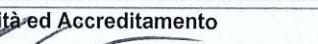
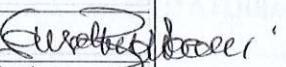
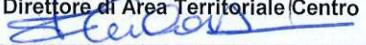


**MANUALE  
DEL SISTEMA DI GESTIONE  
*Centro S.Maria alla Pineta  
Marina di Massa***

(parte integrante del Manuale del Sistema di Gestione della Fondazione)

**Progetto Riabilitativo di Struttura**

REDAZIONE	
Data	Funzione Visto
1 Marzo '21	Resp Qualità ed Accreditamento 
1 Marzo '21	Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione 

APPROVAZIONE	
Data	Funzione Visto
	Responsabile di Struttura 
	Direttore di Area Territoriale Centro 

VERIFICA	
Data	Funzione
	Servizio Qualità sede centrale

## SOMMARIO

<b>PREMESSE .....</b>	<b>3</b>
<b>ORGANIZZAZIONE DEL MANUALE .....</b>	<b>5</b>
<b>PARTE GENERALE .....</b>	<b>5</b>
Presentazione della Fondazione.....	5
La storia .....	5
La Nostra Missione - La Nostra Visione.....	6
La Politica della Qualità' – Far Bene il Bene.....	6
La Politica per la Sicurezza .....	7
<b>CONTESTO ORGANIZZATIVO – ANALISI DI CONTESTO.....</b>	<b>10</b>
Il contesto operativo – le parti interessate.....	10
<b>DESCRIZIONE ORGANIZZAZIONE .....</b>	<b>10</b>
ORGANIGRAMMA AREA TERRITORIALE CENTRO .....	11
ORGANIGRAMMA DELLA SICUREZZA .....	11
<b>PARTE SPECIFICA .....</b>	<b>12</b>
Cenni Storici.....	12
<b>ORGANIGRAMMA DELLA STRUTTURA TERRITORIALE .....</b>	<b>12</b>
<b>ACCREDITAMENTO.....</b>	<b>13</b>
<b>SINTESI UNITÀ' DI OFFERTA DELLA STRUTTURA .....</b>	<b>13</b>
<b>ELENCO DELLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE EROGATE.....</b>	<b>14</b>
Cure intermedie Covid .....	14
LE METODOLOGIE DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO .....	14
RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA .....	14
LE METODOLOGIE DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO.....	17
PROCESSI DI PRODUZIONE/EROGAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI .....	19
RISORSE UMANE E CCNL.....	20
<b>ALLEGATI.....</b>	<b>20</b>

## PREMESSE

Il presente Manuale e i documenti allegati e collegati integrano e completano il Manuale del Sistema di Gestione della Fondazione (MSGF).

Il presente Manuale corrisponde inoltre al Progetto Riabilitativo di Struttura (P.R.S.).

La redazione, approvazione, applicazione e aggiornamento del presente documento sono responsabilità del Direttore / Responsabile di Presidio e del Responsabile di Struttura; il suo contenuto è verificato con scadenza triennale.

Il documento:

- ✓ descrive l'assetto organizzativo generale dell'Area e particolare della Struttura,
- ✓ definisce le responsabilità ad esso collegate.
- ✓ identifica e classifica i processi gestiti nella struttura territoriale
- ✓ declina a livello locale il Modello Organizzativo della Fondazione.

Il documento riassume le scelte organizzative operate dalla Direzione nell'esercizio delle responsabilità collegate al proprio ruolo, così come definite nel Regolamento Generale di Organizzazione e attribuite in specifiche deleghe e procure anche riferendosi a quanto espresso nei paragrafi del MSGF.

La struttura organizza e pianifica le attività di realizzazione dei prodotti / servizi rispondendo alle specifiche di riferimento, normative e di legge, ai termini dei contratti accesi e agli standard individuati dalla Fondazione.

La Fondazione, a livello centrale, esprime indicazioni ed indirizzi il cui scopo è quello di garantire standard di base comuni alle diverse strutture territoriali; fra questi sono individuati gli "elementi essenziali" che caratterizzano l'organizzazione indipendentemente dalla sede di erogazione di prestazioni e servizi.

A livello di Presidio e di Struttura sono declinati e contestualizzati con la finalità ultima di strutturare un sistema di gestione integrato.

Fra i diversi requisiti di carattere organizzativo, gestionale e tecnico-professionale relativi ai prodotti, ai servizi e alle prestazioni erogate, la Fondazione ne ha individuati alcuni il cui presidio ritiene sia fondamentale nella economia generale del sistema.

Tali requisiti rappresentano un momento di integrazione fra i diversi modelli gestionali:

- ✓ accreditamento
- ✓ modello organizzativo ex. D.lgs. 231
- ✓ sicurezza dei lavoratori
- ✓ sicurezza del paziente
- ✓ qualità
- ✓ percorsi all'eccellenza

Il presente documento descrive l'organizzazione della struttura e di come grazie al modello organizzativo di Fondazione, si inserisca in un contesto operativo ispirato e fondato sulle cogenze delle norme UNI EN ISO 9001:2015 ed ISO 45001:2018.

I requisiti sono descritti nella tavola "Elementi essenziali della Qualità" di seguito riportata estratta dal MSGF

ELEMENTI ESSENZIALI DELLA QUALITÀ'				
Processi di Direzione (comando) e Responsabilità	Competenze e capacità del personale	Sicurezza ambientale per personale e pazienti	Attenzione alle cure	Miglioramento della sicurezza e qualità
Identificazione delle relazioni direzionali e delle responsabilità	Fascicolo personale e Job Description per tutto il personale.	Ispezioni regolari degli edifici	Corretta identificazione del paziente	Registrazione degli eventi avversi
Identificazione delle responsabilità relative a verifiche e controlli	Pianificazione della Formazione Continua del personale	Abbattimento delle barriere	Processo organico di informazione ai trattamenti e raccolta del Consenso.	Analisi degli eventi avversi
Identificazione delle responsabilità relative a qualità e sicurezza	Formazione Manageriale dei dirigenti	Controllo dei materiali pericolosi	Valutazione medica ed infermieristica/tecnica completa ed aggiornata per tutti i pazienti.	Controllo (Monitoraggio) dei processi ad alto rischio
Gestione partecipata (collaborative management ) Incontri periodici e documentati dei team	Revisione periodica delle credenziali di tutto il personale sanitario	Programma di sicurezza antincendio	Disponibilità ed affidabilità dei servizi di laboratorio	Individuazione e monitoraggio dei pazienti ad alto rischio.
Sorveglianza dei fornitori/contratti	Inserimento al lavoro del personale.	Sicurezza degli apparecchi elettromedicali	Disponibilità affidabilità e sicurezza dei servizi diagnostici per immagini	Controllo della soddisfazione dei pazienti
Integrazione fra qualità e gestione del rischio	Sorveglianza di studenti e personale in training	Continuità negli approvvigionamenti elettrico ed idrico	Progettazione e pianificazione scritta degli interventi riabilitativi	Controllo della soddisfazione del personale
Compliance con leggi e regolamenti	Training alle pratiche di rianimazione	Presenza di piani per la gestione delle emergenze	Registrazione e tracciabilità di tutte le attività sanitarie condotte	Gestione organica dei reclami
Registrazione e tracciabilità di tutte le attività amministrative	Educazione del personale alla sicurezza sul posto di lavoro	Coordinamento di programmi di prevenzione monitoraggio e controllo delle infezioni e loro riduzione	Utilizzo appropriato e sicuro di farmaci e medicazioni	Disponibilità ed uso di linee guida e percorsi
Politiche e procedure per la cura dei pazienti ad alto rischio	Educazione del personale alla prevenzione e al controllo delle infezioni	Utilizzo regolamentato dei mezzi di protezione individuale	Educazione dei pazienti e loro partecipazione alle cure.	Monitoraggio dei risultati clinici
Identificazione delle responsabilità e dei metodi per il mantenimento dei requisiti del cliente	Comunicazione fra il personale di cura e assistenza	Smaltimento appropriato di rifiuti potenzialmente infetti Smaltimento appropriato di taglienti e pungenti	Attenzione alla misurazione e al controllo del dolore	Comunicazione al personale delle informazioni relative a qualità e sicurezza
	Valutazione periodica del clima aziendale	Sorveglianza dei soggetti sottoposti a progetti di ricerca	Garanzia della continuità delle cure	Impegno ai diritti di pazienti e familiari

