouTube e LinkedIn.

Gli stessi mezzi vengono utilizzati anche per gran parte della comunicazione interna, ma a questi si aggiunge anche l'invio di informative costanti a ogni dipendente e collaboratore della Fondazione tramite e-mail aziendali, incontri con la Direzione, i Responsabili sanitari e i dirigenti in genere, i momenti formativi e le riunioni di team.

La comunicazione viene implementata anche da un'intensa attività di pubblicazione da parte dei media di comunicati stampa concernenti le attività e i risultati della Fondazione in ambito sanitario e sociale.

Il responsabile dell'Ufficio Comunicazione Interna ed Esterna deve essere un iscritto all'ordine dei giornalisti.

Attività di Funzione

Le Attività di Funzione saranno assolve a discrezione della Direzione Generale, in base alle necessità della Fondazione, assegnando responsabilità a personale interno ovvero consulenti esterni, previa approvazione del Presidente.

Fundraising & Marketing Sociale

Ha come obiettivo lo sviluppo delle attività di fundraising & marketing sociale cercando di aumentare e fidelizzare l'apporto dei sostenitori intesi come persone fisiche, aziende e fondazioni, perché contribuiscano alla sostenibilità dei progetti. Svolge infatti, la sua attività in stretta connessione con il Project Management.

Allo stesso tempo, deve assicurare una crescita della notorietà della Fondazione e dei suoi valori attraverso attività di visibilità e promozione territoriale.

In accordo con la Direzione Generale e senza confliggere con le altre attività della Governance, pianifica e realizza le azioni da compiere per la raccolta fondi.

Il Responsabile dell'attività 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.

Deve avere esperienza pregressa nel settore.

Project Management

Applica conoscenze, attitudini, strumenti e tecniche alle attività di un progetto al fine di conseguire gli obiettivi, ovvero l'insieme delle attività volte all'analisi, progettazione, pianificazione e realizzazione degli obiettivi di un progetto, gestendolo in tutte le sue caratteristiche e fasi evolutive, nel rispetto di precisi vincoli di progetto. Si occupa, inoltre, di intercettare fondi mediante la partecipazione a bandi regionali, nazionali e europei.

Il responsabile dell'attività deve avere un'esperienza pregressa.

LA DIREZIONE AMMINISTRATIVA

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore Amministrativo 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 e socio-sanitaria assistenziale.

I requisiti richiesti per poter essere nominato Direttore Amministrativo sono:

- possesso di una laurea in materie giuridiche o economiche.

Il Direttore Amministrativo deve:

- fornire pareri sugli atti alla Governance e al Direttore Generale, coadiuvandolo nella gestione dell'Azienda sanitaria;
- dirigere e coordinare i Responsabili dei suoi Uffici in line assicurandosi che le loro azioni siano coerenti con gli indirizzi generali;
- verificare e controllare che nelle diverse strutture e nei centri di responsabilità dell'area tecnico amministrativa siano conseguiti i risultati richiesti dagli obiettivi assegnati;
- fornire le informazioni e realizzare le attività necessarie per il controllo di gestione dell'azienda e il controllo di qualità dei servizi;
- perseguire il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa con riferimento agli aspetti giuridico-amministrativi ed economico-finanziari.

In riferimento alla normativa di accreditamento (L.R. n. 9/2017), il Direttore Amministrativo deve mettere a disposizione la seguente documentazione:

1. procedure amministrative generali, per singolo presidio e per struttura organizzativa e le procedure di integrazione tra i servizi tecnico-amministrativi e i servizi sanitari (su tale adempimento, sarebbe opportuno, interfacciarsi con la Direzione Sanitaria). Tali procedure devono essere portate a conoscenza degli utenti interni e di ciò, deve esserci evidenza;
2. realizzare 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 (su tale adempimento, sarebbe opportuno, interfacciarsi con il Servizio Ingegneria Clinica e la Direzione Sanitaria);
3. documentare la disponibilità e pianificazione di adeguate risorse a livello infrastrutturale, di personale e del materiale di consumo connesso alle apparecchiature biomediche al fine di assicurare le prestazioni previste dal piano di attività;

Nello specifico:

- a. pianificare e inserire a bilancio del 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;
- b. definire procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche ed organizzative in ambito amministrativo, prevedendo e documentando anche il coinvolgimento del personale;
- c. definire procedure per la richiesta e per i tempi di accesso alla documentazione sanitaria compreso le certificazioni di frequenza degli utenti prevedendo il pagamento dei relativi oneri amministrativi.

È necessario che vi sia evidenza dell'adempimento di realizzazione e diffusione dei documenti e dei processi di cui sopra.

Uffici in line al Direttore Amministrativo:

Ufficio Finanza & 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 oppure laureato in Economia Aziendale con esperienza pregressa nel settore.

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;
- curare i rapporti con gli Istituti di Credito;
- pianificare e sottoporre all'approvazione del Presidente per la conseguente e predisposizione dei mandati dei pagamenti della Fondazione.

È delegato a operare sui conti corrente 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 laureato in Economia Aziendale con esperienza pregressa nel settore.

Ufficio Paghe e Contributi

L'Ufficio deve provvedere a:

- Gestione dei rapporti con gli enti interessati: Centro per l'impiego, Inps e Inail;
- Predisposizione ed invio telematico comunicazioni di assunzione e variazioni per i dipendenti interessati;

- Predisposizione ed invio telematico denunce Inail (infortuni, autoliquidazione);
- Coordinamento del processo di elaborazione delle presenze/assenze del personale per la definizione delle paghe;
- Elaborazione cedolini paga;
- Predisposizione mensile prima nota per la relativa rilevazione contabile;
- Predisposizione mensile flussi finanziari telematici (netti, cessioni del quinto, distinta sindacati, ecc.);
- Predisposizione ed invio telematico dichiarativi fiscali (Certificazioni Uniche, Mod. 770).

Il Responsabile dell'Ufficio deve essere in possesso della laurea in materie economiche – giuridiche ovvero abilitato alla consulenza del lavoro, con esperienza pregressa nel settore.

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, Extraregionali e privati solventi, andamento del fatturato, riepiloghi, budget-forecast.

È responsabile dell'archiviazione dei dati anche in formato digitale e le proiezioni, statistiche e report, commentate dagli Uffici interessati, possono essere anche oggetto di pubblicazioni. L'ufficio rendicontazione opera in collegamento con il Controllo di Gestione.

Il responsabile dell'Ufficio deve essere in possesso della laurea in materie giuridiche-economiche.

