



Regolamento interno di funzionamento del Centro di Riabilitazione "PADRE PIO"

Art. 1. POLITICA E FINALITA' DEL SERVIZIO

Il Consiglio Direttivo dell'ALM Onlus provvede alla definizione delle politiche complessive dell'azienda ed esplicita gli obiettivi da raggiungere, sia per la tipologia ed i volumi che per la qualità delle prestazioni e dei servizi che intende erogare. Il Consiglio Direttivo deve esplicitare alle unità operative e alle altre articolazioni organizzative, il ruolo, gli obiettivi e le funzioni assegnate agli stessi.

La politica aziendale mira ad assicurare l'adozione di modelli organizzativi in linea con le normative vigenti improntate a criteri di flessibilità organizzativo-gestionale, personalizzazione dell'assistenza, integrazione di competenze diverse.

La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari, costi.

La Direzione promuove l'adozione di un documento in cui sono esplicitati:

1.1 Missione e Valori

Il Servizio riconosce la sua missione nella promozione globale della persona disabile e nella sua integrazione, con una filosofia basata sulla centralità dell'utente.

Si ispira a valori di solidarietà sociale, eguaglianza, imparzialità, partecipazione, equità ed utilizza un modello organizzativo basato su parametri di appropriatezza, efficacia ed efficienza, che caratterizzano tutti i processi di valutazione, cura, assistenza e riabilitazione.

I principi ispiratori sono condivisi da tutto il personale e alimentati costantemente attraverso la condivisione degli obiettivi e dei metodi adottati per il loro raggiungimento.

1.2 Obiettivi

Il Servizio si propone di fornire risposte riabilitative, socio-educative e assistenziali a persone con disabilità, a ciascuno secondo le proprie necessità individuali, in una logica di presa in carico globale dei bisogni dell'utente.

Pone a fondamento della sua attività il conseguimento della migliore qualità di vita dell'utente, perseguendo:

a) lo sviluppo delle risorse potenziali dell'individuo o il mantenimento delle abilità residue, attuato attraverso:

- il recupero o l'evocazione di competenze funzionali e di capacità adattive;
- la prevenzione della regressione funzionale;
- l'individuazione di formule facilitanti alternative ai fini del raggiungimento della massima autonomia possibile;

b) la facilitazione dell'integrazione dell'individuo nel contesto sociale e familiare, realizzata attraverso:

- la promozione della partecipazione alla vita sociale,
- l'informazione, il coinvolgimento e il sostegno della famiglia dell'utente,
- la collaborazione con i Servizi Territoriali e con altre realtà presenti sul territorio;

c) l'attività continua di formazione, aggiornamento, crescita culturale e organizzativa di tutto il personale operante nella struttura.

1.3 Struttura organizzativa

La struttura organizzativa del Centro di Riabilitazione è basata su due linee di responsabilità:

- una responsabilità organizzativo-gestionale (Consiglio Direttivo);
- una responsabilità tecnico-igienico-sanitaria (Direzione Sanitaria).

Art. 2. LA PRESA IN CARICO SOCIO RIABILITATIVA

2.1 Modalità di presa in carico

La Struttura fornisce servizi e attività riabilitative rivolgendosi ad un'utenza diversificata per età e grado di disabilità, con diagnosi negli ambiti di patologia previsti dalla Regione Lazio e secondo le articolazioni della D.G.R. 583/2002. La presa in carico degli utenti viene realizzata nell'ambito dei servizi medico riabilitativi in accreditamento (ex art. 26 L. 833/78) secondo due distinte modalità, organizzate per garantire una personalizzazione dell'intervento sulla base delle necessità individuali: trattamento non residenziale ambulatoriale e trattamento non residenziale domiciliare.

2.2 Destinatari

Il trattamento in regime non residenziale ambulatoriale è rivolto prevalentemente all'età evolutiva per le patologie definite dal DSM V: disturbi dello sviluppo, disturbi della comunicazione, disturbi dello spettro dell'autismo, disturbo da deficit di attenzione/ipervattività, disturbo specifico dell'apprendimento e disturbi del movimento.