## ORGANIZZAZIONE DEL MANUALE

Il presente Manuale del Sistema di Gestione del Centro/Struttura, parte integrante del Manuale del Sistema di Gestione della Fondazione, si configura come presentazione della Struttura e contiene direttamente nel corpo del testo o sottoforma di allegati:

Una Parte Generale con :

- ✓ Presentazione della Fondazione
- ✓ Mission, Vision e Politica della qualità dell'organizzazione
- ✓ Descrizione organizzativa del Presidio di appartenenza
- ✓ Organigramma del Presidio

Una Parte Specifica con

- ✓ Organigramma della struttura
- ✓ Campo di applicazione del Sistema
- ✓ Sintesi dei processi e loro interrelazioni
- ✓ Descrizione generale delle unità d'offerta della struttura con le modalità di erogazione delle prestazioni
- ✓ Segmentazione dei clienti
- ✓ Schede di responsabilità per ognuna delle Unità Organizzative
- ✓ Job Description delle figure con responsabilità
- ✓ Elenco dei documenti attivi (prescrittivi) della struttura (amministrativi e sanitari)
- ✓ Elenco dei documenti di registrazione
- ✓ Tavola dei flussi informativi
- ✓ Tavola degli indicatori
- ✓ Tavola Mappa o Piano dei Controlli
- ✓ Carte dei Servizi o presentazione e cataloghi delle prestazioni

## PARTE GENERALE

### ***Presentazione della Fondazione***

#### **La storia**

**Il Fondatore** - Don Carlo Gnocchi, nato a San Colombano al Lambro (MI) il 25 ottobre 1902, Carlo Gnocchi viene ordinato sacerdote nel 1925. Assistente d'oratorio per alcuni anni, è poi nominato direttore spirituale dell'Istituto Gonzaga dei Fratelli delle Scuole Cristiane. Allo scoppio della guerra si arruola come cappellano volontario e parte, prima per il fronte greco-albanese, e poi, con gli alpini della Tridentina, per la campagna di Russia. Nel gennaio del '43, durante la ritirata del contingente italiano, cade stremato ai margini della pista dove passava la fiumana dei soldati; raccolto da una slitta, si salva miracolosamente. In quei giorni, assistendo gli alpini feriti e morenti e raccogliendone le ultime volontà, matura in lui l'idea di realizzare una grande opera di carità, che troverà compimento, a guerra finita, nella Fondazione Pro Juventute.

Muore il 28 febbraio 1956. L'ultimo suo gesto è la donazione delle cornee a due ragazzi non vedenti, quando ancora in Italia il trapianto d'organi non era regolato da apposite leggi. Il 20 dicembre 2002 il Papa lo dichiara Venerabile. Il 25 ottobre 2009 Don Carlo Gnocchi diventa ufficialmente Beato.

**La Fondazione** - Istituita oltre mezzo secolo fa per assicurare cura, riabilitazione ed integrazione sociale ai mutilatini, la Fondazione ha ampliato nel tempo il proprio campo d'azione ai ragazzi affetti da complesse patologie acquisite e congenite, portatori di handicap e a pazienti di ogni età, che necessitano di interventi riabilitativi specialistici ed avanzati in ambito neurologico, ortopedico, cardiologico e respiratorio.

Dal 1963 la Pro Juventute, che dal '57 era diventata "Fondazione Pro Juventute Don Carlo Gnocchi", è andata estendendo la sua presenza sul territorio nazionale sino ad essere presente in nove regioni. Dall' 81 la Fondazione ha compreso nella propria azione l'assistenza alle persone anziane, in prevalenza non autosufficienti (diventando formalmente nel '98 "Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus), e negli ultimi anni anche ai malati oncologici terminali e a pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite e in stato vegetativo.

A più di cinquant'anni dalla morte di Don Carlo Gnocchi, nessuna patologia invalidante è esclusa dallo spettro d'intervento della Fondazione. Attraverso convenzioni con Università e Centri di ricerca si è sviluppata l'attività scientifica e di ricerca della Fondazione; tali rapporti hanno contribuito a rendere la Fondazione stessa un modello a livello internazionale di struttura pilota completa e autonoma sul piano della

ricerca e delle terapie riabilitative. Nel 1991 è stato ottenuto il riconoscimento, per il Centro "S. Maria Nascente" di Milano, di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto privato.

Nell'agosto del 2000 tale riconoscimento IRCCS è stato esteso anche al Centro "S. Maria agli Ulivi" di Pozzolatico (ora IRCCS Don Gnocchi Firenze).

Oggi la Fondazione Don Carlo Gnocchi è un'organizzazione complessa che si caratterizza per la pluralità di offerta, di competenze, di strutture in relazione con il panorama sanitario e socio-assistenziale nazionale e internazionale.

### ***La Nostra Missione - La Nostra Visione***

Accanto all'erogazione di prestazioni sanitarie la Fondazione Don Carlo Gnocchi si sente chiamata alla promozione e alla realizzazione di una "nuova cultura" di attenzione ai bisogni dell'uomo.

Ciò per "farci carico" della persona nella sua dimensione globale ponendola al centro delle nostre attività di assistenza, cura, riabilitazione, ricerca, formazione.

La Fondazione considera come proprio target prioritario i soggetti che si trovano in stato di maggior bisogno, ricercando nell'approccio anche soluzioni innovative e sperimentali.

La Fondazione vuole dare voce ai sofferenti, agli anziani, ai disabili e far diventare le loro istanze motivo di riflessione per tutti e da parte di tutti, promuovendo una prossimità che continua a farsi storia.

La complessità della società e delle modalità di intervento in campo riabilitativo impongono un approccio interdisciplinare e un lavoro di équipe in cui le diverse parti interessate cooperano alla costruzione di risposte idonee ai bisogni di chi è in situazione di necessità garantendo appropriatezza e continuità del processo assistenziale.

Di qui l'impegno a sviluppare la nostra identità e presenza nel quadro dell'ordinamento sanitario e socio-assistenziale:

- ✓ ispirandoci ai principi della carità cristiana e della promozione integrale della persona;
- ✓ declinando nell'oggi i valori di Don Carlo Gnocchi, da sempre riferimento ideale e ispirativo per ogni ripensamento operativo e per future progettualità a livello nazionale e internazionale;
- ✓ stabilendo opportune forme di collegamento, partecipazione e cooperazione con istituzioni aventi analoghe finalità;
- ✓ privilegiando il rapporto con le espressioni di volontariato

### ***La Politica della Qualità – Far Bene il Bene***

Dal Manuale del Sistema di Gestione Di Fondazione

La Politica della Qualità della Fondazione (impegni e macro obiettivi) trova il suo fondamento nella traduzione pratica degli impegni espressi nella **carta dei valori**.

Il cardine della politica della qualità è nell'approccio di presa in carico globale della persona, basato sull'attenzione ai suoi bisogni, sulla capacità di gestire le fragilità, le debolezze e le sofferenze. Questo approccio distintivo di fare le cose vuole essere il punto di forza della Fondazione e l'elemento distintivo vincente nel confronto con i competitori.

Ne derivano in particolare tre **macro obiettivi della qualità, comuni** a tutte le attività svolte in Fondazione

- ✓ **Promuovere la centralità della persona, salvaguardarne la dignità, valorizzarne le potenzialità.**  
*La conduzione di ogni attività e processo pone al centro la persona, intendendo con questo l'attenzione al cliente esterno (utente/ospite) al cliente interno e alle persone che a diverso titolo prestano opera per l'organizzazione.*  
*La risposta più efficace alle esigenze dell'utente (cliente esterno) scaturisce dalla ricerca continua di metodologie e approcci efficaci e appropriati e nel contempo da scelte organizzative e gestionali*

orientate alla massima attenzione alla persona, alla garanzia della continuità delle cure e dell'assistenza e alla prevenzione di danni a carico di pazienti, ospiti, utenti, visitatori e lavoratori.