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.

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;

predispone 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;
- indizione 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 Responsabile del Servizio di Protezione e Prevenzione (RSPP) dell'Ente nei vari ambienti, allo scopo di fornire informazioni necessarie a redigere il piano di sicurezza e il documento di valutazione dei rischi;
- applicazione dell'art. 26 del D. Lgs. 81/2008, (cooperazione e coordinamento tra datori di lavoro committenti ed appaltatori), secondo le procedure concordate con l'RSPP.

In riferimento alla normativa di accreditamento (L.R. n. 9/2017), l'Ufficio Tecnico & Manutenzioni deve mettere a disposizione la seguente documentazione:

1. idoneità all'uso delle strutture, ovvero il programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture che consente di individuare le situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e di gestire le aree a rischio;
2. tale programma, deve prevedere anche la procedura di gestione (identificazione e manutenzione, straordinaria e preventiva, delle attrezzature presenti che non siano le apparecchiature elettromedicali perché di competenza del Servizio di Ingegneria Clinica). Quindi, delle ispezioni periodiche, collaudi ed eventuali interventi di manutenzione;
3. documento che elenchi gli specifici requisiti riguardanti il confort delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per pazienti ed accompagnatori.

Il responsabile dell'Ufficio tecnico e manutenzione è un laureato in ingegneria civile o edile e sovrintende alle varie attività sparse dell'ufficio.

LA DIREZIONE DEL PERSONALE

DIRETTORE DEL PERSONALE

Il Direttore del Personale è scelto tra le persone in possesso di adeguate competenze e comprovati requisiti di professionalità in materie giuridiche e/o economiche-aziendali con particolare riferimento al campo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria assistenziale.

I requisiti richiesti per poter essere nominato Direttore del personale, sono:

- doti umane e personali imprescindibili;
- capacità di trovare un giusto equilibrio tra empatia e rigore;
- possesso di competenze aggiornate in materia di contrattualistica e diritto del lavoro;
- elevata capacità di negoziazione, comunicazione e ascolto ed esperienza pregressa nell'ambito;
- avere un'esperienza almeno quinquennale nella direzione tecnico-sanitaria di enti pubblici o privati.

Il Direttore del Personale deve:

- gestire i curricula vitae per la ricerca e la selezione del personale;
- gestire il 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;
- istruire le pratiche per la gestione dei procedimenti disciplinari;
- individuare il 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 fabbisogno e reports;
- gestire le attività di analisi e reporting relativi alla popolazione aziendale (produttività operatori, analisi assenze, monitoraggio performance operatori);
- collaborare con le altre direzioni per la definizione delle politiche di gestione delle risorse umane;
- definire la gestione della formazione;
- supervisionare gli aspetti afferenti l'amministrazione del personale e la gestione delle paghe.

In riferimento alla normativa di accreditamento (L.R. n. 9/2017), il Direttore del Personale deve mettere a disposizione la seguente documentazione:

1. predisposizione e diffusione di un piano che definisca le modalità per l'accoglienza e l'affiancamento/addestramento del nuovo personale – neo assunto/trasferito compreso l'eventuale personale volontario, che tenga conto delle qualifiche e dell'idoneità al ruolo;
2. predisposizione e diffusione di un processo finalizzato alla diffusione di obiettivi e informazioni relative alla performance e agli esiti;
3. predisposizione e diffusione di un piano di modalità di valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale;
4. implementazione di processi e flussi che consentono la segnalazione/ascolto di suggerimenti da parte del personale;
5. implementazione/facilitazione di momenti strutturati di analisi e confronto sulle criticità.

Devono essere messi a disposizione della Direzione Generale gli elenchi aggiornati in tempo reale, anche attraverso soluzione digitale condivisa, della situazione del personale dipendente e dei liberi professionisti o altre forme di collaborazione per singolo presidio/centro ambulatoriale/servizio domiciliare/servizio extramurale. Gli elenchi devono riportare:

a) nome e cognome;

- b) data di assunzione o di sottoscrizione del rapporto di collaborazione;
 - c) tipologia del rapporto di lavoro (se indeterminato o determinato, lavoro occasionale o altro, se a tempo pieno o part-time. In quest'ultimo caso specificando il numero di ore settimanali);
 - e) professione (amministrativo, medico, fisioterapista, logopedista etc.);
 - f) eventuali turni di lavoro (orari di lavoro dei singoli e delle strutture).
- Il Direttore del Personale deve essere in possesso della laurea (vecchio ordinamento) o laurea specialistica/magistrale (nuovo ordinamento) in discipline giuridico-economiche.

Uffici in line al Direttore del Personale

Ufficio Gestione Rapporti di Lavoro e Relazioni Sindacali

L'Ufficio deve provvedere a:

- gestione giuridico - amministrativa del personale in servizio, tenuta e aggiornamento dei fascicoli, applicazione CCCCNNL;
- gestione assenze personale (maternità, congedi vari, aspettative, legge 104/92, permessi studio di concerto con l'Ufficio Formazione & Aggiornamento);
- gestione orari di servizio/lavoro, supporto alle sedi decentrate per la gestione presenze/assenze del personale;
- variazioni del rapporto di lavoro (part-time, comandi, modifica orari di servizio/lavoro, etc.);
- comunicazioni obbligatorie al Centro dell'impiego per personale;
- rilevazioni assenze;
- procedure di mobilità interna;
- incarichi extra-lavorativi;
- adempimenti connessi agli Infortuni sul lavoro del personale, controlli sui rimborsi da parte dell'istituto assicurativo INAIL e rivalse da altri istituti per incidenti causa terzi;
- cessazioni per mobilità esterne, dimissioni, etc.;
- gestione prerogative sindacali e scioperi;
- gestire le relazioni sindacali, negoziando e pervenendo ad accordi con i rappresentanti dei lavoratori (informazione, consultazione, variazioni/passaggi contrattuali, 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 Misurazione & Valutazione delle Performance

L'Ufficio svolge le seguenti attività:

- funzioni relative al ciclo di gestione della performance;
- assicurare le attività di indirizzo, coordinamento e promozione della misurazione e valutazione della performance adeguandole alla successiva evoluzione normativa;

L'Ufficio deve quindi:

- predisporre il documento “Sistema di misurazione e valutazione della performance”;
- valutare, ogni anno, l'adeguatezza del Sistema tenendo in considerazione le evidenze emerse dall'esperienza applicativa del ciclo precedente, le eventuali criticità riscontrate e il contesto organizzativo di riferimento;
- dare conto alla Direzione Generale dell'esito di tale valutazione.

