

MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE *IRCCS Centro di Riabilitazione don Carlo Gnocchi - Firenze*

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

Progetto Riabilitativo di Struttura

REDAZIONE	
Data	Funzione Visto
30/06/2020	Resp Qualità ed Accreditamento
30/06/2020	Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione
APPROVAZIONE	
Data	Funzione Visto
01/07/2020	Direttore di Area Territoriale Centro

VERIFICA	
Data	Funzione
	Servizio Qualità sede centrale

SOMMARIO

PREMESSE.....	3
ORGANIZZAZIONE DEL MANUALE.....	5
PARTE GENERALE	5
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	8
CONTESTO ORGANIZZATIVO – ANALISI DI CONTESTO	9
Il contesto operativo – le parti interessate	9
ACCREDITAMENTO.....	11
DESCRIZIONE ORGANIZZAZIONE	11
PARTE SPECIFICA	12
Cenni Storici.....	12
Descrizione della struttura	12
ORGANIGRAMMA DELLA STRUTTURA TERRITORIALE.....	14
ORGANIGRAMMA DELLA SICUREZZA	15
SINTESI UNITÀ' DI OFFERTA DELLA STRUTTURA	16
ELENCO DELLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE EROGATE	16
MODALITA' DI ACCESSO	18
LE METODOLOGIE DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO	18
FASI DEFINIZIONE PROGETTO RIABILITATIVO	21
GESTIONE DEL RISCHIO.....	22
Gestione del Rischio Sanitario	22
CAMPO DI APPLICAZIONE E ELENCO DEI PROCESSI	24
PROCESSI DI PRODUZIONE/EROGAZIONE DI PRESTAZIONI E SERVIZI	24
RISORSE UMANE E CCNL.....	25
ALLEGATI	25

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 di Area e del Responsabile di Struttura; il suo contenuto è verificato con scadenza triennale.

Il documento:

- ✓ descrive l'assetto organizzativo 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 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

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

ELEMENTI ESSENZIALI DELLA QUALITA'				
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 dell'area di appartenenza

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 mutilati, 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 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 Gnocchi considera la tutela della salute e della sicurezza sul lavoro come un obiettivo imprescindibile da raggiungere e migliorare costantemente – con il presente documento intendono:

- esprimere la propria volontà di temperare le esigenze di sviluppo economico e di creazione di valore con la tutela della salute e sicurezza sul lavoro;
- esplicitare le linee guida aziendali per la suddetta tutela;
- condividere con le parti interessate (dipendenti, collaboratori, appaltatori, associazioni sindacali, istituzioni, cittadini, ecc.) i relativi principi gestionali;
- favorire la consultazione e la partecipazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti, nella consapevolezza che, per il raggiungimento degli obiettivi legati alla sicurezza, sia determinante il loro contributo attivo;
- fornire il riferimento per attuare, documentare e mantenere attivo un Sistema di gestione della sicurezza solido, credibile e affidabile, che sia conforme a quanto previsto dalla norma UNI ISO 45001 e certificabile da parte di un Organismo accreditato.

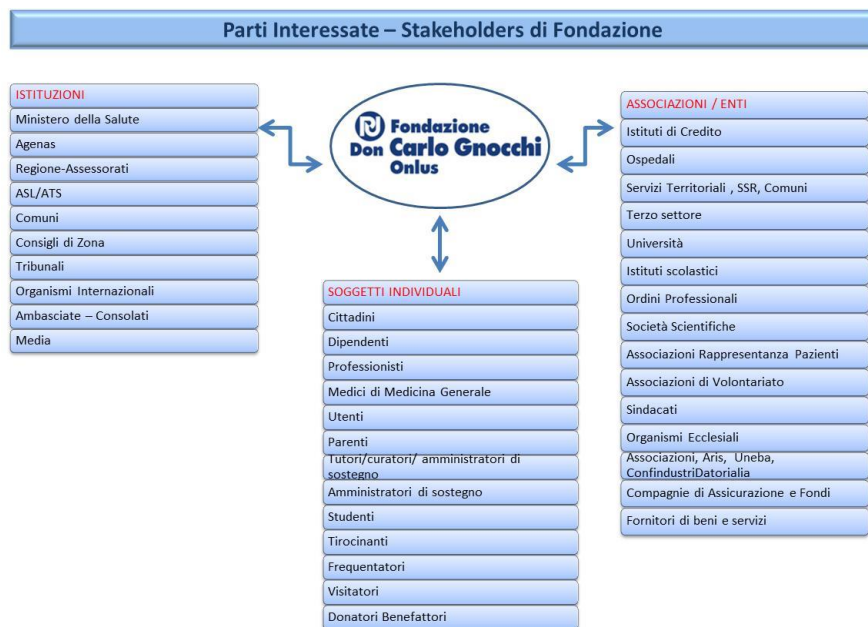
Questo obiettivo si concretizza nei seguenti principi gestionali:

- a. rispettare integralmente la legislazione vigente (inclusa ogni altra prescrizione sottoscritta dall'azienda), la normativa di riferimento e le procedure aziendali in materia di sicurezza;
- b. utilizzare di conseguenza mezzi e materiali che presentino caratteristiche conformi alla legislazione di sicurezza vigente;
- c. provvedere alla sicurezza nei luoghi di lavoro, cercando di eliminare i rischi sin dal momento in cui si valuta il sito produttivo, si investe in nuove attrezzature o si effettuano modifiche all'ambiente lavorativo;
- d. promuovere e perseguire, in tutte le attività aziendali, il miglioramento delle prestazioni e dei risultati relativi alla sicurezza;
- e. prevenire e correggere qualsiasi situazione pericolosa, promuovendo la loro segnalazione e implementando sistematicamente l'analisi delle cause e dei possibili rimedi;
- f. diffondere all'interno dell'azienda, mediante una costante azione di sensibilizzazione, una cultura volta alla messa in atto di forme di comportamento corrette sotto il profilo della sicurezza;
- g. sviluppare a tutti i livelli aziendali, mediante la formazione e l'informazione, le competenze professionali e l'impegno a operare nel rispetto delle procedure di prevenzione e protezione;
- h. operare per il raggiungimento di una consapevolezza generalizzata che la responsabilità della sicurezza è affidata a tutti i lavoratori, ai vari livelli aziendali, ciascuno secondo le proprie competenze;

- i. promuovere il coinvolgimento e la consultazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti nei principali processi del Sistema di gestione, con particolare riguardo per la prevenzione in materia di sicurezza e il miglioramento continuo;
- j. favorire la partecipazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti, nei modi previsti dalle norme di legge e dal Sistema di gestione, in merito alla valutazione dei rischi, alle misure di prevenzione e protezione (utilizzando la gerarchia dei controlli), ai programmi di formazione, informazione e addestramento, al processo di comunicazione, alla preparazione e risposta alle emergenze;
- k. coinvolgere le imprese appaltatrici che operano con la Fondazione don Gnocchi nella tutela della salute e sicurezza sul lavoro, in particolare mediante la comunicazione della Politica e degli obiettivi, nonché la cooperazione e il coordinamento in ogni fase del rapporto contrattuale;
- l. perseguire un ragionevole e costante incremento delle performance di sicurezza e dei conseguenti livelli di benessere fisico e intellettuale dei lavoratori, tramite una organizzazione del lavoro finalizzata allo scopo e la messa a disposizione di adeguate risorse economiche, umane e tecnologiche;
- m. eseguire periodici audit e ispezioni sulla sicurezza, controllando le attività operative, la documentazione formativa e informativa, la valutazione dei rischi e i piani per la prevenzione e il miglioramento;
- n. verificare in modo continuativo la gestione della sicurezza, attraverso l'analisi critica dei risultati conseguiti e la revisione dei principi sopra riportati e del Sistema di gestione

CONTESTO ORGANIZZATIVO – ANALISI DI CONTESTO

Il contesto operativo – le parti interessate



La struttura opera sul territorio di Firenze con riferimento alla ASL 201 Toscana Centro, si pone come punto di riferimento per le attività di riabilitazione in regime ospedaliero cod 56 e cod 75, extraospedaliero per acuti ex art.26 (sia regime a tempo pieno che diurno) ed in regime ambulatoriale.

Il Piano Sanitario Regionale prevede che gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico operino nel Sistema Sanitario Regionale secondo le disposizioni recate per ciascuno di essi, indipendentemente dalla natura pubblica o privata del loro ordinamento, e che i rapporti reciproci, in base alla L.R. 40/2005 e successive modifiche e integrazioni, siano definiti sulla base di specifici protocolli d'intesa stipulati dal Presidente della Giunta Regionale e dai Rappresentanti istituzionali degli Enti medesimi. L'accordo di collaborazione tra la Regione Toscana e la Fondazione don Gnocchi è stato adottato nell'ambito del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale ed individua gli ambiti di collaborazione sul versante assistenziale, della formazione e dello sviluppo delle competenze e conoscenze nel settore sanitario e della ricerca scientifica.

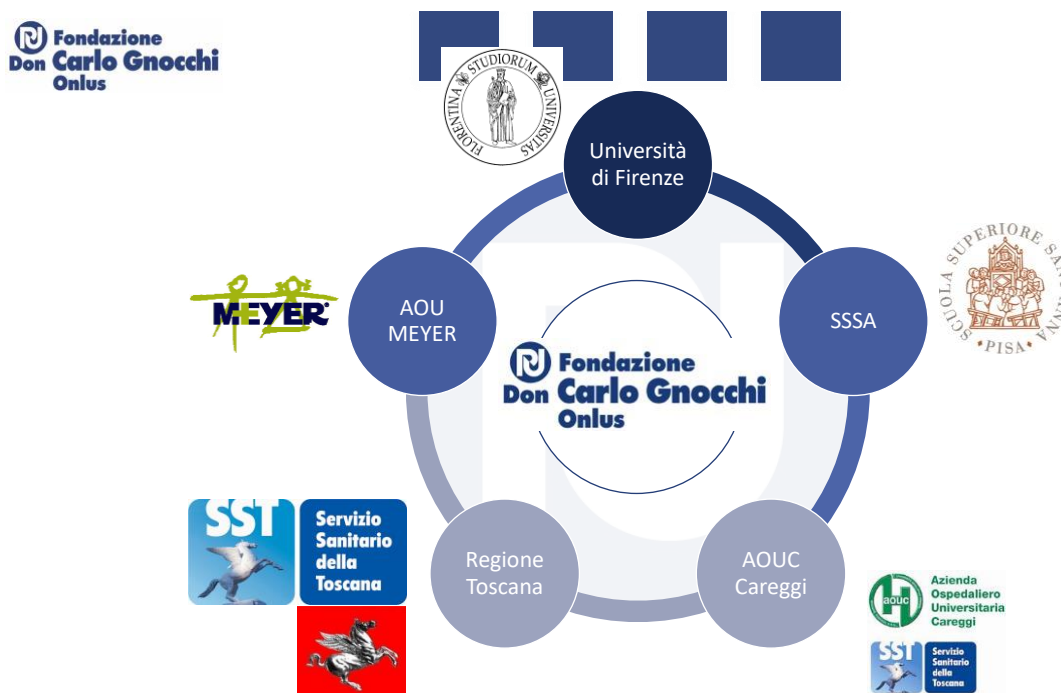
All'interno dello stesso protocollo sono definiti i volumi di attività e gli impegni finanziari annuali, il tutto in riferimento alla programmazione del fabbisogno regionale. Resta fermo l'impegno della Fondazione ad assicurare la flessibilità dell'offerta in funzione dell'effettiva e complessiva domanda di ricovero.