L'attenzione al cliente interno si manifesta attraverso la disponibilità alla collaborazione e lo spirito di servizio, ponendo l'interesse finale del risultato prima di ogni considerazione e interesse personale e leggendo l'organizzazione come un insieme di attività in grado di generare valore aggiunto sia positivo sia negativo. L'attenzione alle risorse umane è tesa a liberare la capacità e l'iniziativa del singolo, svilupparne le competenze, sfruttare al meglio le attitudini e a valorizzare la capacità progettuale delle varie aggregazioni operative dai centri alle singole unità d'offerta.

✓ **Perseguire il miglioramento continuo, ricercare l'eccellenza.**

Lo stile di lavoro che caratterizza la Fondazione in ogni sua attività si esplicita attraverso l'individuazione di "elementi distintivi", legati sia ai processi di erogazione di prestazioni e servizi, che a quelli gestionali e di supporto. Gli "elementi distintivi" sono le caratteristiche operative e d'azione che traducono nella pratica quotidiana i principi etici, i valori e i contenuti professionali di Fondazione, in questo acquisendo il meglio delle pratiche esistenti.

Tali elementi vanno riportati nelle carte dei servizi e nei manuali e devono essere i punti di forza nel confronto con i nostri competitori; la nostra prima specifica di prodotto.

L'approccio ai processi di erogazione di prestazioni e servizi deve essere improntato al rifiuto della logica dell'autoreferenzialità, allo sviluppo di sistemi diffusi di autovalutazione e valutazione fra pari e all'apertura al confronto con l'esterno.

✓ **Richiedere l'integrità dei comportamenti.**

L'azione di chi è impegnato nelle attività svolte dalla Fondazione, anche nella veste di prestatore d'opera occasionale e fornitore, deve essere improntata al rispetto delle regole interne ed esterne (vedi modello organizzativo D.lgs.231 e Codice Etico) e alla condivisione e l'applicazione nella pratica quotidiana dei valori che distinguono l'organizzazione.

Nell'ambito della sicurezza del paziente / utente Fondazione studia e sviluppa interventi organizzativi tesi a intercettare e contenere le possibili condizioni di rischio e sviluppa all'interno del sistema in una logica di massima integrazione una linea diffusa e capillare di intervento.

Nell'ambito della Sicurezza del Lavoro Fondazione esprime una specifica Politica espressa nel Documento dei requisiti del sistema di gestione della sicurezza sul lavoro (SGSL) allegato al presente Manuale.

La Fondazione esprime a livello centrale indicazioni e indirizzi il cui scopo è garantire standard di qualità di base, comuni alle diverse strutture territoriali, fra questi sono individuati gli "elementi essenziali" che caratterizzano l'organizzazione indipendentemente dalla sede di erogazione di prestazioni e servizi.

### **La Politica per la Sicurezza**

La Fondazione Don Carlo Gnocchi è presente sul territorio nazionale, da nord a sud, con 28 strutture ed ha come scopo quello di provvedere all'assistenza, alla tutela della salute, alla cura e recupero funzionale, sociale e morale di soggetti svantaggiati, di qualunque età, sesso e condizione, affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali.

La Fondazione si propone altresì di intervenire nei confronti di soggetti portatori di malattie socialmente invalidanti, anche con soluzioni innovative o sperimentali. Sono compresi negli scopi della Fondazione:

- ✓ l'organizzazione ed erogazione delle prestazioni dirette alla cura ed alla riabilitazione di soggetti con patologie invalidanti, temporanee o stabilizzate;
- ✓ il sostegno nel reinserimento familiare, lavorativo e sociale dei soggetti dimessi dal trattamento riabilitativo;

- ✓ la realizzazione e la diffusione di protesi, risorse, ausili e tecnologie per la riduzione degli stati di minorazione e per la facilitazione delle persone svantaggiate;
- ✓ la promozione culturale, l'addestramento, l'istruzione, la formazione e l'aggiornamento comprendono, in particolare, ogni possibile attività a favore dei soggetti svantaggiati e di coloro che, a titolo professionale, o di studio o volontario operano a favore dei soggetti svantaggiati stessi nei settori dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria, sociale, dell'istruzione e del lavoro.

La Fondazione, nei settori di propria attività, promuove e attua la ricerca scientifica su temi di particolare interesse sociale; le attività di ricerca scientifica sono svolte direttamente dalla fondazione ovvero in collegamento con università, enti di ricerca e altre fondazioni.

La Fondazione raggiunge le proprie finalità allestando e gestendo strutture e servizi anche con forme di cooperazione e di solidarietà internazionale, in particolare con i paesi in via di sviluppo, in conformità alle specifiche disposizioni in materia.

Per la Fondazione Don Gnocchi la tutela della salute e della sicurezza costituisce un ambito di azione primario e imprescindibile che persegue attraverso l'adozione di un modello gestionale ed organizzativo in attuazione dell'art.30 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i., basato sulla Norma ISO 45001/2018 e fondato sul proprio modo di operare e di rappresentare valori, missione e visione.

La Fondazione ha definito l'organizzazione e le modalità di valutazione delle azioni che caratterizzano ed influenzano l'attività del singolo lavoratore sul posto di lavoro, l'attività del gruppo di lavoratori preposti ad ogni ambito lavorativo (reparto) e l'attività delle persone cui è affidata la direzione, il controllo e la supervisione dei processi produttivi.

In questa ottica, nel rivolgersi ad una platea di soggetti ampia, si intende presentarsi come organizzazione di servizio, strutturata a completa tutela dell'individuo, secondo un approccio olistico della tutela della salute e sicurezza che fa dell'etica il valore di fondo da attuare in tutte le componenti dell'organizzazione per realizzare la piena diffusione della cultura del lavoro sicuro quale elemento essenziale per una sanità di valore.

L'alta direzione documenta e sostiene i propri valori, missione e visione della salute e sicurezza impegnandosi a garantirne la più ampia diffusione della politica a tutte le parti interessate, preoccupandosi di rivederla periodicamente in funzione delle più significative variazioni strategiche, organizzative e tecniche e degli impatti che ne conseguono.

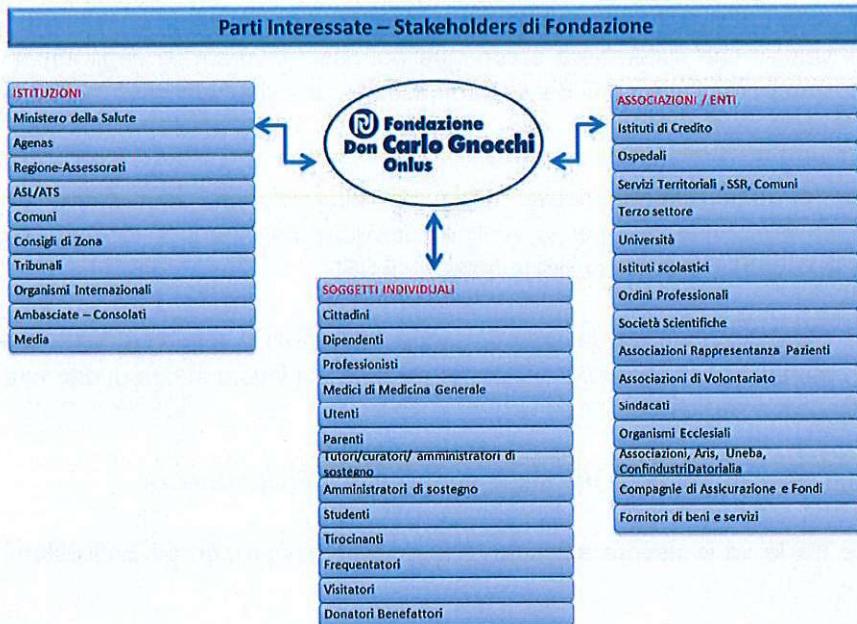
Pertanto la politica, definita per la salute e sicurezza sul lavoro ma intesa nella più ampia e dichiarata accezione, esprime l'impegno a:

- a) rispettare la normativa vigente in materia di sicurezza e salute sul lavoro;
- b) far sì che tutta la struttura aziendale partecipi, secondo le proprie attribuzioni e competenze, al raggiungimento degli obiettivi di sicurezza fissati;
- c) svolgere ogni attività secondo modalità che garantiscano, in ogni momento, la salute e la sicurezza dei lavoratori, siano essi dipendenti propri o di ditte esterne, e dei pazienti/visitatori;
- d) garantire che la progettazione, la conduzione e la manutenzione, comprese le operazioni di pulizia dei luoghi di lavoro, macchine e impianti, vengono condotti con l'obiettivo di salvaguardare la salute dei lavoratori, dei terzi e della comunità in cui l'azienda opera;
- e) attuare e mantenere una valutazione sistematica e continua per l'eliminazione dei pericoli e la riduzione dei rischi utilizzando la seguente gerarchia delle misure di prevenzione e protezione:
  - 1) eliminare i pericoli;

- 2) sostituire con processi, attività operative, materiali o attrezzature meno pericolosi;
  - 3) utilizzare misure tecnico-progettuali e riorganizzare il lavoro;
  - 4) utilizzare misure di tipo amministrativo, compresa la formazione;
  - 5) utilizzare adeguati dispositivi di protezione individuale.
- f) adottare una metodologia di valutazione sistematica e continua dei rischi lavorativi e degli impatti significativi anche attraverso l'analisi degli infortuni, degli eventi accidentali e dei near miss, al fine di eliminare/ridurre infortuni e malattie professionali;
  - g) garantire che il personale, a tutti i livelli, riceva adeguata informazione, formazione ed addestramento e che possieda le competenze per lo svolgimento dei propri compiti, in modo da essere in grado di assumere le rispettive responsabilità in materia di SSL;
  - h) garantire la consultazione e partecipazione dei lavoratori, anche attraverso il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, in merito agli aspetti della sicurezza e salute sul lavoro al fine di ottenere l'impegno nell'attuazione della presente politica;
  - i) coinvolgere le imprese esterne nella applicazione del SGSL per le parti di loro pertinenza;
  - j) promuovere la cooperazione tra le varie risorse aziendali e la collaborazione con gli Enti esterni preposti;
  - k) assicurare la comprensibilità, l'attuazione ed il regolare aggiornamento delle procedure a tutti i livelli dell'organizzazione;
  - l) riesaminare periodicamente la politica e la pianificazione delle attività, effettuare un attento e continuo monitoraggio del sistema di gestione, integrato anche sulla scorta degli esiti degli audit periodici e sulla scorta della corretta applicazione delle procedure, affinché il sistema di gestione sia costantemente ed efficacemente attuato e mantenuto, avendo come riferimento costante il principio del miglioramento continuo;
  - m) far fronte con rapidità, efficacia ed efficienza a necessità che potrebbero emergere nel corso delle attività lavorative;
  - n) destinare risorse umane, tecnologiche ed economiche adeguate ed appropriate per consentire la realizzazione della politica Aziendale e degli obiettivi strategici ed operativi conseguenti;
  - o) aumentare l'efficienza e la qualità delle proprie prestazioni.

## CONTESTO ORGANIZZATIVO – analisi di contesto

### Il contesto operativo – le parti interessate



La struttura opera sul territorio di Marina di Massa ed all'interno del Polo Specialistico dell'Ospedale di Fivizzano, con riferimento alla Azienda Usl 1 di Massa e Carrara, si pone come punto di riferimento per le attività di riabilitazione in regime ospedaliero cod 56 ed extraospedaliero. Presso la struttura è presente un Centro residenziale per le cure palliative (Hospice) dotato di 10 posti letto (più altri 10 per familiari o accompagnatori).

Il volume di attività è disciplinato in base ad accordi contrattuali stipulati con l'Azienda Toscana Nordovest sulla base di specifici atti suddivisi per setting assistenziale

### DESCRIZIONE ORGANIZZAZIONE

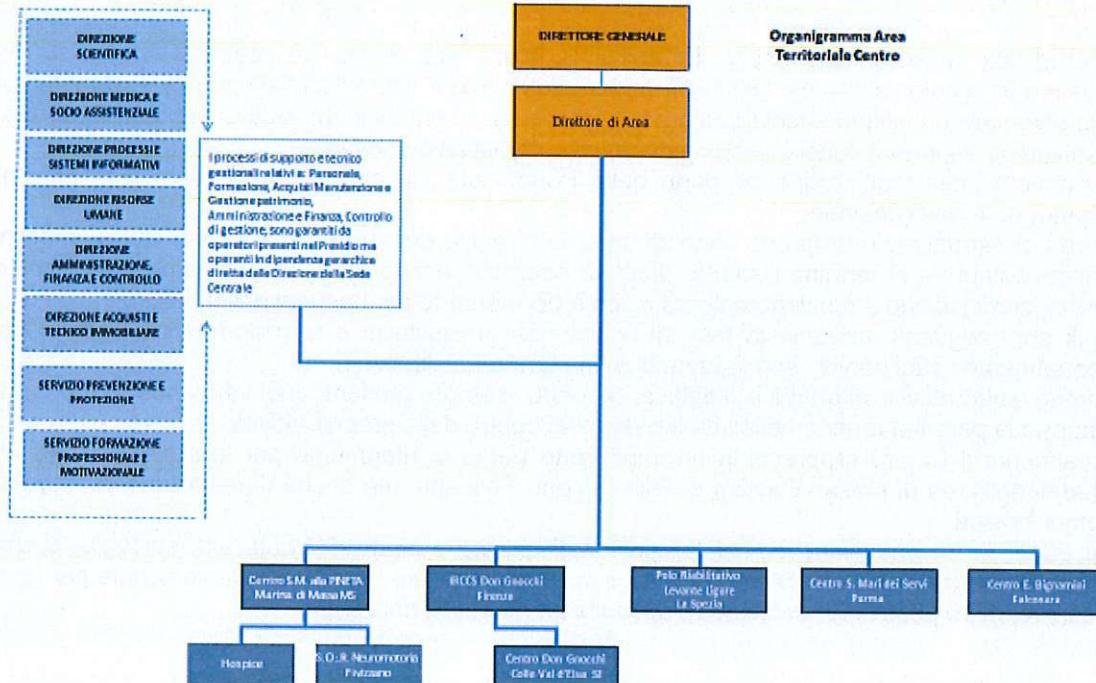
Dal punto di vista organizzativo la Struttura afferisce all'Area Territoriale Centro della Fondazione Don Carlo Gnocchi composto dalle strutture di:

- La Spezia - Polo Riabilitativo del Levante Ligure "S. Maria dei poveri"
- Marina di Massa – Centro S. Maria alla Pineta
- Fivizzano – Polo Specialistico Riabilitativo
- Firenze – IRCCS Centro di Riabilitazione don Carlo Gnocchi
- Colle di Val d'Elsa – Centro di Riabilitazione don Gnocchi
- Parma – S. Maria dei Servi
- Falconara – E. Bignamini

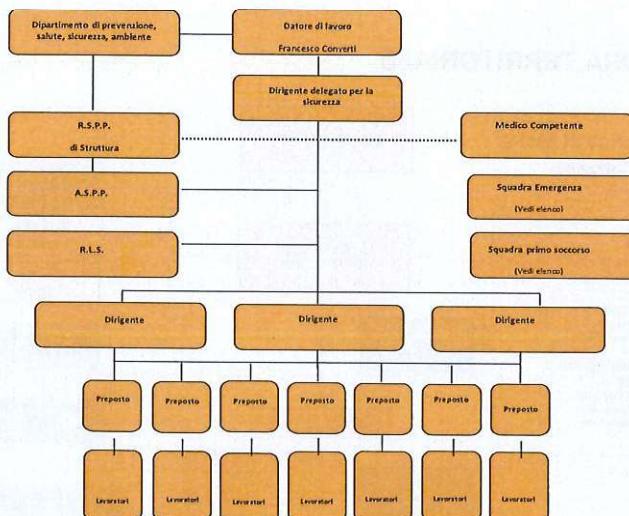
La struttura si avvale per quanto riguarda la gestione delle attività "core" e amministrative, all'interfaccia con l'utente, di personale assegnato in dipendenza gerarchica diretta dal Direttore di Area; tutti i processi di supporto sono forniti in una logica cliente fornitore interno dalle Direzioni di Sede attraverso una rete di collaboratori in dipendenza gerarchica distribuiti sul territorio.