Il Sistema di valutazione della performance organizzativa deve concernere:

- a) l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle esigenze della collettività;
- b) l'attuazione e la misurazione del grado di attuazione di piani e programmi;
- c) la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali;
- d) lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con gli stakeholder, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- e) l'efficienza nell'impiego delle risorse;
- f) la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- g) il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

La misurazione e la valutazione della performance individuale è collegata:

1. agli indicatori di performance;
2. al raggiungimento degli obiettivi individuali;
3. alla qualità, alle competenze e ai comportamenti professionali e organizzativi dimostrati;
4. alla capacità di valutazione dei propri collaboratori.

Il Responsabile dell'Ufficio deve avere esperienza pregressa e formazione specifica.

Ufficio Formazione & Aggiornamento

L'Ufficio deve:

- predisporre 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;
- garantire per ciascuna categoria e qualifica una formazione coerente con gli specifici contenuti disciplinari e professionali;
- normalizzare 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;
- redigere una relazione annuale con l'individuazione dei soggetti coinvolti nell'attività di formazione.

Nei presidi ove si svolgono attività didattiche e/o tirocinio deve conservare la documentazione circa gli obiettivi didattici, la supervisione degli allievi, i metodi di valutazione e gli eventuali accordi con università/istituti di formazione.

Deve assicurarsi che il personale in formazione sia identificabile.

Deve rendere 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.

Deve assicurarsi che il personale sanitario in servizio, per il quale è prevista la disciplina, maturi i 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 come da indicazioni regionali. 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.

Deve conservare tutta la documentazione per la consultazione/divulgazione di tutti i percorsi formativi o di aggiornamento realizzati in sede esterne all'azienda.

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

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

Il Responsabile dell'Ufficio Formazione & Aggiornamento deve essere in grado di individuare i reali fabbisogni formativi del personale e il loro aggiornamento e deve avere esperienza pregressa nel Settore con particolare riferimento alle tecnologie in uso nei Presidi/Centri/Servizi.

In riferimento alla normativa di accreditamento (L.R. n. 9/2017), l'Ufficio Formazione deve mettere a disposizione la seguente documentazione:

- piano di formazione-aggiornamento del personale a valenza annuale. In particolare, il piano di formazione deve contenere 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;
- 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 la 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;
- deve essere 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.

Nello specifico:

1. documentare 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 (per tale aspetto, è opportuno interfacciarsi con il Servizio Ingegneria Clinica);
2. tutto il personale deve partecipare ad iniziative di formazione orientate al miglioramento della qualità del servizio e delle prestazioni;
3. dare evidenza nel PFA di programmi formativi & aggiornamenti periodici per la sicurezza sul lavoro, la privacy, la gestione dei rischi compreso il rischio clinico, le infezioni ospedaliere, l'umanizzazione delle cure, formazione/informazione dei caregiver;
4. stilare una procedura per la formazione strutturata sul rischio clinico ed occupazionale verso i neoassunti, entro il 1° anno.

È necessario che vi sia evidenza dell'adempimento di realizzazione e diffusione dei documenti e dei processi di cui sopra.

LA DIREZIONE SANITARIA

DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario è scelto tra le persone in possesso dei requisiti di legge oltre ad adeguate competenze e comprovati requisiti di professionalità.

I requisiti richiesti per poter essere nominato Direttore Sanitario sono:

- essere un medico laureato in medicina e chirurgia;
- avere un'esperienza nella direzione tecnico-sanitaria in enti pubblici o privati.

Il Direttore Sanitario deve:

- coordinare tutti i Direttori/Responsabili sanitari dei Presidi/Centri/Servizi;
- monitorare gli adempimenti a loro carico previsti dalla normativa di legge (L.R. n. 9/2017, RR. n. 16/2010, RR. n. 20/2011, RR. n. 12/2015 e RR. n. 22/2019) e contrattuale vigente (ARIS/CIMOP 8 ottobre 2020) e dal presente Documento Organizzativo Aziendale;
- fornire al Direttore Generale il proprio parere sugli atti relativi alle materie di sua competenza.

Uffici in line al Direttore Sanitario:

Ufficio Gestione Rischio Clinico

L'Ufficio deve implementare 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.

Funzioni:

- realizzare e coordinare il piano aziendale di gestione del rischio clinico (PAGRIC);
- fornire supervisione e supporto ai delegati alla sicurezza dei pazienti;
- gestire il data base dove sono raccolti le segnalazioni e gli alert e pubblicare la relativa reportistica;
- 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.

In riferimento alla normativa di accreditamento (L.R. n. 9/2017), l'Ufficio Gestione Rischio Clinico, di concerto con i Responsabili sanitari dei Presidi/Centri/Servizi, deve mettere a disposizione la seguente documentazione:

- predisporre un documento di gestione del rischio clinico da inserire nel contesto più ampio di gestione del rischio (per tale aspetto, sarebbe opportuno interfacciarsi con il delegato alla Sicurezza sul Lavoro e l'RSPP);
- predisporre un piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi (**per tale aspetto, interfacciarsi con il Responsabile dell'Ufficio Formazione & Aggiornamento**).

Nello specifico:

1. definire, formalizzare e diffondere un sistema per l'identificazione, la segnalazione, la comunicazione e l'analisi di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella;
2. definire, formalizzare e diffondere una procedura per la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver ai processi di gestione del rischio clinico;
3. definire, formalizzare e diffondere una procedura per lo sviluppo delle competenze specifiche per l'analisi degli eventi avversi;
4. definire, formalizzare e diffondere un programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza (per tale aspetto, sarebbe opportuno interfacciarsi con il CIO e i Responsabili Sanitari);
5. definire le modalità e le procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari degli eventi avversi;
6. partecipare al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;
7. adottare metodologie sistematiche proattive per la valutazione dei rischi.

È necessario che vi sia evidenza dell'adempimento di realizzazione e diffusione dei documenti e dei processi di cui sopra.

Il Responsabile dell'Ufficio, 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).