Alla luce di questa flessibilità coerente con la programmazione regionale l'IRCCS di Firenze ha subito trasformazioni che l'hanno portata verso una forte specializzazione dell'offerta riabilitativa:

- 2012 attivazione 26 posti letto cod 75 unità di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione
- 2016 trasformazione di 6 posti letto cod 56 in cod 75 per le malattie dell'apparato respiratorio
- 2017 apertura di una unità per le gravi disabilità dell'età evolutiva (15 p.l. riabilitazione pediatrica).

L'IRCCS di Firenze si inserisce in un network che vede come partner:

- Regione Toscana
- Azienda Usl Centro Toscana
- Azienda Ospedaliera Careggi
- Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer
- Istituto Superiore S. Anna.



Parallelamente all'attività sanitaria vengono portati avanti numerosi progetti di ricerca, tra i quali si ricorda quelli con l'Istituto Superiore S. Anna di Pisa (progetto Cyber Leggs)

ACCREDITAMENTO

Il centro opera in regime di accreditamento in base alla legge regionale N.51/09, 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
- QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE
- ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO AI PERCORSI
- GESTIONE PROCESSI DI SUPPORTO E LOGISTICA
- GOVERNO DELL'INNOVAZIONE

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.

PARTE SPECIFICA

Cenni Storici

La presenza dell'opera di Don Carlo Gnocchi a Firenze risale al 1951, anno in cui il "Collegio delle fanciulle mutilate", ospitato presso la storica villa di Pozzolatico entrò a far parte della "Fondazione Pro Infanzia Mutilata", creata dal sacerdote milanese per dare cura, assistenza e integrazione sociale e lavorativa ai bambini vittime degli ordigni della Seconda Guerra Mondiale, i cosiddetti mutilatini. In questa storica struttura sulle colline nei pressi di Firenze furono accolte, prima le bambine mutilate, e poi bambine affette da poliomielite. Esauritesi queste emergenze, la struttura divenne un moderno e attrezzato Centro di riabilitazione, fino ad essere, all'inizio degli anni '80, un polo di riferimento per il trattamento delle scoliosi e per il trattamento delle malattie di origine artrosi e reumatica.

Alla fine degli anni Ottanta sono stati avviati anche un centro di bioingegneria e alcuni laboratori di studio del movimento del corpo.

Negli anni successivi, il campo di azione del Centro "S. Maria agli Ulivi" si ampliò ulteriormente dedicandosi al settore neurologico indirizzato innanzitutto alle sclerosi multiple e alle distrofie muscolari. Iniziò così l'attività di riabilitazione, poi allargata alla riabilitazione respiratoria, cardiologica, alle protesi d'anca e alle algie vertebrali.

Il risultato più significativo di questo intenso lavoro si è avuto nel 1992, quando la Regione Toscana ha dichiarato il carattere scientifico della struttura di Pozzolatico, primo passo verso il riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), ottenuto con decreto interministeriale il 2 agosto 2000.

Negli ultimi anni, tenuto conto delle difficoltà tecniche e organizzative legate alla ristrutturazione della sede storica di Pozzolatico, la Fondazione Don Gnocchi decise di realizzare un nuovo e moderno Centro in Firenze, in località Torre Galli. E così, nel 2011, dopo soli 3 anni di lavori, veniva inaugurato il nuovo Centro IRCCS Don Carlo Gnocchi di via di Scandicci.

Nel 2012 la struttura viene ampliata grazie all'avvio di 25 posti letto cod.75 dell'unità di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (cod. 75)

Nel 2017 viene inaugurata l'Unità per le Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva (15 posti letto) che si colloca in un contesto di rete ospedale-territorio-domicilio, dedicata alle gravi disabilità dell'età evolutiva, favorendo la restituzione del bambino alla famiglia in tutte le situazioni in cui ciò è possibile e offrendo al contempo un supporto al nucleo familiare in circostanze di difficoltà.

Descrizione della struttura

La configurazione planimetrica del nuovo ospedale è quella di un



monoblocco a sviluppo orizzontale articolato in tre volumi principali a “raggiera” collegati da altrettanti corpi trasversali. L’organismo architettonico risulta quindi costituito dall’assemblaggio di volumi modulari, strutturalmente definiti e funzionalmente autonomi, con destinazione differenziata: reparti di degenza, servizi di diagnosi e cura, strutture di collegamento e di supporto

La struttura si sviluppa su tre livelli:

livello – 1:

- *Locali deposito*
- *Morgue*
- *Servizi tecnici*
- *Polo didattico*
- *Cucina*
- *mensa*



Livello 0:

- accoglienza
- bar
- locali di culto
- ambulatori
- idroterapia
- diagnostica per immagini
- area degenza
- palestre