La conduzione del centro è affidata al "Responsabile di Struttura" figura che risponde gerarchicamente al Direttore di Area

### ORGANIGRAMMA AREA TERRITORIALE CENTRO



### ORGANIGRAMMA DELLA SICUREZZA



Il Dipartimento di prevenzione, salute, sicurezza e ambiente ha la finalità di garantire il necessario supporto alla Fondazione in termini di progettualità, coordinamento, consulenza e assistenza tecnico gestionale per l'implementazione di adeguati sistemi di prevenzione negli ambiti della salute e sicurezza sul lavoro e tutela dell'ambiente, in accordo con la normativa vigente e in ottica di miglioramento continuo. Il Dipartimento di articola in: Medicina del lavoro, legale, ambiente, prevenzione e protezione nei luoghi di lavoro. Dal responsabile del servizio prevenzione e protezione dipendono gerarchicamente i coordinatori di area territoriale, dai quali dipendono gerarchicamente gli RSPP territoriali, dai quali dipendono gerarchicamente gli ASPP territoriali.

## PARTE SPECIFICA

### Cenni Storici

Il complesso di edifici che ospita il Centro "S. Maria alla Pineta" fu costruito intorno al 1930 e adibito inizialmente a colonia marina. Nel 1957 venne acquisito dall'allora Fondazione Pro Juventute con lo scopo di farlo diventare un istituto specializzato per l'assistenza ai bambini con esiti di poliomielite e con il compito di assolvere le importanti funzioni socio-educativa e riabilitativo-sanitaria.

Al momento dell'acquisizione da parte della Fondazione, la colonia si presentava in uno stato di totale abbandono e devastazione.

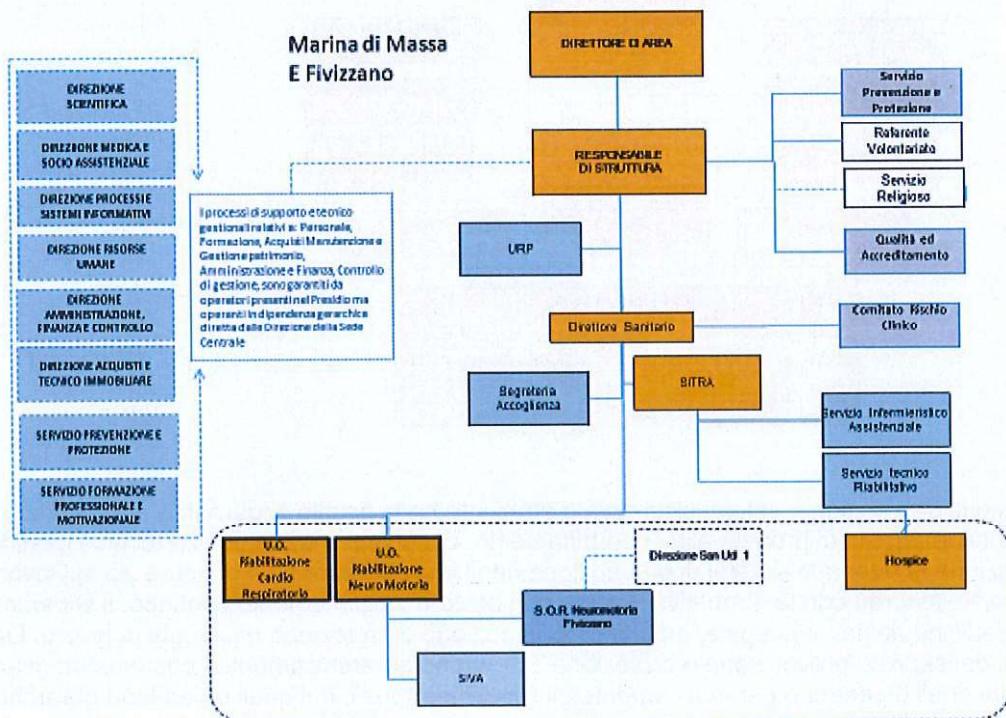
I lavori di ristrutturazione furono condotti sotto le direttive del successore di don Carlo Gnocchi, monsignor Ernesto Gilardi, e al termine l'Istituto divenne operativo accogliendo 120 bambini provenienti dal Centro di Parma, cominciando a funzionare come colonia permanente per bambini poliomielitici.

Negli anni seguenti, esaurita la fase di assistenza ai mutilatini e ai poliomielitici, l'istituto ha trasformato gradualmente i suoi servizi, specializzandosi in campo riabilitativo e promuovendo attività di studio e didattica, tenendo sempre presenti quei valori dettati da don Gnocchi, che pongono la persona umana nella sua interezza al centro delle proprie attività.

Attualmente il Centro rappresenta un importante punto di riferimento per le problematiche riabilitative dei cittadini dell'area di Massa Carrara e della regione Toscana, ma anche di persone che provengono da altre regioni italiane.

Nel 2012, in un padiglione completamente ristrutturato e posto di fronte alla spiaggia, è stato aperto, in regime di convenzione con l'Azienda USL 1 di Massa Carrara, un Centro Residenziale per le cure palliative (Hospice) di 10 posti letto, dedicato all'accoglienza di malati oncologici.

## ORGANIGRAMMA DELLA STRUTTURA TERRITORIALE



## ACCREDITAMENTO

Il centro opera in regime di accreditamento in base alla legge regionale N.51/09 e del regolamento attuativo n.79/R del novembre 2016, normativa che ha introdotto il concetto di "dimensioni" necessarie alla *governance* della qualità e sicurezza delle cure.

Per questo la Regione Toscana ha definito dei percorsi, definiti processi. Quelli pertinenti per la nostra struttura sono riabilitazione ed ambulatoriale.

Ogni processo, in relazione alla complessità organizzativa, legata sia ai volumi di attività che ad aspetti logistici, può essere suddiviso, ai fini della attestazione di cui all'articolo 27, in una o più fasi.

Le strutture sanitarie definiscono l'elenco delle unità organizzative, di linea e di supporto, che concorrono al processo ed alle sue fasi e che sono interessate dai requisiti; tutte le unità organizzative partecipano ad almeno un processo o ad una sua fase.

L'unità organizzativa ha un responsabile formalmente nominato, è un centro di responsabilità e partecipa al processo di budget; l'unità organizzativa, inoltre, afferisce ad una struttura organizzativa funzionale (area dipartimentale o dipartimento) o, in alternativa, afferisce direttamente alla direzione sanitaria od al responsabile di zona.