Comitato Infezioni Rischio Clinico

Presso la Direzione Sanitaria è istituito il C.I.O. (comitato infezioni ospedaliere) organismo deputato a:

- proporre e valutare protocolli in tema di strategie di lotta contro le infezioni correlate all'assistenza;
- curare la partecipazione a studi epidemiologici di sorveglianza, al fine di stimare le dimensioni del problema, e la relativa raccolta dati;
- tenere una sorveglianza microbiologica integrata continua a partenza dai dati di laboratorio;
- formulare proposte operative e provvedimenti di urgenza da adottarsi dalla direzione sanitaria in particolari evenienze di rischio infettivo;
- informare il personale sui programmi di sorveglianza e controllo;
- proporre una corretta "politica" degli antibiotici;
- valutare l'utilità e la fattibilità di modifiche impiantistiche e strutturali finalizzate alla riduzione del rischio infettivo;
- collaborare alla stesura di capitolati per l'acquisto di presidi sanitari, ove si ravvisi l'attinenza con la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

Il Comitato si riunisce periodicamente in seduta plenaria o in seduta ristretta, cui partecipa il solo gruppo centrale, secondo gli argomenti da discutere. Inoltre uno o più componenti possono essere convocati in sedute ad hoc per la discussione e la soluzione di problematiche specifiche.

Nell'ambito della propria attività quotidiana, inoltre, i componenti del C.I.O. producono ed elaborano, individualmente e/o collegialmente, atti utili al lavoro del Comitato.
Il responsabile del C.I.O. è il Direttore Sanitario della Fondazione.

Comitato Valutazione Sinistri (Co.Va.Si.)

Il Co.Va.Si. contribuisce ad individuare quelle aree di criticità che, sia dal punto di vista organizzativo sia da quello tecnico e professionale, possono facilitare l'insorgere di contenziosi. A tal proposito il Comitato suggerisce delle azioni correttive.

Molto importante è l'analisi del rischio. Il Comitato Valutazione Sinistri valuta l'impatto economico dello stesso. In questo caso entra in gioco la polizza, in quanto il sinistro deve essere collocato 'sopra' o 'sotto' il limite della Self Insurance Retention.

I Co.Va.Si., si riunisce con cadenza periodica (in generale mensile), presenta al Direttore Generale dell'Ente una relazione delle attività svolte durante l'anno. Tra i compiti è presente anche la definizione delle pratiche che permettono di migliorare l'immagine della struttura sulla base delle richieste risarcitorie presentate.

Agisce quando la pratica è ancora in fase stragiudiziale. Il Comitato inizia a lavorare nel momento in cui riceve dalla Direzione Generale e l'Ufficio Legale la pratica relativa alla richiesta di risarcimento.

La fase successiva consiste nell'analisi e nella valutazione delle suddette richieste. Hanno priorità gli eventi che non risultano coperti da polizza assicurativa. Uno step molto importante prevede l'analisi della perizia del medico legale che ha effettuato una visita sul soggetto che ritiene di aver subito un danno da malasanità. Sulla base della suddetta documentazione, il Comitato Valutazione Sinistri ha la possibilità di effettuare una stima iniziale, ovviamente presunta, dell'entità economica della richiesta di risarcimento.

Una volta definiti i dati in merito, il Comitato individua tutti gli interventi necessari a definire le pratiche nel minor tempo possibile.

Nelle procedure operative dei Comitati è possibile includere anche l'analisi delle criticità relative all'esame delle pratiche e l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali, sempre sulla base della natura e dell'entità delle richieste risarcitorie.

I componenti del Comitato Valutazione Sinistri sono tenuti a esprimere il proprio parere in merito alle richieste risarcitorie entro tre mesi dall'acquisizione della succitata istanza. In tutti i casi ha la facoltà di richiedere sia al soggetto che ritiene di aver subito il danno sia all'Ente ulteriore documentazione finalizzata a formulare il parere nel migliore dei modi.

Il Co.Va.Si., può essere composto da professionisti diversi sia esterni, sia interni: un risk manager, l'avvocato di fiducia dell'Ente e professionisti le cui competenze variano a seconda della situazione da trattare.

Servizio Ingegneria Clinica /Servizio informativo

In ogni presidio, deve essere garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche. Al responsabile dell'Ufficio, 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.

In riferimento alla normativa di accreditamento (L.R. n. 9/2017), il Servizio di Ingegneria Clinica deve mettere a disposizione la seguente documentazione:

1. pianificazione e formalizzazione delle procedure per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie attraverso la metodologia propria dell'HTA con evidenza della loro diffusione a tutti gli stakeholder (almeno al Presidente, CdA, Dirigenti, Responsabili Sanitari);
2. verbali di ispezioni periodiche, collaudi ed interventi di manutenzione;
3. documento di verifica della conoscenza all'utilizzo dei dispositivi medici/tecnologie da parte del personale.

Inoltre, è necessario che sia stata attuata una procedura di rilevazione del fabbisogno emergente in riferimento alle innovazioni tecnologiche con il coinvolgimento del personale.

Il Responsabile dell'Ufficio deve essere un laureato magistrale in ingegneria biomedica con esperienza pregressa nel settore con particolare riferimento alle tecnologie e robot riabilitativi.

La Direzione Sanitaria cura il governo clinico e in particolare, qualità, percorsi e contrasto alle infezioni.

Servizio Informativo

Il Responsabile del Servizio informativo è 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;
- 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 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.

Deve adoperarsi affinché l'Ente sia in grado di definire:

- l'individuazione dei bisogni informativi dell'organizzazione;
- la struttura del sistema informativo;
- le modalità di raccolta;
- la diffusione ed utilizzo delle informazioni;
- la valutazione della qualità del dato;
- l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti dei singoli Presidi/Centri/Servizi.

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

In riferimento alla normativa di accreditamento (L.R. n. 9/2017), il Servizio Informativo, di concerto con il DPO, deve mettere a disposizione la seguente documentazione:

1. procedura per la gestione dei dati gestionali e sanitari, che garantiscano la sicurezza, la trasparenza e l'aggiornamento tempestivo delle liste d'attesa con evidenza della messa in atto di quanto pianificato;
2. documento che definisca i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria/socio-sanitaria. Gli aspetti legati al tema della privacy e della riservatezza delle informazioni, della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria/socio-sanitaria e tenuta dei dati. I tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socio-sanitaria;
3. documento che elenchi gli specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni;
4. documento per l'approvazione da parte dell'organo di Governo in cui sono descritte le caratteristiche dei sistemi informativi, in coerenza con gli orientamenti strategici e le necessità dell'organizzazione;

5. evidenza della presenza in struttura di un sistema informativo integrato che consenta la tracciabilità dei dati sanitari che tangano conto del debito informativo verso il Ministero della salute (NSIS);
6. presenza di un sistema che garantisca la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste d'attesa e informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie;
7. piano delle attività di valutazione della qualità delle informazioni e dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne.