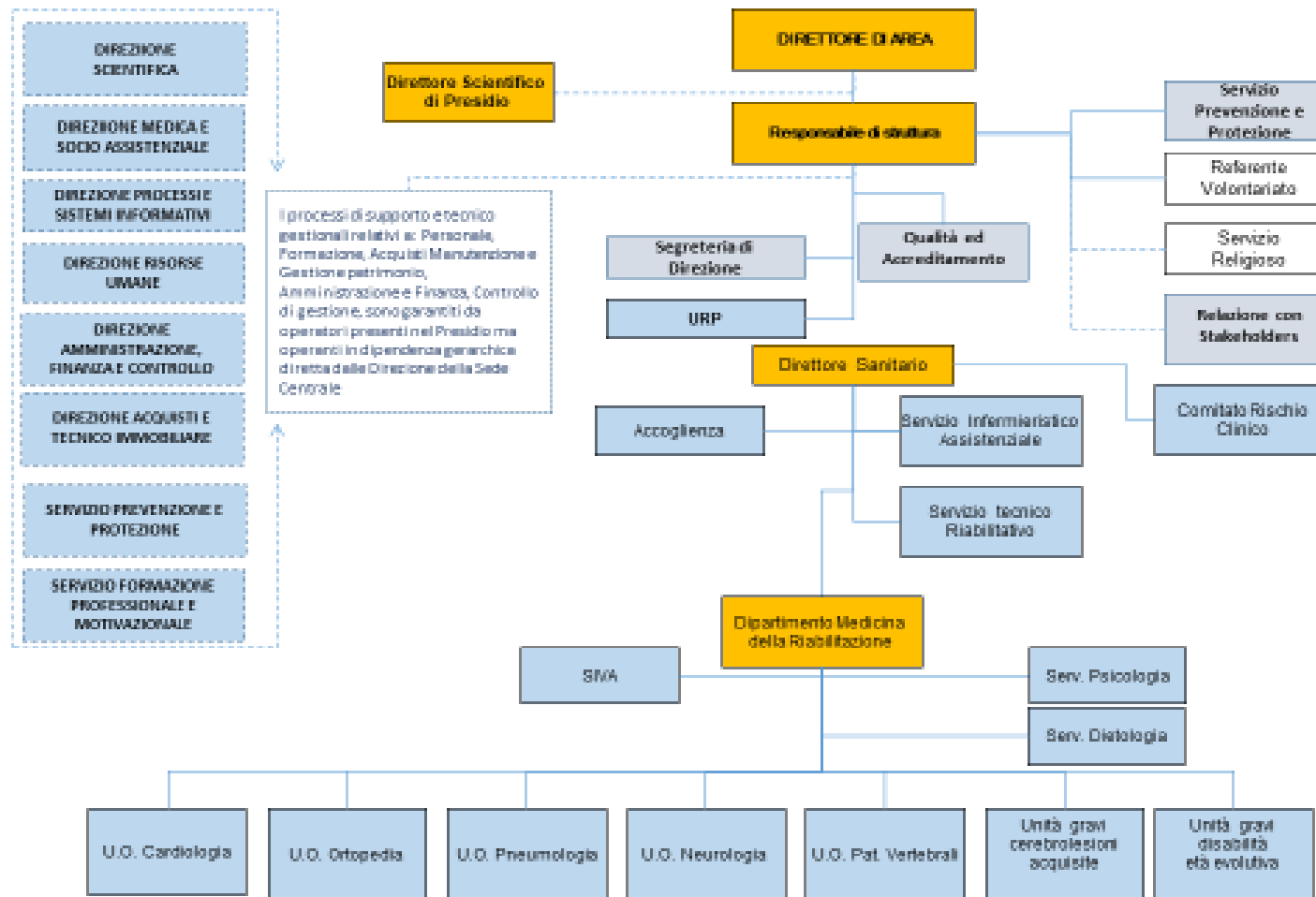


Livello 1:

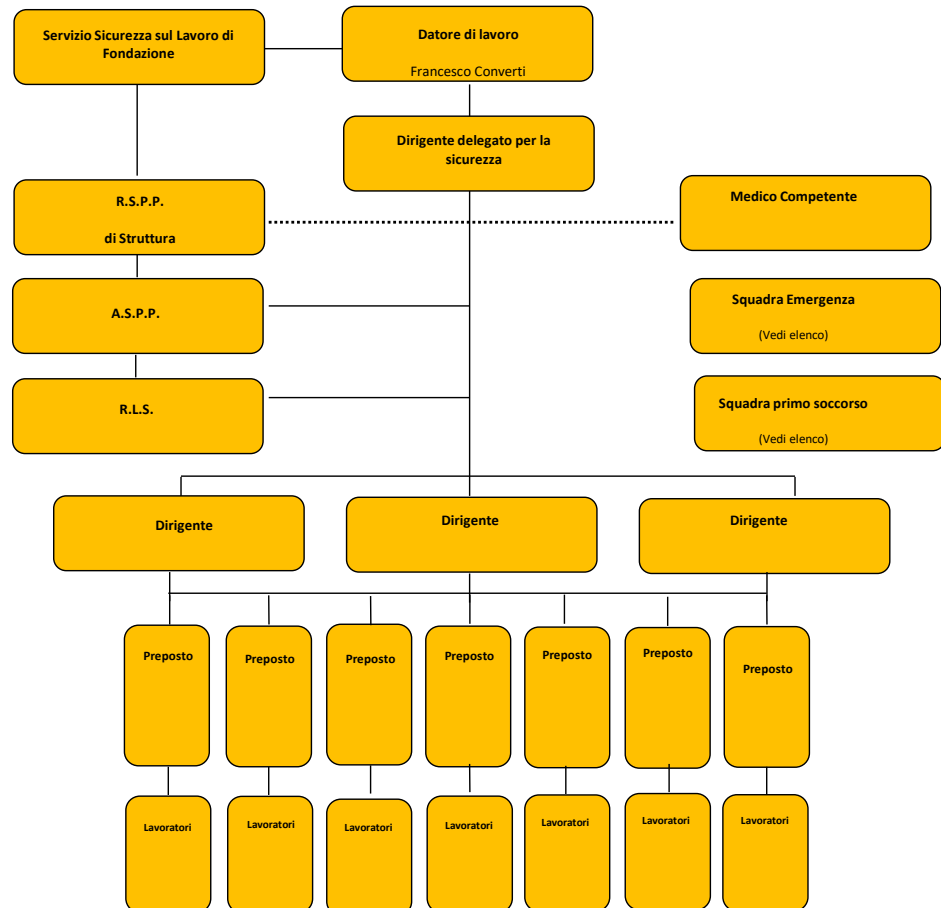
- Uffici
- Auditorium
- Laboratori
- Area degenza
- Palestre