Il trattamento in regime non residenziale domiciliare è rivolto prevalentemente a persone adulte con gravi disabilità, o anche ad utenti dell'età evolutiva con gravi disabilità o in situazioni sociali particolari che impediscono al minore la frequenza ambulatoriale.

Le persone con disturbo comportamentale sono accolte, nei diversi servizi, quando l'inserimento è compatibile con la gestione e la tutela di tutti i pazienti, ovvero il disturbo è contenibile in relazione alle risorse strutturali e di personale previsti dagli standard regionali.

Il lavoro di riabilitazione prevede come elemento essenziale il coinvolgimento delle famiglie degli utenti per riconoscere ed elaborare insieme i vissuti correlati alla disabilità: dolore morale, isolamento, aspettative frustrate.

Per l'efficacia dell'intervento riabilitativo, nell'ambito familiare va identificata la figura preferenziale di "Caregiver": caregiver, è un termine inglese che indica colui che in modo preferenziale e continuativo si occupa di offrire cure ed assistenza ad un'altra persona.

Identificare nella famiglia del disabile una figura preferenziale di caregiver consente di non disperdere la comunicazione e la collaborazione rivolte all'interlocutore - famiglia, e di offrire in modo mirato appoggio emotivo e informazioni specialistiche.

Per ogni utente, deve essere pianificata e registrata in cartella una regolare attività di "consulenza alla famiglia".

Alle famiglie infine deve essere somministrato annualmente il questionario sul grado di soddisfazione.

Collaborazione con professionisti del SSN e altri specialisti:

l'intervento riabilitativo si delinea innanzitutto come scelta dell'utente e della sua famiglia, ma si realizza anche in riferimento ad una valutazione di appropriatezza che viene realizzata in modo consensuale dai medici responsabili dei Servizi ALM e dagli specialisti del SSN.

2.3 Autorizzazione di trattamento riabilitativo

In base alle vigenti disposizioni regionali, l'accesso alle prestazioni di assistenza riabilitativa avviene a seguito del rilascio di specifica **autorizzazione al trattamento** da parte dei Servizi Pubblici Territoriali (ASL o Ospedale) per il regime domiciliare, o di prescrizione PLS o Medico specialista di struttura ospedaliera per il regime ambulatoriale. Nell'autorizzazione/prescrizione

sono indicati la modalità del trattamento (Estensiva o Mantenimento), il regime (Ambulatoriale o Domiciliare) e la durata del progetto riabilitativo.

Per richiedere la predetta autorizzazione, l'interessato e/o i familiari potranno rivolgersi a:

- **Servizio Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva (TSMREE)**, per il trattamento riabilitativo di utenti in età pediatrica (0-18 anni);
- **Servizio Disabili Adulti (DA)**, per il trattamento riabilitativo di utenti adulti in regime ambulatoriale.
- **Centro Assistenza Domiciliare (CAD)**, per il trattamento riabilitativo di utenti adulti in regime domiciliare.

L'accesso ai trattamenti riabilitativi estensivi e di mantenimento avviene secondo le indicazioni della DGR n. 731 del 4 agosto 2005, della DGR n. 143 del 22 marzo 2006 e del DCA n. 159 del 13 maggio 2016.

2.4 Inserimento in lista di attesa

L'assistenza riabilitativa può essere richiesta esclusivamente dal paziente o dal familiare/tutore in possesso della autorizzazione, acquisita come descritto al paragrafo precedente, recandosi personalmente presso il Centro.