Il Responsabile dell'Ufficio deve essere un laureato in ingegneria informatica, informatica o titolo equipollente con esperienza pregressa nel Settore e formazione adeguata. Possibilmente, anche con competenze di Cybersecurity Aziendale.

Il servizio può essere esternalizzato.

Umanizzazione delle Cure

L'“umanizzazione delle cure” altro non è che l'attenzione a 360° al paziente preso in carico, senza sottovalutare alcun aspetto e soprattutto quelli psicologici e relazionali. Significa, nella quotidianità, non isolare la pratica clinica da un trattamento complessivo della persona e un ascolto concreto dei suoi bisogni e delle sue necessità.

Il Ministero della Salute pone, in particolare, l'attenzione su alcune categorie ritenute più fragili, rispetto alle quali è imprescindibile un approccio integrato: anziani, disabili, bambini, famiglie in situazioni di disagio. Questi casi debbono, dunque, essere trattati con percorsi personalizzati che non si limitino alla semplice cura della malattia, ma includano anche la cura del malato.

In Italia si parla di umanizzazione in ambito sanitario dal 1992 quando, grazie al Decreto Legislativo n. 502, è stato introdotto il principio secondo cui le strutture e le prestazioni devono essere adeguate alle esigenze dei cittadini. Da allora sono stati stabiliti anche degli indicatori con l'obiettivo di misurare il grado di umanizzazione del settore. Tra gli altri, è rilevante il numero di dimissioni accompagnate da una relazione sanitaria, l'ampiezza degli orari di visita giornalieri, la disponibilità di opuscoli e materiali informativi per i pazienti e le loro famiglie, l'affollamento delle camere per le degenze, ma anche il rapporto tra posti letto e servizi igienici. L'Ufficio Formazione propone corsi di formazione per il personale finalizzati a migliorare il rapporto con il paziente e la sua famiglia (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di “cattive notizie”) e all'Ente l'adozione di strumenti tecnologici adeguati per ottimizzare i tempi e ridurre le attese (invio a domicilio di referti, di documentazione sanitaria etc.). Inoltre, superare la carenza diffusa nel trattamento di persone appartenenti a culture e religioni differenti. Si deve predisporre anche un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, utenti e loro famigliari e procedure per l'accesso agevolato ai servizi, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi definiti.

Deve far sì che si tenga conto delle diverse esigenze relative ad età, genere, particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica, specificità religiose, etniche e linguistiche.

Qualità

L'Ufficio deve garantire l'esatta esecuzione degli adempimenti previsti dalla normativa di accreditamento di cui al RR. n. 16/2019.

Deve attivare programmi di valutazione e miglioramento delle attività.

In particolare:

a. nei presidi che erogano prestazioni a ciclo continuo e/o diurno almeno i seguenti programmi di valutazione e di miglioramento nelle aree:

1. infezioni nosocomiali;
2. monitoraggio degli eventi indesiderati;
3. appropriatezza nell'uso delle risorse;
4. prevenzione dei processi di cronicità delle patologie;
5. integrazione dei servizi.

b. 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:

1. accessibilità alle prestazioni;
2. appropriatezza delle indagini.

Deve assicurare, inoltre, di concerto con gli Uffici preposti, la corretta predisposizione di documenti 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.

Deve predisporre e curarne la diffusione di questionari per la valutazione della qualità percepita e la segnalazione dei reclami.

Deve predisporre annualmente un documento che individui gli obiettivi di miglioramento, il suo monitoraggio e la valutazione.

Il Responsabile dell'Ufficio è un laureato magistrale, con esperienza pregressa nelle procedure di qualità e del suo miglioramento.

Responsabili Sanitari

Ai sensi della L.R. n. 9/2017 e dei RR. n. 12/2015 e n. 22/2019 che regolamentano l'autorizzazione alla realizzazione, all'esercizio sanitario e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie nella Regione Puglia, 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.

In particolare:

- garantisce la formulazione e l'applicazione del regolamento interno;
- risponde della idoneità del personale, delle attrezzature e degli impianti;
- vigila sulla puntuale osservanza delle norme igienico sanitarie, sulla efficienza e sicurezza dello strumentario e dei locali, sulla validità e corretta applicazione delle metodologie in uso;
- vigila sulla gestione dei farmaci;
- vigila sul rispetto delle norme che regolamentano le incompatibilità del personale;
- garantisce la regolare presenza del personale;
- è responsabile della predisposizione per ciascun paziente del Progetto Riabilitativo Individuale e della sua regolare erogazione;
- è responsabile della registrazione delle cartelle cliniche degli ospiti, del loro aggiornamento periodico e dell'archiviazione;
- vigila sull'aggiornamento tecnologico e formativo in funzione delle disabilità trattate e delle necessità identificate dall'équipe della struttura;
- provvede all'aggiornamento delle metodiche;
- rilascia certificazioni agli aventi diritto.

Il Regolamento Regionale 3/2005 int. e mod. dal RR. n. 3/2010, al punto A01.03.02 “Qualificazione”, e tutti i RR.RR. succitati prevedono che: “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. 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.”

Pertanto, è necessario che il Responsabile sanitario del Presidio di Recupero e Riabilitazione sia un medico specialista in riabilitazione. Per medico specialista in riabilitazione si intende un 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 così come individuate dal presente regolamento (*cfr. Documento “Piano d’Indirizzo per la Riabilitazione” del 2011).

Nel caso in cui il Presidio di Recupero e Riabilitazione sia costituito esclusivamente da Nuclei per l’età evolutiva, il Responsabile di Presidio ed il personale medico dovranno essere costituiti da medici specialisti in Neuropsichiatria dell’infanzia ed adolescenza.

Il Responsabile sanitario deve possedere i requisiti per la disciplina di direzione medica di cui all’art. 5, DPR 10 dicembre 1997, n. 484.

Dirigente Struttura Complessa e Semplice

Per tale figura professionale, da rendere conciliabile con quella dei Responsabili sanitari di Presidi/Centri/Servizi, si deve far riferimento alla normativa contrattuale collettiva e individuale vigente.

Allegato II – Competenze/mansioni del restante personale

Premesso che la classificazione del personale, le norme generali d'inquadramento, qualificazione e progressione professionale sono tutte previste nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di Settore applicati dalla Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus per il personale medico e per il restante personale, in questo documento vengono ribaditi i profili professionali, ruoli e competenze/mansioni di tutti gli Operatori che prestano servizio all'interno della Fondazione, compreso quelli non previsti dai CCNL di categoria succitati.