Vengono pertanto misurati i seguenti aspetti per la Governance Clinica:

- STRUTTURA ORGANIZZATIVA E GESTIONE DELLE STRATEGIE AZIENDALI
- RISORSE UMANE
- GESTIONE DEI DATI E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
- PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI
- QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE
- ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI
- GESTIONE PROCESSI DI SUPPORTO E LOGISTICA
- GOVERNO DELL'INNOVAZIONE

Atti di accreditamento rilasciati ed istanze presentate:

- Decreto n. 9600 del 3 luglio 2017 "Conferma accreditamento"
- Attestazione (16 ottobre 2019) possesso dei requisiti processo di riabilitazione ai sensi della DGRT 1509/2019
- Decreto n. 9088 del 19 giugno 2020 "Ampliamento accreditamento processo ambulatoriale per le discipline di cardiologia, neurologia, ortopedia e traumatologia e malattie dell'apparato respiratorio

## SINTESI UNITÀ DI OFFERTA DELLA STRUTTURA

Tipologia	Attività	Discipline	posti letto
Presidio di ricovero	prestazioni di ricovero a ciclo continuativo e diurno per acuti (cod 56)	Pluridisciplinare (cardiologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia, ortopedia,)	45 p.l. (Massa) 13 p.l. (Fivizzano)
	ricovero a ciclo continuativo e diurno in fase post acuta (ex art.26) <sup>1</sup>	Pluridisciplinare (cardiologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia, ortopedia,)	91 p.l. degenza ordinaria (Massa) 19 p.l. (Fivizzano) 50 p.l. degenza diurna (Massa)
Centro residenziale per le cure palliative	Cure palliative		10 posti letto + 10 per accompagnatori (Massa)

<sup>1</sup> All'interno dei posti letto ex art.26 sono stati contrattualizzati 20 p.l. per cure intermedie e 4 p.l. USV

Presidio ambulatoriale	prestazioni ambulatoriali di base di riabilitazione funzionale	Discipline di cardiologia, neurologia, ortopedia e traumatologia e malattie dell'apparato respiratorio	(Massa)
	prestazioni di specialistica e diagnostica ambulatoriale	Medicina Fisica e Riabilitazione, Neurologia ed Ortopedia	(Massa)

#### **ELENCO DELLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE EROGATE**

- Prestazioni di riabilitazione extraospedaliera intensiva post-acuta, residenziale e semiresidenziale (ex art. 26) MDC1 (Neurologia), MDC4 (Malattie apparato respiratorio), MDC5 (cardiologia), MDC8 (ortopedia)
- prestazioni riabilitative di ricovero ospedaliero (cod.56) MDC1 (Neurologia), MDC4 (Malattie apparato respiratorio), MDC5 (cardiologia), MDC8 (ortopedia) e neuro riabilitazione cod 75
- prestazioni ambulatoriali (individuali e di gruppo) e domiciliari (Percorso 3 ai sensi della ex DGRT 595/05 e successive modifiche)
- prestazioni ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione (Percorso 2 ai sensi della ex DGRT 595/05 e successive modifiche)
- visite specialistiche

#### **Cure intermedie Covid**

Ad aprile 2020, in accordo con l'azienda sanitaria usl Toscana Nordovest sono stati attivati due reparti COVID Cure intermedie

#### **LE METODOLOGIE DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO**

##### **Riabilitazione cardiologica**

Noi abbiamo puntato su una riabilitazione composta cardiorespiratoria in quanto quasi tutti i pazienti cardiooperati presentano in prima istanza problemi respiratori sia direttamente che indirettamente in quanto l'intervento a cuore pulsante o con CEC determina una ridotta mobilità della gabbia toracica per strenotomia mediana o minitoracotomia, una riduzione della mobilità delle ciglia vibratili, ed una alterazione del riflesso della tosse che comporta una riduzione della espulsione delle secrezioni per cui diventa importante prima di passare al ricondizionamento muscolare con l'ergometria, riuscire ad agire sulla gabbia toracica e disostruire le vie aeree in modo da effettuare allenamento reale senza creare fatica.

In termini generali, i programmi riabilitativi utilizzati prevedono una varia articolazione di:

- Monitoraggio clinico e telemetrico in postazioni infermieristiche e fisioterapiche
- Valutazione funzionale cardiaca e respiratoria all'inizio e alla fine del programma

Training fisico ed esercizi in palestra ergometrica e respiratoria :

La programmazione dell'accesso per trasferimento diretto dall'ospedale per acuti, secondo le caratteristiche di patologia, comorbilità e giorni di degenza variabili in rapporto alle necessità cliniche del paziente, dalle 2 alle 4 settimane, in genere intorno a 20 gg, avviene mediante contatto tra la struttura inviante e la Coord INF del Reparto di Riabilitazione Cardio- Respiratoria del Centro mediante un modulo di proposta di ricovero e sulla base dei posti disponibili. Eligibili per lo svolgimento di un programma riabilitativo in regime di ricovero ordinario sono tutti quei pazienti per i quali, a seguito di un evento clinico acuto recente, di una fase di instabilizzazione clinica, di una variazione significativa del profilo di rischio globale, di un mancato controllo dei principali fattori di rischio cardiovascolare, risulta necessario un periodo di osservazione clinica e di assistenza "full-time". Possono essere ricoverati anche i pazienti con associate malattie respiratorie e/o complicanze neurologiche post-intervento di cardiochirurgia

##### **Riabilitazione neuro motoria**

Il modello organizzativo mette al centro il paziente e i suoi bisogni (ICF-CY 2006). In quest'ottica si predisponde l'attività clinico-assistenziale e riabilitativa in modo che i trattamenti siano prevalentemente svolti nel reparto per seguire i bisogni del paziente nell'arco della giornata. Secondo le più recenti indicazioni della

letteratura (Veerbek et al 2014) il training dei pazienti si focalizza su compiti quanto più possibili ecologici, sfruttando gli spazi del reparto e coinvolgendo il personale di assistenza e il caregiver, in modo da connotare di un'impronta riabilitativa tutta l'attività di reparto; il trattamento inoltre viene impostato in modo personalizzato e mirato per rispondere ai reali bisogni del paziente (NICE 2010).

La concentrazione dell'attività riabilitativa in reparto ha lo scopo principale di ridurre al paziente i disagi e il rischio clinico connesso alle movimentazioni non necessarie.

Tale modello organizzativo consente inoltre di ottimizzare i tempi di trattamento (riducendo i tempi di spostamento) e l'attività di reparto con particolare riguardo all'attività di assistenza, agevolando la presenza degli OSS in reparto; si agevola altresì la presenza del medico specialista in palestra e i continui scambi di informazioni tra il terapista e gli altri componenti dell'équipe clinico-assistenziale-riabilitativa (NICE 2010; Ministero Salute 2007; LG Riabilitazione RT 2010).

Nell'ottica dell'integrazione dell'équipe multidisciplinare, oltre alla riunione mensile di tutto il personale della SOR Neuromotoria, è prevista una riunione di reparto settimanale in palestra, sia per il primo che per il secondo piano, coordinata dal medico responsabile, che prevede la partecipazione di tutti i medici e i terapisti afferenti al reparto, della caposala e della psicologa per la revisione in équipe dei progetti riabilitativi individuali dei pazienti ricoverati.

### **Cure Palliative**

Il centro residenziale di cure palliative è una struttura residenziale ad alta complessità, all'interno di un presidio plurispecialistico, che si colloca tra la rete assistenziale ospedaliera e quella territoriale, ove soggiornano i malati che necessitano di protezione ed assistenza specialistica.

Il centro residenziale per le cure palliative ha come finalità principale quella delle presa in carico del paziente all'instaurarsi di una situazione critica:

- di carattere sanitario (aggravamento, scompenso del dolore e/o della patologia di base)
- di carattere sociale e familiare (impossibilità di garantire adeguata rete assistenziale al domicilio).

Le prestazioni richiedono un approccio multidisciplinare (responsabile medico, medico palliativista, psicologo, infermiere, operatori all'assistenza, fisioterapista, assistente sociale, volontari, assistente spirituale) soprattutto alla luce dei bisogni assistenziali più complessi ed impegnativi.

E' garantito il contributo professionale, messo in atto anche attraverso apposita convenzione con l'azienda sanitaria, di tutti coloro che sono in grado di ottenere miglior qualità di vita per il malato e la sua famiglia.

La continuità assistenziale, oltre al servizio di guardia medica h 24, è garantita anche per le situazioni di urgenza essendo il modulo contiguo con il reparto di riabilitazione cardiorespiratoria per acuti.