Il richiedente viene accolto dal personale amministrativo che provvede a:

- compilare un modulo di richiesta (MOD. 70) previo consenso al trattamento dei dati sensibili (GDPR MOD. 9754.51.319034.1097425), secondo quanto previsto dal D.lgs. 101/2018 a tutela della privacy - Regolamento UE n. 2016/679 ;
- raccogliere e trattenere in fotocopia la documentazione presentata dal richiedente;
- fornire tutte le informazioni relative alle procedure che regolano l'inserimento nella lista d'attesa;
- fornire, qualora richieste, delucidazioni riguardo i servizi erogati dalla struttura e le modalità di fruizione degli stessi;
- sottoporre la richiesta al Medico incaricato per la valutazione della idoneità clinica dell'utente all'attività riabilitativa.

A cadenza periodica, il medico designato provvede a:

- esaminare le richieste pervenute e a determinare l'esito della domanda, che può essere: accettazione, chiamata a visita, richiesta di ulteriori chiarimenti clinici, inaccogliibilità motivata della richiesta. Dell'esito verrà data comunicazione agli interessati tramite mail, servizio postale o altro mezzo;
- compilare o aggiornare una lista d'attesa, eventualmente articolata in sub-liste, secondo criteri clinici di indifferibilità del trattamento e, a parità di questi, criteri cronologici di presentazione della richiesta.

La gestione delle liste di attesa avviene secondo il criterio cronologico, subordinato a:

- segnalazione di urgenza da parte della ASL competente o del presidio ospedaliero
- soddisfacimento dei criteri di chiamata

Criteri di chiamata per l'inserimento nei Servizi

Per tutti i Servizi:

- appropriatezza della richiesta
- passaggio di Servizio all'interno dell'ALM
- carattere di urgenza dichiarato dal servizio ASL inviante

Per il Servizio Non Residenziale:

fermo restando il criterio cronologico, lo scorrimento della lista di attesa è condizionato alle possibilità offerte dalla struttura in termini di posti, orari e tecnici della riabilitazione disponibili e con competenze adeguate.

		Tempi di attesa previsti	Tempi di attesa medi effettivi
MINORI	0/12 mesi	< 6 mesi (alla disponibilità del posto)	<6 mesi
MINORI	12/36 mesi	12/24 mesi	12 mesi
MINORI	3/18 anni	24/36 mesi	18 mesi
ADULTI		12/24 mesi	18 mesi

Quando si verifica la disponibilità alla presa in carico riabilitativa, il candidato della lista di attesa viene contattato dal personale amministrativo per fissare la prima visita di accoglienza, nel corso della quale il medico:

- apre la cartella clinica riabilitativa sul gestionale 4 handy del nuovo utente, con i relativi dati anagrafici e l'anamnesi familiare e sociale etc;
- fornisce tutte le informazioni di propria competenza e acquisisce la dichiarazione di consenso al trattamento (consenso informato MOD.9754.51.319043.1097422);
- chiede al paziente, al genitore del minore, familiare o tutore eventuali ulteriori accertamenti clinici o documenti necessari (MOD. 74);
- predispone un percorso valutativo (visite mediche, colloqui clinici, somministrazione di test specifici, ecc.) che prelude alla stesura del Progetto Riabilitativo Individuale realizzabile in regime ambulatoriale o domiciliare.

2.5 Equipe riabilitativa

Ai sensi della D.G.R. 583/2002 l'equipe riabilitativa è costituita dagli operatori sanitari, che operano nel servizio di riabilitazione, coordinati dal medico responsabile della struttura.

Ha il compito di:

- elaborare il progetto riabilitativo individuale;
- definire, nelle linee generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine;
- programmare le azioni e determinare le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
- verificare periodicamente la validità degli interventi programmati e valutare i risultati ottenuti.

L'equipe è composta da diverse professionalità, individuate secondo le caratteristiche specifiche della disabilità oggetto d'intervento, ognuna delle quali assume un ruolo importante nell'organizzazione del percorso integrato socio-sanitario.

Prevede pertanto l'articolazione di varie figure: medico responsabile del progetto (Neurologo, Neuropsichiatra infantile o altro previsto dalla normativa vigente) che assume la funzione di Case Manager, psicologo, professionisti sanitari della riabilitazione (Terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Fisioterapisti, Logopedisti, Educatori professionali), Consulenti eventualmente necessari (medici specialisti, altre professioni ...).