CAPO AREA SOCIO-SANITARIA (delibera CdA, figura ad esaurimento)

Il Capo Area Socio-sanitaria 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.

Accede a questa posizione lavorativa il dipendente in possesso della laurea (vecchio ordinamento, laurea specialistica della classe relativa alla specifica area, magistrale), con cinque anni di esperienza lavorativa corrispondente alla medesima professionalità e l'iscrizione ai relativi albi professionali ove esistenti.

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

Professionista laureato magistrale, o vecchio ordinamento in Psicologia, e abilitato alla professione con 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.

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

E' facoltà della Direzione Generale istituire i Coordinamenti delle professioni sanitarie per i presidi nei quali sarà ritenuto necessario.

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;
3. iscrizione all'albo professionale.

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.

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;
3. iscrizione all'albo professionale.

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.

FISIOTERAPISTA (Decreto n. 741 del 14 settembre 1994)

Il fisioterapista è l'operatore sanitario che, in possesso della laurea abilitante e dell'iscrizione al proprio albo professionale, 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. Propone l'adozione di ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia.

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

Il logopedista è l'operatore che, in possesso della laurea abilitante e dell'iscrizione al proprio albo professionale, 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.

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

Il terapeuta occupazionale è l'operatore sanitario che, in possesso della laurea abilitante e dell'iscrizione al proprio albo professionale, 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.

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

Il TNPEE è l'Operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione al proprio albo professionale, 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.

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

L'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso della laurea abilitante e dell'iscrizione al proprio albo professionale, 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.

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

Operatore sanitario che, in possesso della laurea abilitante e dell'iscrizione al proprio 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.

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

L'Assistente sociale è l'operatore sociale che, in possesso della laurea e iscrizione al proprio Albo professionale, 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.

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

L'OSS è l'operatore che collabora con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e sociale per il 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. Alla pulizia degli ambienti sanitari.

Coadiuvava l'infermiere per l'approvvigionamento dei farmaci e dei materiali di consumo.

PERSONALE AMMINISTRATIVO

Il Personale amministrativo è costituito, oltreché dalle figure dirigenziali, anche dalle seguenti tipologie di personale non necessariamente tutte presenti:

- capo uffici amministrativi, in possesso della laurea magistrale che svolgono attività operativamente autonome, con funzioni di coordinamento, controllo, programmazione e supervisione;
- collaboratori amministrativi, in possesso della laurea che svolgono attività amministrative che comportano un'autonoma elaborazione di dati preliminari e istruttori dei provvedimenti di competenza dell'unità operativa in cui sono inseriti;
- impiegati di concetto, in possesso del diploma di scuola media superiore che svolgono mansioni di concetto caratterizzate da autonomia operativa e preparazione teorico pratica che richiedono particolari conoscenze teoriche ed adeguata esperienza;
- impiegati d'ordine che svolgono attività che richiedono specifiche conoscenze teoriche e particolari capacità conseguite attraverso corsi professionali.

MANUTENTORI

Sono lavoratori che svolgono attività tecnico-esecutive la cui esecuzione presuppone un normale addestramento pratico ed elementari conoscenze tecniche.

Sono assegnati e diretti dal Responsabile dell'Ufficio Tecnico & Manutenzioni

PERSONALE DI SUPPORTO

Sono lavoratori che svolgono mansioni semplici e tecnico-esecutive con carattere ripetitivo e semiripetitivo, di pulizia e/o facchinaggio anche con l'utilizzo di strumenti, apparecchiature e macchinari semplici.



MISSION

La missione della FONDAZIONE CENTRI DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS 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, facendosi 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: quello dell'accoglienza, che risponde all'impegno di mettere a proprio agio (disponibilità interiore e ascolto) chi accede ai nostri servizi e quello della valorizzazione della vita, in tutte le sue espressioni, che aiuta 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) considerando prioritario il coinvolgimento e la partecipazione dell'utente e della sua famiglia al progetto riabilitativo individuale (PRI);*
- *La promozione umana (individuare e valorizzare potenzialità di ogni persona intesa come portatrice di valore e dignità);*

Nello specifico dell'attività scientifica riabilitativa:

- *L'approccio globale alla 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 équipe che favorisca l'integrazione dei singoli apporti e rispetti lo specifico professionale dei vari componenti dell'équipe stessa;*
- *La necessità di assicurare un'informazione precisa, obiettiva sulla disabilità, sulle sue implicazioni e sui provvedimenti esistenti.*



FONDAZIONE
CENTRI DI RIABILITAZIONE
PADRE PIO ONLUS

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

VISION

La **FONDAZIONE CENTRI DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS** intende perseguire l'eccellenza mediante la formazione continua, l'implementazione delle prestazioni e delle dotazioni strumentali, la qualità nell'erogazione delle prestazioni, integrandosi con il Sistema Sanitario Regionale, nella sfida continua, volta all'abbattimento delle liste d'attesa delle prestazioni di diagnostica, oltre ad essere un punto di riferimento per le prestazioni di riabilitazione e rieducazione.

Gli OBIETTIVI della **FONDAZIONE CENTRI DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS** sono identificabili nei seguenti:

- *Garantire l'efficacia e l'efficienza dei processi aziendali e la qualità del servizio erogato attraverso l'utilizzo di risorse professionali e tecnologiche adeguate.*
- *Adottare e mantenere un Sistema Qualità che porti all'accreditamento istituzionale e alla Certificazione di Qualità e al loro mantenimento.*
- *Soddisfare le esigenze dell'utenza rispetto alle tipologie e ai volumi di prestazioni richieste, in collaborazione con le ASL per quanto riguarda le attività accreditate, nell'obiettivo comune di ridurre i tempi d'attesa, in particolare per le prestazioni diagnostiche ambulatoriali, nell'ambito della Programmazione Regionale. La corretta risposta gestionale al continuo modificarsi delle richieste fa ritenere la Fondazione non un ente sussidiario all'attività pubblica ma integrativo e complementare ad essa; pertanto devono essere costantemente monitorati e adeguati i fattori produttivi sia in termini di risorse umane che in termini di risorse tecnologiche.*
- *Garantire il rispetto del tempo e della dignità del paziente attraverso:*
 - La predisposizione di orari di accesso ampi e comodi;
 - Tempi di attesa e procedure di prenotazione certi e trasparenti;
 - Il rispetto degli orari concordati per le prestazioni;
 - La possibilità per il paziente di conoscere e scegliere lo specialista a cui affidarsi;
 - La refertazione immediata per le prestazioni diagnostiche;
 - Un ambiente confortevole, pulito e tale da garantire la riservatezza durante l'erogazione del servizio;
 - Professionalità e cortesia da parte di tutti gli addetti e disponibilità a fornire informazioni;
 - Il rispetto della privacy.
 - Gestione del Rischio Clinico
- *Raggiungimento e mantenimento dello standard di prodotto e di servizio così come programmato, con il fine di perseguire un miglioramento continuo.*