L'accesso avviene attraverso l'invio da parte dell'azienda sanitaria in seguito della valutazione dei casi segnalati al distretto e sulla base di piani assistenziali predisposti dal nucleo di progetto a ciò deputato.

### **USV**

Destinatari delle prestazioni sono persone, residenti nel territorio dell'Azienda USL TNO, che si trovano in una condizione clinica di sostanziale stabilità ma elevata complessità, che versano in stato vegetativo o in uno stato di minima coscienza e possono necessitare di ventilazione meccanica invasiva, per le quali al momento può dirsi conclusa la fase di permanenza nel reparto di alta specialità riabilitativa (Cod. 75 o cod. 56) ma risulta prematura l'attivazione di un percorso di reinserimento nel proprio "contesto di vita".

Il bisogno espresso dai destinatari di riferimento è di tipo sanitario e l'intensità assistenziale appropriata è la alta intensità.

L'accesso alla USV di Massa avviene in assenza di ulteriori obiettivi riabilitativi, quando la condizione di disabilità misurata secondo l'Indice di Barthel è inferiore a 24, il bisogno assistenziale è alto e continuativo e la complessità clinica è elevata o aggravata dalla necessità di ventilazione meccanica invasiva.

### **CURE INTERMEDIATE**

Le cure intermedie sono un insieme di prestazioni integrate, rivolte prevalentemente alle persone anziane le cui condizioni siano tali da non permettere un'assistenza domiciliare per il recupero adeguato dopo un evento acuto o riacutizzato, allo scopo di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati, per supportare la dimissione tempestiva e ridurre l'utilizzo evitabile delle lungodegenze;

L'assistenza intermedia può essere garantita in un "ambiente residenziale", identificato nella rete sia delle strutture sanitarie sia delle strutture accreditate quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA);

Gli indirizzi regionali prevedono la distinzione di strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post-acuta alla dimissione ospedaliera (sezione D.6, allegato A, LR 5 agosto 2009, n.51) e di strutture

residenziali extraospedaliere destinate ad accogliere pazienti a bassa complessità assistenziale (sezione D.7, allegato A, LR 5 agosto 2009, n.51);

Presso struttura di Marina di Massa (e dal 2020 anche a Fivizzano) su richiesta dell'ASL sono stati attivati posti richiesti per le "cure intermedie" così come definiti nel nuovo assetto organizzativo nell'ambito della diversa intensità assistenziale: un setting di "low care" (setting 1) e un setting di "residenzialità sanitaria intermedia" (setting 2);

#### CURE INTERMEDI COVID

Nel 2020, visto il quadro epidemiologico della pandemia, sono stati attivati due reparti covid a Marina di Massa ed uno a Fivizzano.

Fase	Azione	Responsabile	Note
<b>Validazione</b>	Definizione protocollo terapeutico e scale di valutazione	Medico Responsabile	Per ogni unità operativa è emesso un protocollo riabilitativo che specifica le caratteristiche delle diverse procedure adottate
<b>Definizione <sup>(2)</sup></b>	Formalizzazione del Progetto Riabilitativo Individuale, con specifica degli obiettivi e del programma interdisciplinare con priorità e sequenze di intervento	Medico specialista In Medicina Fisica e Riabilitazione	
<b>Riesame</b>	Valutazione continua delle modificazioni funzionali e di performance del paziente	Medico e team riabilitativo assegnato	
<b>Verifica iter riabilitativo</b>	Conferma o riesame del progetto	Medico Responsabile con membri equipe multidisciplinare	
<b>Registrazione dati</b>	Registrazione periodica andamento trattamenti, valutazioni e risultati scale di valutazione	Medico e team riabilitativo assegnato	
<b>Validazione</b>	Valutazione efficacia del trattamento	Medico responsabile progetto	Sulla base della verifica finale effettuata dai componenti equipe

<sup>(2)</sup> Nel caso di pazienti ambulatoriali che accedano direttamente con piano di lavoro definito da specialista pubblico la pianificazione del progetto riabilitativo è responsabilità del Medico inviante

## **LE METODOLOGIE DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO**

Obiettivo del ricovero codice 56:

- Miglioramento e stabilizzazione delle condizioni cliniche di base
- Prevenzione dei danni secondari
- Promuovere il recupero delle autonomie possibili (respiratoria, nutrizionale, motoria, cognitiva, disallettamento ecc) tramite prestazioni riabilitative finalizzate e interdisciplinari;
- Fornire il supporto e l'educazione dei familiari e/o dei caregiver;
- Pianificare, assieme alla famiglia, un adeguato piano di dimissione finalizzato al reinserimento nel contesto familiare, scolastico, lavorativo, sociale.

Obiettivo del ricovero diurno:

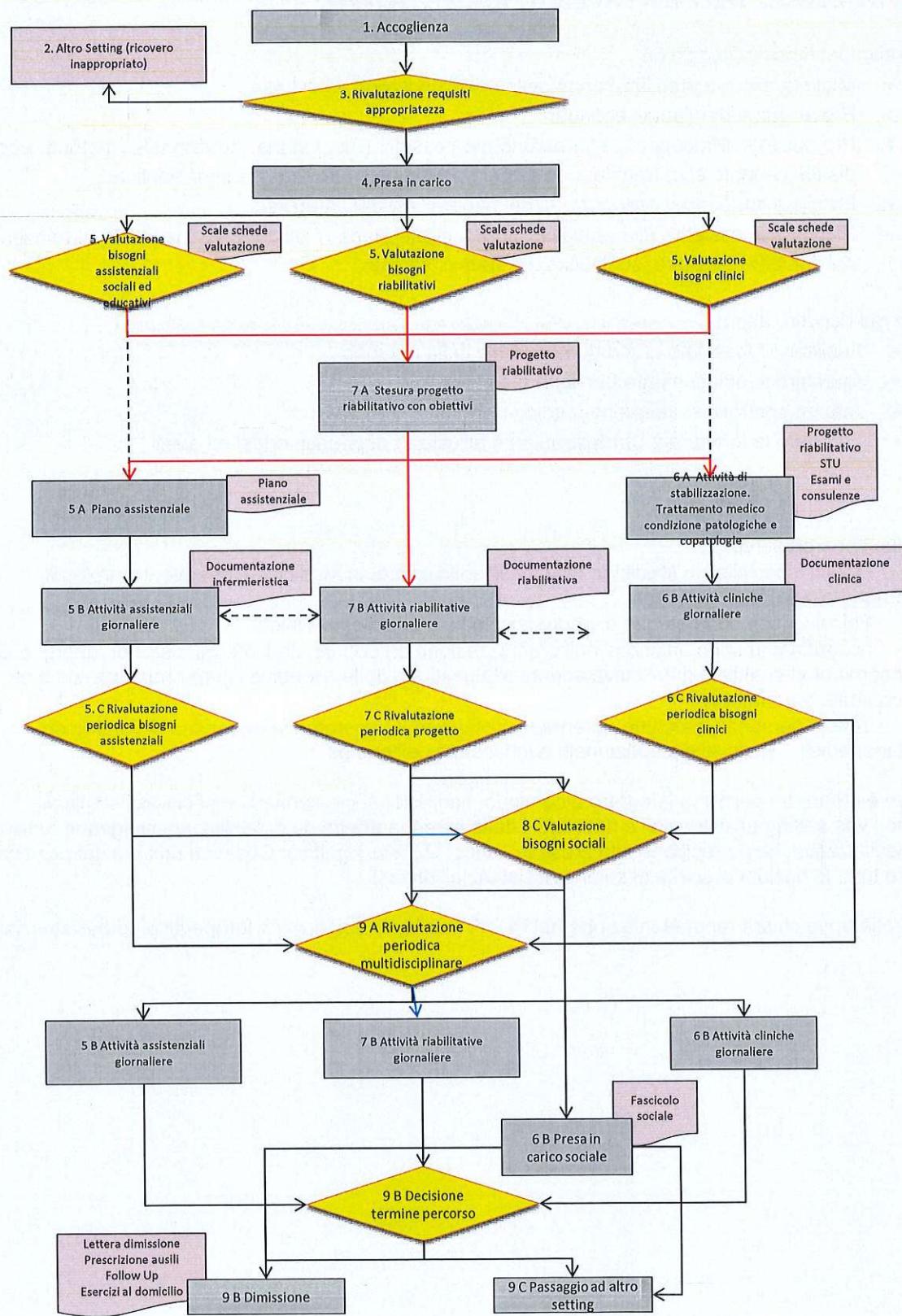
- Facilitare il massimo grado di autonomia della persona
- Facilitare il reinserimento familiare e sociale
- Attuare controlli ed interventi medico-riabilitativi complessi
- Facilitare la fornitura e l'addestramento all'utilizzo di protesi, ortesi ed ausili.