Il Case Manager, "coordinatore del caso", si fa carico del percorso "complessivo" di presa in carico dell'utente e del suo nucleo di appartenenza, divenendo responsabile dell'effettiva continuità del percorso stesso.

Il Case Manager rimuove gli ostacoli, pianifica, attua, fa il monitoraggio e valuta le opzioni ed i servizi richiesti per soddisfare i bisogni di benessere dell'assistito; gestisce al meglio la comunicazione e i mezzi a disposizione, promuove la realizzazione e la qualità degli obiettivi prefissati. Viene quindi evitata un'assistenza disaggregata, che risulta antieconomica e frustrante, e che lascia l'utente e i suoi famigliari soli con i loro problemi.

Il Direttore Sanitario svolge le funzioni di Care Manager, coordina la definizione dell'intervento riabilitativo e ne è responsabile; garantisce un'appropriata utilizzazione delle risorse, un contenimento dei costi e una individuazione della responsabilità per la presa in carico. In sostanza, è colui che gestisce il processo di cura, attraverso:

1. Raccolta dati e individuazione delle aree problematiche
2. Negoziazione obiettivi
3. Pianificazione degli interventi
4. Monitoraggio continuo
5. Valutazione dell'esito

Tale ruolo è svolto dal responsabile sanitario, il quale è preparato a comprendere il quadro totale dell'assistenza del paziente, il quadro clinico e sociale; è chiamato a coordinare il lavoro di équipe; è "legalmente responsabile delle scelte riabilitative".

L'Equipe Riabilitativa multidisciplinare, coordinata dal Medico responsabile del progetto - il quale è autorizzato alla presa in carico e cura degli utenti nonché ad erogare prestazioni cliniche in funzione della sua qualifica - elabora come detto il Progetto Riabilitativo Individuale e compila le apposite schede previste nel gestionale 4 Handy ed invia, entro 15 gg dall'apertura del progetto, il modulo 35 alla segreteria per l'elaborazione finale del modello SIAR. Il personale di segreteria, nei successivi 15 giorni, provvede ad inviare i dati al SIAR elaborando il file XML, quindi stamperà il SIAR inviato che sarà sottoscritto dal Medico Responsabile e dal Paziente/Genitore/Tutore.

Nel termine di 40 giorni precedenti la scadenza di un PRI, qualora debba essere chiesto il rinnovo del medesimo PRI, la segreteria preparerà l'istanza ed il Medico Responsabile consegnerà la relazione clinica da allegare alla richiesta di rinnovo, in modo da consentire alla segreteria di inviare il tutto nel termine di 30 giorni precedenti la scadenza del PRI.

La segreteria, effettuato l'invio della richiesta di rinnovo, predisporrà sul gestionale 4 Handy l'apertura del nuovo progetto con i dati richiesti ed avrà cura, quando arriverà l'autorizzazione, di verificare la correttezza dei dati inseriti. Verrà pertanto elaborato il nuovo progetto seguendo la procedura descritta.

Per la chiusura del PRI, il Medico Responsabile e la segreteria - verificata la congruenza tra i moduli firma ed i dati del gestionale - provvedono alla compilazione della scheda SIAR consuntiva di fine progetto, quindi si crea il file XML e si invia al SIAR regionale entro 30 giorni dalla data di chiusura.

2.6 Progetto Riabilitativo Individuale

Il progetto individualizzato tiene conto dei bisogni e delle esigenze del paziente, delle sue disabilità e abilità residue e recuperabili; definisce quali sono gli obiettivi da raggiungere, le azioni e condizioni necessarie al suo raggiungimento e pertanto costituisce il riferimento obbligato per ogni intervento attuato dal gruppo di lavoro.