DIRITTI E DOVERI DEGLI UTENTI

Il Presidio "Gli Angeli di Padre Pio" della Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus dei Frati Minori Cappuccini della Provincia Religiosa di Sant'Angelo e Padre Pio, fornisce servizi alla comunità nel rispetto delle norme legali ed etiche che tutelano i diritti dei pazienti, ispirandosi ai principi sanciti dalla Direttiva del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994 e dalla Carta Europea dei Diritti del Malato enunciati nel 2002 su iniziativa di Active Citizenship Network in collaborazione con 12 organizzazioni civiche dei Paesi dell'Unione Europea

DIRITTI DEGLI UTENTI

Diritto alle cure: ogni persona ha il diritto di ricevere cure appropriate e basate sull'evidenza, con professionalità e attenzione, senza discriminazione di età, genere, razza, lingua, religione e opinioni politiche.

Diritto al rispetto del tempo: ogni persona ha diritto di conoscere i tempi nei quali potrà ricevere cura e assistenza, nonché a essere prontamente avvisata in caso di problematiche o ritardi.

Diritto alla partecipazione e all'informazione: ogni persona ha diritto di partecipare in modo consapevole, attivo e sicuro alle cure. Ogni persona ha diritto di essere informata sulle proprie condizioni di salute, i benefici e i rischi dei trattamenti proposti, le possibili alternative, gli eventuali percorsi riabilitativi conseguenti.

Diritto alla partecipazione, alla libera scelta e al Consenso informato:

- ogni persona ha diritto di scegliere tra differenti procedure e trattamenti sulla base di informazioni adeguate, comunicate in maniera comprensibile e tempestiva, che le permettano di esprimere un consenso informato;

- ogni persona ha diritto a essere accuratamente informata e a esprimere il proprio consenso riguardo a partecipazioni a sperimentazioni cliniche;

- il paziente inoltre ha il diritto di rifiutare totalmente o parzialmente le cure proposte e di essere informato sulle conseguenze del rifiuto e sulle alternative terapeutiche.

Diritto di second opinion: ogni paziente ha diritto di richiedere un consulto ad altro professionista, allo scopo di avere un parere medico sulla propria situazione clinica, anche mediante la valutazione della documentazione sanitaria.

Diritto alla privacy e alla confidenzialità:

- ogni paziente ha il diritto al rispetto della sua riservatezza nello svolgimento di prestazioni mediche e assistenziali e nel trattamento dei dati personali;

- il paziente ha anche il diritto di vietare la divulgazione del ricovero e la diffusione di informazioni relative al suo stato di salute a persone diverse da quelle da lui indicate.

Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari: ogni persona ha diritto

di evitare, quanto più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia, mediante una

appropriata valutazione e gestione del dolore.

Diritto all'esercizio del culto: ogni persona ha diritto all'esercizio del proprio culto e

alla richiesta di visita del ministro di culto di sua scelta.

Diritto a cure centrate sul paziente: ogni persona ha diritto a programmi diagnostici-

ci-terapeutici il più possibile adatti alle sue esigenze personali e a un'assistenza olistica e

umana in tutte le fasi della cura e della malattia.

Diritto all'accesso alla documentazione clinica: ogni paziente ha diritto, al momento della

dimissione, di ricevere una relazione clinica scritta in modo comprensibile, con informazioni utili per la

continuità di cura. Inoltre ogni paziente ha il diritto di richiedere copia della propria documentazione clinica.

Diritto di esprimere il proprio parere: ogni persona ha il diritto di esprimere il proprio parere attraverso le

modalità messe a disposizione e di rivolgersi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico qualora ritenga lesi i propri diritti.

DOVERI DEGLI UTENTI

Tutti gli ospiti del Presidio "Gli Angeli di Padre Pio", nello spirito un rapporto di reciproca fiducia hanno il dovere di:

- mantenere un atteggiamento responsabile e rispettoso verso gli altri pazienti, il personale, gli ambienti e le attrezzature, di collaborare con il personale di reparto;

- attenersi alle indicazioni terapeutiche e comportamentali ricevute, allo scopo di facilitare il buon esito delle cure e una serena permanenza in ospedale;

- comunicare con trasparenza e fiducia con il personale sanitario esprimendo eventuali dubbi circa le cure proposte, così da favorire attivamente la relazione di cura.

Nello specifico, il regolamento interno prevede anche che:

L'utente è assistito e riabilitato con premura ed attenzione, nel rispetto della dignità umana e delle proprie convinzioni filosofiche e religiose.

L'utente otterrà dalla Struttura sanitaria tutte le informazioni relative alle modalità di accesso, diagnosi, prestazioni erogate e relativa prognosi.

L'utente può effettuare reclami facendo richiesta dell'apposita "scheda reclami" all'assistente sociale.

Tutte le schede pervenute saranno sollecitamente esaminate e riscontrate.

L'utente ha diritto a 2,5 giorni di "assenza terapeutica" al mese al fine di poter favorire il reinserimento domestico, sociale e lavorativo. La richiesta di assenza terapeutica dovrà essere presentata preventivamente (48 ore prima) al personale infermieristico ed autorizzata al momento dell'uscita dal medico in turno, compatibilmente con le condizioni cliniche del richiedente. Non possono essere

accettate richieste pervenute oltre i limiti prestabiliti.

L'utente quando accede nella Struttura sanitaria è invitato ad avere un comportamento responsabile nel rispetto e nella comprensione dei diritti degli altri degenzi, con la volontà di collaborare con il personale medico, infermieristico, tecnico e della riabilitazione oltre che, naturalmente, con la Direzione Sanitaria.

L'utente e i suoi familiari hanno il dovere di rispettare gli orari delle visite all'interno del reparto (dalle ore 12.30 alle 14.30 e dalle ore 18 alle 20). È indispensabile evitare l'affollamento nelle stanze. Al di fuori di tali orari, sarà possibile visitare il

paziente solo ed esclusivamente negli spazi comuni, esterni al reparto di degenza. I bambini di età inferiore a 12 anni potranno visitare i degenzi nelle aree comuni.