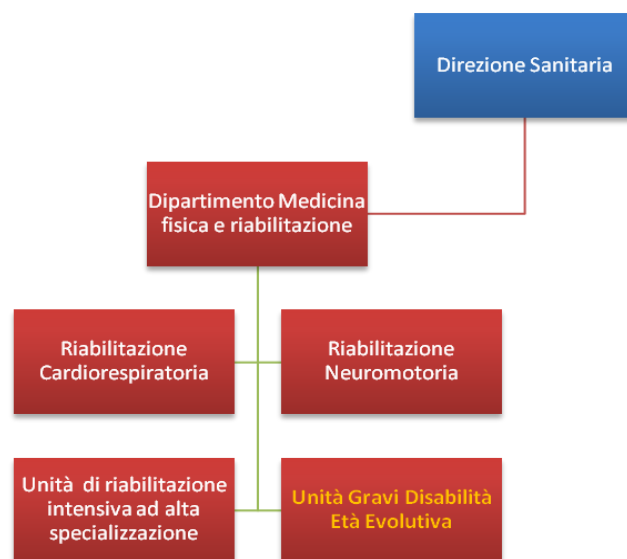
ORGANIGRAMMA DELLA STRUTTURA TERRITORIALE



ORGANIGRAMMA DELLA SICUREZZA



SINTESI UNITÀ' DI OFFERTA DELLA STRUTTURA



La struttura sanitaria è costituita da:

- **Presidio di ricovero a ciclo continuo e diurno per acuti** Struttura organizzativa funzionale di riabilitazione per complessivi 68 posti letto cod.56 (4 dei quali di riabilitazione pediatrica) e 42 posti letto cod 75 (11 dei quali di riabilitazione pediatrica)
Discipline: cardiologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia, ortopedia e traumatologia.
Attività: degenza riabilitazione
- **Presidio di riabilitazione funzionale** di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali.
Discipline: pluridisciplinare – riabilitazione funzionale per complessivi 10 posti a ciclo diurno e 70 posti a ciclo continuativo
Attività: trattamento disabilità fisica e disabilità miste
- **Presidio ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale**
Discipline: pluridisciplinare – riabilitazione funzionale ambulatoriale
Attività: trattamento disabilità fisica e disabilità miste;
- Presidio ambulatoriale di specialistica e diagnostica intraospedaliero
 - Discipline:
 - radiodiagnostica con attività di ecografia e radiologia tradizionale senza mezzi di contrasto
 - medicina fisica e riabilitazione con attività in indirizzo riabilitativo in cardiologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia, ortopedia e traumatologia.

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)
- prestazioni di medicina specialistica (diagnostica per immagini)

La struttura, tratta sotto il profilo riabilitativo pazienti affetti dalle seguenti patologie:

RIABILITAZIONE NEUROLOGICA: encefalopatie vascolari (ictus), sclerosi multipla, sindromi parkinsoniane, lesioni endocraniche e spinali di diversa eziologia, malattie neuromuscolari (distrofie muscolari e atrofie spinali);

RIABILITAZIONE ORTOPEDICA: esiti chirurgici d'anca, di ginocchio e di spalla, artrosi invalidante, esiti di neoplasie osteo-articolari, patologie della colonna e di altre articolazioni di tipo infiammatorio e degenerativo, cifosi, scoliosi, cifoscoliosi; amputazioni d'arto inferiore;

RIABILITAZIONE RESPIRATORIA: broncopneumopatie croniche ostruttive (bronchite cronica, enfisema polmonare), asma bronchiale, bronchiectasie, insufficienza respiratoria da patologie restrittive (deformità della gabbia toracica – scoliosi, cifoscoliosi – malattie neuromuscolari, esiti di interventi chirurgici sul torace), disturbi respiratori sonno – correlati;

RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA: cardiopatia ischemica (esiti di I.M.A., by-pass Ao-coronarico, angioplastica coronaria); arteriopatie ostruttive periferiche; arteriopatie ostruttive periferiche; esiti di trombosi venose degli arti.