Prevede momenti di verifica tra gli operatori attraverso riunioni periodiche, in cui vengono discussi i singoli casi e confrontate le diverse impressioni cliniche e le esperienze che ciascuno fa con il singolo utente. Contempla inoltre una stretta collaborazione con i responsabili dei servizi territoriali, per favorire una migliore integrazione nel tessuto sociale dell'utente disabile, e con le famiglie, per sostenerle ed aiutarle a creare intorno all'utente un clima di sostegno positivo.

Il progetto elaborato dall'équipe viene condiviso con l'utente o i suoi familiari nel momento dell'iniziale presa in carico, dell'introduzione di eventuali modifiche, del rinnovo e/o conclusione. Il progetto ha una durata variabile, definita dall'équipe in conformità alle disposizioni normative che regolamentano il settore ed a quanto autorizzato dalla ASL competente.

2.7 Dimissione dell'utente

La dimissione è prevista al verificarsi delle condizioni di seguito descritte.

- a) Su richiesta del paziente/della famiglia (dimissione volontaria).
- b) In seguito a valutazione tecnica dell'équipe per i seguenti motivi:

- conclusione del progetto riabilitativo con raggiungimento degli obiettivi prefissati o con valutazione negativa in merito ad ulteriori possibilità di intervento;
- mutare delle condizioni cliniche e funzionali che hanno determinato l'inserimento;
- assenza prolungata per ricoveri/malattie o eccessivo numero di assenze ingiustificate;
- necessità di passaggio ad altro e più idoneo intervento (ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale o invio a strutture residenziali), in riferimento al percorso riabilitativo fatto ed anche in relazione all'età dell'utente;
- insorgenza o persistenza di gravi problemi comportamentali non più contenibili, che mettono a rischio l'incolumità fisica degli altri pazienti e invalidano la possibilità di un intervento educativo efficace, compromettendo l'integrità psicologica, la tranquillità del gruppo

L'Associazione Laziale Motulesi ritiene che la dimissione di un paziente sia un momento in cui è necessario assicurare una continuità di trattamento che preveda l'intervento di diversi attori: la famiglia stessa, il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, il personale dei servizi ASL di riferimento, i servizi sociali comunali e, dove necessario, le associazioni di volontariato.

Il medico responsabile del progetto avrà cura di consegnare al paziente, o ai suoi familiari, una relazione di dimissione, che a loro cura dovrà essere consegnata al MMG o PLS.

Quando necessario, le modalità di dimissione verranno concordate con i servizi della ASL di residenza.

Il Centro di Riabilitazione ALM presterà la più completa collaborazione in caso di inserimento del paziente in altro Centro di Riabilitazione o in servizi gestiti dai servizi sociali comunali o da associazioni di volontariato.

Art. 3. EROGAZIONE DEL TRATTAMENTO IN REGIME NON RESIDENZIALE

4.1 Organizzazione e Orari

Per le diverse esigenze correlate all'età degli utenti sono attivi due reparti:

- per l'età evolutiva (dai 0 ai 18 aa)
- per l'età adulta.

Il Centro di Riabilitazione, nel rispetto dei requisiti strutturali dettati dalla normativa regionale, ha una potenzialità definita dal decreto di autorizzazione all'apertura e all'esercizio dell'attività. Gli interventi riabilitativi ambulatoriali definiti dal Progetto Riabilitativo Individuale vengono attuati negli orari di apertura del Centro di Riabilitazione, compatibilmente con gli orari di disponibilità del personale addetto.

Gli interventi domiciliari vengono effettuati in giorni e orari concordati con l'utente e/o con i suoi familiari.

Art. 3A. EROGAZIONE DEL TRATTAMENTO IN REGIME NON RESIDENZIALE PER L'ETA' EVOLUTIVA

La presa in carico del bambino è un percorso dinamico, che segue il tipico mutare della diagnosi e della valutazione funzionale in età evolutiva; è un processo aperto che si completa nel tempo e che vede coinvolti medici, psicologi, professionisti della riabilitazione oltre alle famiglie, le scuole e i servizi territoriali.