In caso di particolari esigenze assistenziali, sarà autorizzata dal medico la presenza di un caregiver negli orari prestabiliti al fine di svolgere/facilitare le operazioni assistenziali della persona ricoverata.

L'utente, per eventuali chiarimenti od informazioni organizzative/lanitarie, potrà rivolgersi al personale di competenza negli orari prestabiliti affissi in bacheca.

È vietata la presenza di familiari e accompagnatori durante tutte le prestazioni riabilitative e il giro visite.

All'utente si consiglia di non portare gioielli, oggetti di valore o grosse somme di denaro in quanto la Struttura non risponde di eventuali furti/danneggiamenti.

È vietata l'introduzione di apparecchi elettrodomestici quali ferro da stiro, termoventilatori, macchine da caffè, frigoriferi ad eccezione di scaldia bibboni per il reparto di età evolutiva. I reparti di degenza sono dotati di tutti i comfort necessari per una gradevole degenza.

È vietata l'introduzione di cibo e bevande provenienti dall'esterno.

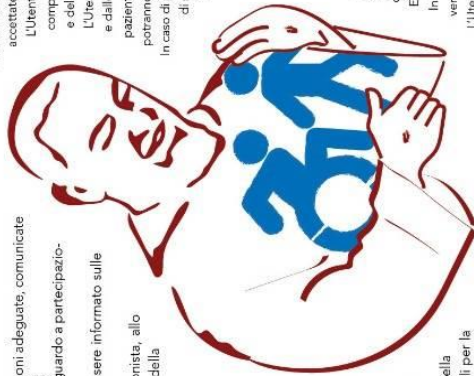
È severamente vietato fumare all'interno del Presidio e in tutte le pertinenze esterne (ingressi, cortili, terrazze, ecc.) della Struttura. A tal proposito sono presenti specifiche "Smoking Area".

È indispensabile avere un abbigliamento consono alle attività riabilitative (tuta, scarpe da ginnastica ecc.)

In base ad esigenze sanitarie ed organizzative all'utente è assegnato il posto letto al momento del ricovero. Non verranno prese in considerazione richieste di cambio stanza e posto letto.

L'utente potrà eventualmente richiedere l'opzione "maggior comfort" richiedendo la camera singola a proprie spese: la del ricovero è stabilita dal medico responsabile del progetto riabilitativo.

Nel giorno della dimissione la camera dovrà essere lasciata libera entro le ore 10:00.



FONDAZIONE
CENTRI DI RIABILITAZIONE
PADRE PIO ONLUS

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



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

APPROVAZIONE DOA

CdA del 17.03.2022

IL PRESIDENTE	f.to fr. Piero Vivoli
IL V. PRESIDENTE	f.to fr. Maurizio Placentino
CONSIGLIERE	f.to fr. Francesco Scaramuzzi
CONSIGLIERE	f.to dr. Pietro Grasso
CONSIGLIERE	f.to dr. Pasquale Perri

Parere positivo Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. N. 231 del 2001 del 16.03.2022 (Allegato A)

Modifica approvata dal CdA del 18.11.2022

Parere positivo Organismo di Vigilanza ex D.Lgs. n. 231 del 2001 del 10.11.2022

**ORGANISMO DI VIGILANZA
EX D.LGS. N. 231 DEL 2001**



San Giovanni Rotondo, il 16 marzo 2022

**Spett.le
Consiglio di Amministrazione
della Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus
Presidente fr. Piero Vivoli OFM Cap
Sede**

Per il tramite dell'Ufficio Protocollo

Oggetto: parere in ordine al Documento Organizzativo Aziendale (DOA).

Molto Reverendo Padre Piero e

Spett.le Consiglio di Amministrazione,

facendo seguito alla richiesta di parere di cui all'oggetto pervenuta per il tramite della Segreteria del Direttore Generale, l'Organismo di Vigilanza rappresentato dal sottoscritto,

- ✓ Esaminata la bozza del Documento Organizzativo Aziendale;
- ✓ Valutato il nuovo Organigramma della Fondazione allegato a detto Documento;
- ✓ Verificato che l'assetto organizzativo dell'Ente come risultante dal DOA, pur significativamente mutato rispetto al precedente, mantiene intatta la capacità della Fondazione di tenere sotto controllo – mediante il modello di organizzazione, gestione e controllo dalla stessa adottato ex D.Lgs. 231/2001 – i rischi-reato connessi alle proprie attività;
- ✓ Preso atto che l'approvazione del DOA richiederà senz'altro un aggiornamento del predetto modello 231 per adattarlo al nuovo assetto organizzativo dell'Ente;
- ✓ Rilevata l'introduzione della Funzione del Direttore Generale, di diretta nomina del Consiglio di Amministrazione, al quale sono attribuite in staff importanti funzioni (RSPP; Ufficio Privacy; Ufficio Legale, Controllo di Gestione ecc.) rispetto a cui è garantito un adeguato livello di autonomia relativamente ai compiti ad esse affidati;
- ✓ Considerato che – secondo quanto disposto dall'art. 3 del DOA – il "settore operativo/esecutivo di fiducia della Governance per l'attuazione delle decisioni deliberate dal CdA è costituito dal Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, Direttore del Personale e Direttore Sanitario, che complessivamente costituiscono la Direzione Generale" e che tutte tali funzioni "ricevono delega formale delle responsabilità attribuite";
- ✓ Rilevato che l'appena citata disposizione del Documento Organizzativo trova piena corrispondenza nel protocollo 1.6. della Parte Speciale del Modello 231 della

**ORGANISMO DI VIGILANZA
EX D.LGS. N. 231 DEL 2001**



Fondazione – Attività di Gestione Dell'organizzazione e Pianificazione Degli Obiettivi, lì dove è stabilito che "Il Vertice dell'Ente deve definire un sistema di deleghe e procure idoneo a trasferire la gestione delle funzioni aziendali a rischio illeciti 231 ai relativi referenti";

- ✓ Preso atto, altresì, che agli Organismi di controllo dell'Ente (Collegio dei Revisori ed Organismo di Vigilanza) continua ad essere assicurata la necessaria indipendenza rispetto all'Organo Amministrativo della Fondazione;

Ciò premesso, e per quanto di competenza di questo OdV, si esprime

Parere favorevole

All'adozione da parte del Consiglio di Amministrazione del nuovo Documento Organizzativo Aziendale.

**Organismo di Vigilanza della
Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus**

Il Presidente

Avv. Adamo Brunetti