RIABILITAZIONE INTENSIVA AD ALTA SPECIALIZZAZIONE (UGCA-Cod 75) - soggetti portatori di esiti di danno cerebrale acquisito di origine traumatica o di altra natura (anossica, vascolare, infettiva, ecc) caratterizzato, nella sua evoluzione clinica, da un periodo di coma (GCS inferiore uguale a 8 per un periodo superiore alle 24 ore) e dal coesistere di gravi menomazioni senso motorie, cognitive e comportamentali, che determinano disabilità multiple e gravi, prognosi di recupero favorevole o dubbia, dipendenza funzionale elevata e complessità clinica elevata

RIABILITAZIONE PEDIATRICA: possono accedere all'Unità bambini con esiti di patologie di diversa origine, congenita o acquisita, prevalentemente neurologica, respiratoria, ortopedica, oncologica, in continuità con la fase acuta, quali ad esempio: Amiotrofia Spinale tipo I,II,III, Patologie neuromuscolari, Displasia broncopolmonare, Fibrosi Cistica, Gravi Cerebropatie congenite e acquisite, Ipoventilazione centrale congenita - Sindrome di Ondine-, stati di coma vegetativo persistente e altre condizioni assimilabili, esiti di neoplasie cerebrali, paralisi cerebrali infantili, in continuità assistenziale tra la fase ospedaliera ad alta intensità e quella domiciliare

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,)	64 p.l. 4 p.l. cod 56 UDGEE
	Unità di riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (cod. 75)		31 p.l. 11 p.l. UDGEE
	ricovero a ciclo continuativo e diurno in fase post acuta (ex art.26)	Pluridisciplinare (cardiologia, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia, ortopedia,)	70 p.l. degenza ordinaria 10 p.l. degenza diurna

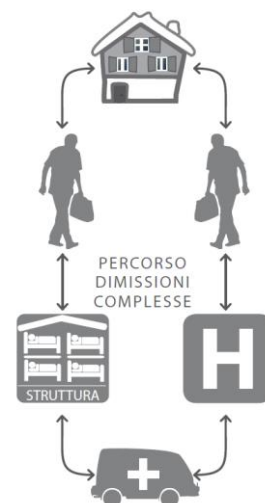
Presidio ambulatoriale	prestazioni ambulatoriali di base di riabilitazione funzionale	Pluridisciplinare
	prestazioni di specialistica e diagnostica ambulatoriale	Diagnostica per immagini
		Medicina Fisica e Riabilitazione

MODALITA' DI ACCESSO

L'accesso alla struttura in regime di degenza avviene attraverso trasferimento ospedaliero (progetto "Un solo Paziente")

Si tratta di un percorso di continuità per pazienti ricoverati negli ospedali, soprattutto dell'area fiorentina che dopo la dimissione hanno ancora necessità di cure e assistenza. Superata la fase acuta della malattia, in prossimità della dimissione, il gruppo di lavoro individuerà la necessità di proseguimento delle cure che dipenderà dalle condizioni del singolo paziente. In base alle sue esigenze cliniche e alle condizioni socio-abitative sarà possibile organizzare un programma domiciliare o in struttura riabilitativa o di tipo assistenziale.

Le modalità di accesso (comprese quelle per trattamenti ambulatoriali, di diagnostica per immagini e visita) sono dettagliate nella IGP-21 *Iter diagnostico terapeutico*



LE METODOLOGIE DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO

Con l'attuale ordinamento istituzionale ogni unità operativa non viene più identificata nell'ambito di un suo specifico "reparto", perché le aree di degenza sono concepite come spazi indifferenziati articolati in moduli funzionali.

La flessibilità modulare delle aree omogenee è la soluzione strutturale più consona e meglio adattabile all'ordinamento dipartimentale.

Il modello strutturale delle aree omogenee corrisponde quindi al modello funzionale del dipartimento.

I dipartimenti nascono da esigenze di coordinamento e di integrazione pluridisciplinare.

L'organizzazione di tipo dipartimentale tra Unità operative affini e/o complementari ha lo scopo di garantire risposte unitarie ai problemi di salute degli assistiti, mediante un approccio interdisciplinare e la continuità del percorso assistenziale. Inoltre l'assistenza ospedaliera in forma integrata consente di utilizzare al meglio le risorse disponibili: strutturali, strumentali, professionali, assistenziali.

Assistenza differenziata per intensità di cura riabilitativa

La struttura di ricovero si contraddistingue per i livelli di assistenza differenziati sul piano dell'intensità di cura riabilitativa.

Nelle degenze del livello 0 (tipologia extraospedaliera) vengono presi in carico i soggetti che necessitano di prestazioni riabilitative estensive, caratterizzate da un minor impegno terapeutico a fronte di un consistente intervento di supporto assistenziale.

Fanno parte dell'equipe:

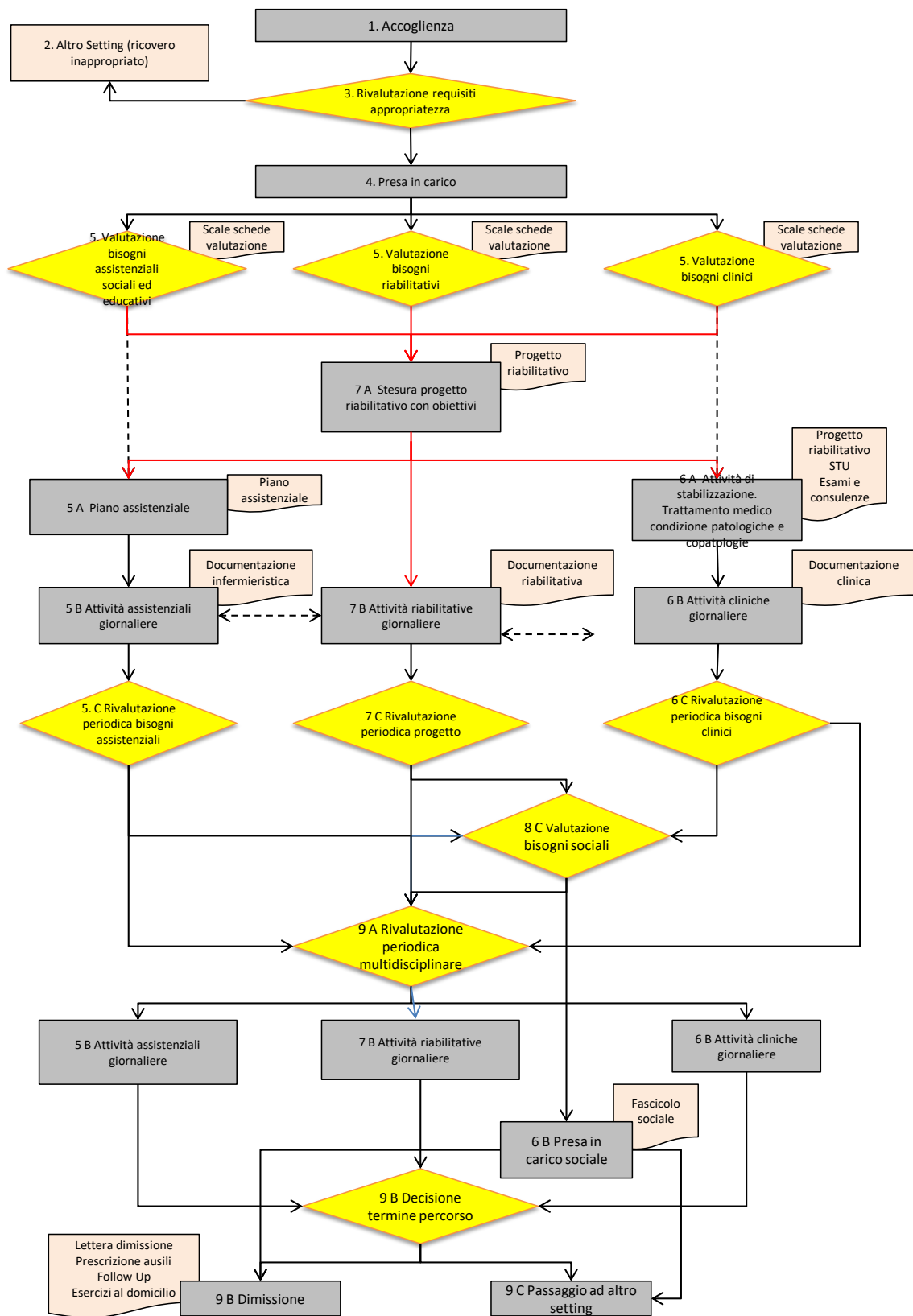
- Medico specialista
- Infermiere
- Fisioterapista
- Logopedista
- Psicologo / Neuropsicologo
- Operatore addetto all'assistenza
- Educatore.

La valutazione multidisciplinare avviene entro il primo giorno lavorativo successivo a quello di ingresso, supportata dalle rilevazioni precedentemente effettuate e dalla documentazione sanitaria dell'ospedale inviante.

Medico, Infermiere e terapeuta effettuano anche la valutazione multidisciplinare/congiunta del rischio di caduta (mod.MGP-110)

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)



Ogni unità di offerta ha adottato propri protocolli di riabilitazione, protocolli assistenziali, scale di valutazione e strumenti di registrazione:

- UGCA
- UGDEE
- Riabilitazione cardiologica
- Riabilitazione neurologica
- Riabilitazione ortopedica
- Riabilitazione pneumologica
- Psicologia clinica

Alla descrizione dei protocolli si aggiunge una sintesi degli interventi schematizzata per Aree di intervento del PRI:

- 1) Area della stabilità internistica
- 2) Area funzioni vitali di base
- 3) Area funzioni senso-motorie
- 4) Area mobilità e trasferimenti
- 5) Area delle competenze comunicative-relazionali
- 6) Area cognitivo-comportamentale
- 7) Area autonomia e cura della persona
- 8) Area Riadattamento e Reinserimento sociale
- 9) Area emotivo-affettiva

Nella sintesi sono definite, nei vari ambiti, la tempistica dovuta e l'operatore responsabile in modo prioritario, ferma restando la trasversalità e l'interdisciplinarietà degli interventi. Sono inoltre definiti gli strumenti standardizzati di valutazione proposti.

FASI DEFINIZIONE PROGETTO RIABILITATIVO

Fase	Azione	Responsabile	Note
Validazione	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
Definizione ⁽²⁾	Formalizzazione del Progetto Riabilitativo Individuale, con specifica degli obiettivi e del programma interdisciplinare con priorità e sequenze di intervento	Medico Responsabile progetto con membri equipe multidisciplinare	
Riesame	Valutazione continua delle modificazioni funzionali e di performance del paziente	Medico e team riabilitativo assegnato	
Verifica iter riabilitativo	Conferma o riesame del progetto	Medico Responsabile progetto con membri equipe multidisciplinare	
Registrazione dati	Registrazione periodica andamento trattamenti, valutazioni e risultati scale di valutazione	Medico e team riabilitativo assegnato	
Validazione	Valutazione efficacia del trattamento	Medico responsabile progetto	Sulla base della verifica finale effettuata dai componenti equipe

⁽²⁾ 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

GESTIONE DEL RISCHIO

Per i rischi generali di organizzazione si richiama il paragrafo 9.3.4 del Manuale di Fondazione, così come per le metodologie adottate ci si riferisce al paragrafo 9.4.1 del Manuale.
Si rimanda alla tavola di contestualizzazione dei rischi allegata.