L'attività riabilitativa, erogata in favore dei minori in età scolare, è concentrata nella fascia oraria pomeridiana al fine di preservare la frequenza scolastica ed è organizzata, secondo quanto previsto dal programma personalizzato, in interventi e terapie individuali e/o di gruppo, che prevedono:

- ☐ Riabilitazione neuromotoria
- ☐ Riabilitazione psicomotoria
- ☐ Riabilitazione ortopedica
- ☐ Riabilitazione respiratoria
- ☐ Riabilitazione logopedica
- ☐ Riabilitazione cognitivo-neuropsicologica
- ☐ Terapia psicologica
- ☐ Intervento educativo
- ☐ Counseling e sostegno genitoriale
- ☐ Servizio di collegamento con la scuola attraverso riunioni periodiche (GLH) e straordinarie, laddove necessario, per integrare l'attività riabilitativa con quella scolastica
- ☐ Raccordo e integrazione con i Servizi Territoriali.

Art. 3B. EROGAZIONE DEL TRATTAMENTO IN REGIME NON RESIDENZIALE PER L'ETA' ADULTA

L'attività riabilitativa è organizzata, secondo quanto previsto dal programma personalizzato, in interventi e terapie prevalentemente individuali, che prevedono:

- ☐ Riabilitazione neuromotoria
- ☐ Riabilitazione ortopedica
- ☐ Riabilitazione respiratoria
- ☐ Riabilitazione logopedica
- ☐ Terapia psicologica
- ☐ Terapia occupazionale
- ☐ Counseling individuale e familiare
- ☐ Raccordo e integrazione con i Servizi Territoriali.

ART. 4. SERVIZIO AMBULATORIALE IN REGIME PRIVATO

Presso il Centro è attivo anche un Servizio Ambulatoriale in regime privato per pazienti in Età Evolutiva, presso il quale è possibile effettuare valutazioni diagnostiche e intraprendere attività di Riabilitazione. Come parte integrante del progetto riabilitativo di volta in volta modellato sul singolo utente, è previsto il coinvolgimento dei familiari, ed eventualmente degli operatori scolastici, al fine di condividere la comprensione e la conoscenza del bambino nella sua complessità, con le sue potenzialità e abilità emergenti. La creazione di interventi sinergici e condivisi, unitamente all'attuazione di strategie coerenti nei diversi ambienti di vita dei pazienti, ha la finalità di massimizzare l'efficacia del percorso riabilitativo propriamente detto. Inoltre, attraverso l'elaborazione di un particolareggiato profilo di funzionamento, descrittivo delle diverse aree di sviluppo - punto di partenza per l'elaborazione di un progetto terapeutico personalizzato - viene favorita una corretta individuazione dei livelli (diversi e differenziati) e degli obiettivi (realistici e stimolanti) verso cui indirizzare richieste e aspettative dell'ambiente circostante.

ART. 5. ALTRI SERVIZI

Servizio informazione e valutazione ausili, rivolto agli utenti dei Centri, che fornisce indicazioni e consulenze individuali sulla scelta degli ausili più idonei. Il servizio inoltre fornisce all'utente e alla sua famiglia tutte le informazioni necessarie per l'espletamento delle procedure richieste, ai fini dell'autorizzazione alla fornitura dell'ausilio. L'equipe si occupa di addestrare l'utente all'uso corretto degli ausili prescritti.

L'A.L.M. provvede ad aggiornare gli operatori con corsi di formazione specifici e con consulenti esterni, esperti nelle varie discipline.

Le strutture dell'A.L.M. sono sede di tirocini per le seguenti figure professionali: Fisioterapisti, Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, Psicologi, Psicoterapeutici, Educatori Professionali.