Nell'equipe sono presenti:

- Medici specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione, in Medicina Generale, Neurologia, Pneumologia, Reumatologia.
- Psicologi con competenze di neuropsicologia e psicologia clinica
- I coordinatori sono affiancati nell'organizzazione da coordinatori infermieristici di reparto e da coordinatori di attività riabilitativa addetti alla gestione delle rispettive figure professionale e al controllo organizzativo
- Tutto il personale sanitario (Infermieri professionali, operatori sociosanitari, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali) sono inseriti nell'equipe.

L'obiettivo è creare un percorso integrato e continuo, sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale attraverso i vari setting assistenziali e riabilitativi della persona affetta da disabilità, coinvolgendo tutte le figure specializzate che partecipano alla presa in carico. Questo significa: Gestione unitaria del paziente attraverso tutte le opzioni di scelta di setting assistenziali diversi

Tale filosofia trova chiara rappresentazione nel PDTA (percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale)



## CAMPO DI APPLICAZIONE E ELENCO DEI PROCESSI

Il sistema di gestione si applica ai processi residenti nella struttura riportati nei paragrafi successivi

### PROCESSI DECISIONALI E DI SUPPORTO

*Tutti i processi di seguito riportati sono da sbarcare*

Processi decisionali direzionali e di supporto collegati	
✓	Processi decisionali e direzionali
✓	Processi di direzione sanitaria
✓	Processi di direzione e organizzazione del personale di assistenza e tecnico riabilitativo
✓	Processi di accoglienza e accettazione utente
✓	Processi di gestione della documentazione
✓	Processi di gestione della sicurezza
✓	Processi di comunicazione con l'utente
✓	Processi di monitoraggio controllo ed autovalutazione
✓	Progettazione ed erogazione di attività formativa (gestione diretta dalle sedi)
✓	Processi amministrativi (gestione diretta dalle sedi)
✓	Processi di gestione delle risorse umane (gestione diretta dalle sedi)
✓	Processi di gestione apparecchiature (gestione diretta dalle sedi)
✓	Processi di gestione impianti e struttura (gestione diretta dalle sedi)
✓	Processi di gestione approvvigionamenti e magazzini (gestione diretta dalle sedi)

*Ai processi corrispondono procedure e istruzioni generali di Fondazione e/o specifiche di Centro.*

*Tutti i documenti sono riportati nell'elenco dei documenti attivi allegato al presente Manuale, aggiornato almeno con periodicità annuale.*

*La dotazione strumentale è riportata nell'elenco delle apparecchiature reso disponibile dalla sede.*

*Per ogni apparecchio è disponibile una scheda specifica*

*Annualmente sono pianificati gli interventi di manutenzione ordinaria e di sicurezza elettrica e taratura*

### PROCESSI DI PRODUZIONE/EROGAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI

*La tabella sottostante è da compilarsi; ogni struttura territoriale sigla quanto di sua pertinenza*

Processi core	
✓	Progettazione ed erogazione di attività riabilitativa plurispecialistica in regime di degenza ordinaria
✓	Progettazione ed erogazione di attività riabilitativa plurispecialistica in regime di ricovero giornaliero
✓	Progettazione ed erogazione di attività riabilitativa plurispecialistica in regime ambulatoriale
✓	Progettazione ed erogazione di attività riabilitativa plurispecialistica domiciliare
□	Progettazione ed erogazione di attività riabilitativa estensiva
✓	Progettazione ed erogazione di attività riabilitativa intensiva
✓	Erogazione di attività di diagnosi e cura in regime di degenza
✓	Erogazione di attività specialistica ambulatoriale
□	Attività di neuropsichiatria infantile
□	Erogazione di assistenza domiciliare integrata (ADI)
□	Erogazione di cure palliative in regime di degenza (Hospice)
□	Erogazione di cure palliative a livello domiciliare
✓	Erogazione di assistenza a pazienti in stato vegetativo in regime di degenza ordinaria

<input type="checkbox"/>	Servizi residenziali di assistenza all'anziano (RSA)
<input type="checkbox"/>	Servizi diurni di assistenza all'anziano (CDI)
<input type="checkbox"/>	Servizi diurni di assistenza Alzheimer (CDI)
<input type="checkbox"/>	Servizi residenziali assistenziali per Disabili (RSD)
<input type="checkbox"/>	Servizi diurni assistenziali per disabili (CDD)
<input type="checkbox"/>	Gestione di interventi in ambito socio assistenziale
<input type="checkbox"/>	Servizi diagnostici di laboratorio
<input checked="" type="checkbox"/>	Servizi diagnostici per immagini
<input checked="" type="checkbox"/>	Servizio di informazione e valutazione ausili

## RISORSE UMANE E CCNL

La struttura e ogni unità organizzativa si avvalgono di risorse umane dedicate.

La selezione e l'affidamento degli incarichi è curata dagli uffici di sede afferenti alla Direzione Personale: la valutazione viene effettuata prima della stipula del contratto sulla base dei titoli professionali, del curriculum, del colloquio col Responsabile del Servizio di Riabilitazione Territoriale e/o con il responsabile di area riabilitativa e del Servizio Risorse Umane dell'IRCCS SMN, e con il Direttore Sanitario per il personale medico.

L'inserimento avviene secondo una procedura definita (PGF200 "Selezione e inserimento del personale") ed inserita nelle procedure del sistema della struttura, in cui sono esplicitati:

- i criteri per la selezione del personale (fabbisogno e modalità di reperimento)
- inserimento (adempimenti amministrativi, accoglienza, inserimento effettivo, valutazione)
- formazione

Per quanto concerne i contratti applicati agli operatori dipendenti della Fondazione viene applicato il contratto collettivo della Sanità Privata, in particolare:

- Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro per il personale dipendente delle Strutture Sanitarie associate all'ARISI, all'Aiop e alla Fondazione Don Gnocchi
- Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro per il personale medico dipendente da Case di Cura, IRCCS, Presidi e Centri di Riabilitazione

Entrambi i contratti sono disponibili in versione integrale sul sito della Fondazione Don Carlo Gnocchi\_onlus.

Per quanto concerne i collaboratori libero professionali vengono sottoscritti dei contratti d'opera individuali.

Ogni anno viene redatto un nuovo Piano di Formazione per tutti gli operatori della Fondazione don Carlo Gnocchi e per professionisti esterni, in cui vengono affrontati i bisogni formativi nei diversi ambiti (sanitario-riabilitativo, anziani, disabili, età evolutiva, gestionale-metodologico, sicurezza e normativa, etc.), vengono declinati obiettivi, destinatari, etc.

Tale documento rappresenta un'importante guida per orientare gli operatori nelle scelte degli eventi formativi più idonei alle loro esigenze formative.

## ALLEGATI

- **Schede responsabilità locali (da centrali)**
- **Job Description**
- **Elenco dei documenti attivi della struttura.**
- **Elenco dei documenti di registrazione**
- **Tavola dei flussi informativi**
- **Tavola degli indicatori**
- **Tavola Mappa o Piano dei Controlli**
- **Carte dei Servizi**