Gestione del Rischio Sanitario

Il Servizio QuAS è individuato, in linea con quanto già definito dal C.d.A., come il Servizio deputato al presidio del “Rischio Sanitario”. Il Responsabile del QuAS è identificato come Risk Manager di Fondazione. Le responsabilità attribuite sono descritte nel Manuale Generale di Fondazione.

Il QuAS provvede a dare indicazioni sulle modalità di raccolta delle segnalazioni interne e di effettuazione delle segnalazioni relative a eventi sentinella oltre che alla vigilanza su dispositivi e farmaci.

Il QuAS conduce ed aggiorna, la mappatura del rischio di Fondazione collegato alla conduzione di attività sanitarie, attraverso la valutazione: delle segnalazioni di incidenti, eventi indesiderati e non conformità, dei reclami, dei contenziosi di tutta Fondazione.

In tal modo sono individuate le attività e le condizioni di pericolo che vengono comunicate alle diverse funzioni aziendali interessate sotto forma di “Tavola delle attività a rischio”.

La struttura attribuisce periodicamente ad ogni singola attività o gruppo di attività l'indice di priorità in forma numerica collegato alla propria capacità di governo ed interviene con azioni per la messa in sicurezza delle attività a rischio attraverso la predisposizione di progetti per la gestione del rischio. L'attribuzione dell'IR e la sua rivalutazione periodica servono a valutare l'efficacia delle azioni intraprese.

La struttura, come previsto dalla PGF06 “Autovalutazione, controllo. Audit e Verifica interna del sistema di gestione”, conduce audit integrati anche su tematiche del rischio clinico a completamento degli audit del SGQ.

Il QuAS individua fra il personale sanitario dei Presidi i Referenti per il rischio clinico che operano in stretto collegamento e a integrazione della rete dei responsabili Qualità Accredитamento.

La struttura nomina i Risk Manager fra i professionisti in possesso dei titoli richiesti dalla normativa.

Il Risk manager o Referente Rischio della struttura partecipa a un Network Qualità - Rischio di Fondazione ed ai network / commissioni del rischio / incontri della Regione e ASL /ATS di appartenenza riferendo puntualmente al Servizio QuAS.

Nella struttura è individuato un Comitato Qualità Rischio (Rif Ods del Presidio C1 N. 422 del 3/08/2016) fra i cui componenti sono presenti:

- Responsabile Qualità Accredитamento,
- Responsabile del Rischio Clinico (Clinical Risk Manager),
- Direttore Sanitario o Responsabile Medico,
- Responsabile Infermieristico,
- Responsabile dei Tecnici della riabilitazione,
- Rappresentanti dei Medici.
- RSPP.

Il Comitato si riunisce almeno due volte l'anno, è coordinato dal Clinical Risk Manager, riferisce al Direttore / Responsabile di Area e invia copia dei verbali di riunione al Servizio QuAS della Direzione Organizzazione.

Il comitato affronta diverse problematiche: quelle individuate e proposte dal Network del rischio clinico, quelle indicate dal Ministero e dalle Regioni, quelle che via via emergono in base alla raccolta delle NC, degli eventi indesiderati e dell'incident reporting, quelle emerse nel corso di audit e infine quelle collegate ai percorsi di miglioramento in atto.

A seguito di tale attività, il Comitato propone interventi, azioni correttive preventive progetti di miglioramento e percorsi di formazione.

La Struttura in base alle specifiche espresse da Fondazione e alle indicazioni normative nazionali e della regione predispone il proprio Progetto per la Gestione del Rischio.

Annualmente sono individuati minimo 3 Progetti di Miglioramento (sul tema del rischio) che sono inseriti nel Piano di Miglioramento della Struttura (IGF30 istruzioni per la stesura dei piani di miglioramento).

Fra i progetti di miglioramento almeno è scelto in base alle priorità comunicate dalla sede, gli altri riferiti a tematiche di interesse locale.

Le metodologie applicate si riferiscono alle specifiche contenute nei documenti di riferimento della Fondazione e in particolare nelle seguenti procedure:

PGF04 Gestione non conformità ed eventi indesiderati;

PGF05 Presa in carico e valutazione NC e eventi indesiderati - Azioni correttive e preventive;

PGF06 Autovalutazione, Controllo, Audit e Verifica interna del sistema di gestione;

PGF07 Procedura di indirizzo per l'attività di progettazione.

Gli eventi indesiderati e le non conformità da monitorare anche attraverso il sistema dell'incident reporting informatizzato sono identificate nel manuale di Fondazione al paragrafo 9.4.

Le modalità di gestione delle segnalazioni sono descritte nell'istruzione "IGF58 Indicazioni per la raccolta di segnalazioni degli eventi indesiderati RV1 2017" ed a livello di area, nella IGP24 Segnalazione e gestione eventi senza danno al paziente, eventi sentinella, reazione avversa a farmaci, incidenti da dispositivi medici.

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

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 sede)
✓	Processi amministrativi (gestione diretta dalle sede)
✓	Processi di gestione delle risorse umane (gestione diretta dalle sede)
✓	Processi di gestione apparecchiature (gestione diretta dalle sede)
✓	Processi di gestione impianti e struttura (gestione diretta dalle sede)
✓	Processi di gestione approvvigionamenti e magazzini (gestione diretta dalle sede)

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

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
□	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

- **Elenco dei documenti attivi della struttura.**
- **Elenco dei documenti di registrazione**
- **Tavola dei flussi informativi**
- **Tavola degli indicatori**
- **Tavola Mappa o Piano dei Controlli**
- **Tavola riassuntiva delle parti interessate**
- **Tavola Attività Clinico Assistenziali a Rischio**
- **Carta dei Servizi**