ART. 6. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

6.1 Direzione Sanitaria

Il Direttore Sanitario:

- dirige e coordina tutti i settori operativi del Centro di Riabilitazione dal punto di vista tecnico-organizzativo, igienico e sanitario;
- esercita la supervisione sulle attività assistenziali e sulle attività di servizio che interessano direttamente e/o indirettamente la salute dei pazienti (servizio mensa, pulizie e altro);
- coordina i medici responsabili di progetto e i consulenti specialisti che collaborano con il Centro;
- svolge le funzioni di Care Manager;
- vigila sulla normativa in materia di protezione sanitaria dei pazienti e del personale;
- cura la tenuta dell'archivio sanitario e vigila sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari;
- rilascia agli aventi diritto copia delle cartelle cliniche e degli altri documenti previsti dalla normativa vigente;
- raccoglie i dati statistici sulla qualità del servizio, anche al fine di migliorare la qualità delle prestazioni e del rapporto con l'utenza;
- è responsabile delle segnalazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente.

Gestione delle risorse umane

La Direzione sanitaria definisce le politiche di gestione delle risorse umane mediante:

- valutazione del fabbisogno di personale in termini quantitativi e qualitativi, per ciascuna professione o qualifica professionale, in rapporto ai volumi ed alle tipologie delle attività e secondo criteri definiti dalla normativa regionale;
- predisposizione un piano di formazione-aggiornamento del personale con indicazione del responsabile;
- indicazione delle modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione.

Gestione delle risorse tecnologiche

La Direzione sanitaria adotta un inventario delle apparecchiature in dotazione, ne garantisce l'uso sicuro mediante l'adozione di un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria.

6.2 Direzione Amministrativa

Il Direttore Amministrativo ha i seguenti compiti:

- esercitare il potere di firma, disgiuntamente dal Presidente, per operare su tutti i c/c bancari e postali intestati all' ALM Onlus per le seguenti operazioni: versamenti e prelievi, emissione giro e negoziazioni di assegni, ritiro libretti e moduli di assegni, ordini di bonifici, pagamento imposte e versamento oneri sociali e previdenziali, incasso pagamenti con rilascio di relative quietanze, richiesta e rinnovo di anticipazioni bancarie su crediti verso le AA.SS.LL. e/o la Regione Lazio, richiesta fidi, apertura e chiusura di conti correnti;

- sottoscrivere, anche mediante dispositivo di firma digitale, le fatture emesse dall'Associazione e i documenti contabili e amministrativi collegati.
- firmare la corrispondenza verso le AA.SS.LL. e\o la Regione Lazio, quando riferita alla normale operatività dell'Associazione.
- approvare preventivi e offerte avanzati dai fornitori di beni e servizi, relativamente alla gestione ordinaria delle attività.
- gestire i rapporti con i clienti;
- gestire i rapporti con i fornitori;
- occuparsi dei rapporti con i consulenti esterni e le istituzioni creditizie;
- redigere lettere, relazioni, contratti e atti in genere.
- curare l'istruttoria ed evadere le pratiche concernenti l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture A.L.M.;
- curare l'amministrazione del personale circa le problematiche relative all'organico, mansioni e inquadramenti, alle spettanze e diritti contrattuali e legislativi, agli elementi previdenziali e assistenziali;
- garantire la corretta gestione degli aspetti amministrativo - contabili e fiscali;
- verificare il bilancio consuntivo annuale e preparare la relazione sulla gestione;
- supportare la direzione sanitaria nella gestione operativa dei servizi di riabilitazione;
- prendere parte alle riunioni del Consiglio Direttivo dell'Associazione e svolgere le funzioni di segretario;
- curare i rapporti con i funzionari delle ASL, della Regione e di tutti gli Enti pubblici con i quali i Centri di Riabilitazione abbiano relazioni inerenti le proprie attività;
- curare i rapporti con le associazioni di categoria ARIS/FOAI.

6.3 Settore Amministrativo

Lo Staff Amministrativo:

- gestisce, da un punto di vista informativo e documentale, le attività degli utenti. In particolare:
 - fornisce tutte le informazioni preliminari, necessarie all'orientamento dei pazienti/utenti,
 - gestisce la procedura di accesso a tutti i servizi del Centro;
 - prepara, gestisce e archivia tutti i moduli di registrazione dei servizi erogati;
 - provvede all'elaborazione dei dati statistici sui pazienti/utenti e sui servizi erogati;
- provvede all'amministrazione del personale interno (presenze, assenze, ritardi, permessi, altro);
- supporta la Direzione nella definizione degli obiettivi di qualità e ne verifica il raggiungimento, attraverso la gestione degli indicatori;
- provvede agli adempimenti amministrativi del Centro.

6.4 Servizi ausiliari

Servizi appaltati all'esterno:

- Servizio di pulizia e sanificazione degli ambienti.
- Servizio di smaltimento rifiuti speciali, ove presenti, che viene svolto nei tempi e nei modi previsti dalle normative vigenti, con accurata annotazione nel registro di carico e scarico dei rifiuti.
- Servizi Tecnici, che provvedono alla manutenzione dell'edificio e degli impianti.

ART. 7. GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

La Direzione sanitaria, di concerto con la Direzione aziendale, è responsabile della creazione delle condizioni organizzative che facilitino e consentano la promozione e il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni, secondo le indicazioni contenute nella normativa nazionale e regionale.

Ogni struttura organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni e linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti.

L'Associazione Laziale Motulesi, nel garantire il rispetto degli standard di qualità, utilizza, per la verifica degli stessi i seguenti strumenti:

- Somministrazione di Questionari di gradimento agli Utenti al fine di rilevare il grado di soddisfazione circa il servizio offerto; i dati raccolti vengono esaminati allo scopo di apportare eventuali correttivi necessari.
- Verifica delle competenze e programmazione della formazione del personale sanitario coinvolto, tra l'altro, nel programma nazionale di Educazione Continua in Medicina.
- Rilievo e gestione delle segnalazioni: note, comunicazioni e suggerimenti possono essere inseriti nel box collocato all'ingresso di ogni sede e riceveranno riscontro nei 30 giorni lavorativi successivi.

Infine, l'Associazione Laziale Motulesi Onlus, oltre a rendere disponibile su richiesta il proprio Sistema di Gestione della Qualità redatto rispettando la norma UNI EN ISO 9001:2015, si impegna a mantenere attivi i percorsi di miglioramento continuo dei servizi offerti e intende sottoporre la propria organizzazione al vaglio di organismi di certificazione accreditati.

Art. 8. NORME COMPORTAMENTALI CHE REGOLANO LA VITA COMUNITARIA

8.1 Il personale è tenuto ad improntare il proprio lavoro ai principi ispiratori della filosofia del Centro, assicurando un ambiente favorevole al benessere e alla crescita integrale della persona con disabilità e un servizio socio-riabilitativo efficiente ed efficace, ognuno secondo la propria qualifica e le proprie competenze professionali e personali.

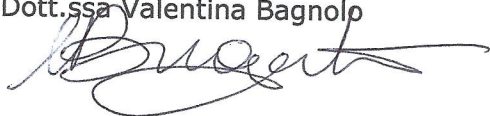
8.2 Sin dalla fase di accoglienza e per tutte le fasi del trattamento il rapporto con l'utenza e i familiari deve essere contraddistinto da disponibilità e cortesia, accoglienza e sostegno.

8.3 E' compito di tutto il personale assicurare una convivenza armonica e serena all'interno della comunità, attraverso gli strumenti del dialogo, del rispetto reciproco, della collaborazione e della solidarietà, assumendo la responsabilità etica e civica di tutela della dignità ed integrità psicofisica propria e degli altri lavoratori.

8.4 Per quanto non disciplinato dal presente regolamento si fa riferimento alle norme contrattuali, quindi alle disposizioni regionali e civilistiche.

Roma, 01/06/2021

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Valentina Bagnolo



Il Rappresentante Legale
Ileana Argentin

