

**ATTO AZIENDALE  
MONTECATONE R.I. S.p.A.  
OSPEDALE DI RIABILITAZIONE**

DATA	AUTORIZZAZIONI		
	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
<b>26-11-2024</b>	Commissario Straordinario Dr. Ing. M. Tubertini  Direttore Sanitario Dr.ssa S. Bianchi  Direttore Area Tecnico Amministrativa Dr.ssa M. Mariani	Presidente Dr. G. Peroni	Presidente Dr. G. Peroni

Verifica di conformità	
<b>26-11-2024</b>	Servizio Qualità Accreditamento S. Marani

**Stato delle revisioni**

Revisione	Data	Causale
9	26-11-2024	<ul style="list-style-type: none"><li>- Art. 28 - Dipartimento Funzionale Clinico-Riabilitativo: inseriti Palestra Robotica e LifeBridge</li><li>- Art. 29 - Programmi trasversali: inserito Programma di Neurofisiologia</li><li>- Art. 30 - Area Tecnico Amministrativa: inserita Ingegneria Biomedica</li><li>- Art. 31 - Area della Ricerca Scientifica e dell'Innovazione - Montecatone NeuroBridge Lab: inserito Montecatone NeuroBridge Lab</li><li>- Modificato Organigramma</li></ul>

## SOMMARIO

### **CAPO 1 - MONTECATONE REHABILITATION INSTITUTE S.p.A.... 4**

<b>Art. 1 - Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A.: Costituzione, sede legale, sito, logo e patrimonio.....</b>	<b>4</b>
<b>Art. 2 - Valori aziendali.....</b>	<b>4</b>
<b>Art. 3 - Missione .....</b>	<b>5</b>
<b>Art. 4 - Visione.....</b>	<b>6</b>
<b>Art. 5 - Competenze trasversali .....</b>	<b>6</b>
<b>Art. 6 - Fondazione Montecatone ONLUS .....</b>	<b>7</b>

### **CAPO 2 - ASSETTO ISTITUZIONALE ..... 8**

<b>Art. 7 - Assemblea dei Soci .....</b>	<b>8</b>
<b>Art. 8 - Consiglio di Amministrazione.....</b>	<b>8</b>
<b>Art. 9 - Presidente del Consiglio di Amministrazione .....</b>	<b>9</b>
<b>Art. 10 - Collegio Sindacale.....</b>	<b>9</b>
<b>Art. 11 - Revisore Legale dei Conti.....</b>	<b>10</b>
<b>Art. 12 - Collegio di Direzione .....</b>	<b>10</b>
<b>Art. 13 - Organismi di Garanzia .....</b>	<b>11</b>
Organismo Aziendale di Valutazione (OAV).....	11
Organismo di Vigilanza (ODV).....	11
Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza .....	12
<b>Art. 14 - Organismi di Partecipazione .....</b>	<b>12</b>
Comitato Consultivo Misto (CCM).....	12
Altri organismi collegiali e comitati.....	13

### **CAPO 3 - SISTEMA DELLE RELAZIONI ESTERNE ..... 13**

<b>Art. 15 - Rapporti con i cittadini singoli e associati.....</b>	<b>13</b>
<b>Art. 16 - Rapporti con il Volontariato .....</b>	<b>13</b>
<b>Art. 17 - Rapporti con la Regione Emilia-Romagna .....</b>	<b>14</b>
<b>Art. 18 - Rapporti con il Circondario Imolese .....</b>	<b>14</b>
<b>Art. 19 - Rapporti con l’Azienda Usl di Imola .....</b>	<b>14</b>
<b>Art. 20 - Rapporti con le altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale .....</b>	<b>14</b>
<b>Art. 21 - Rapporti con l’Università .....</b>	<b>15</b>
<b>Art. 22 - Rapporto con le Organizzazioni Sindacali (OO.SS.).....</b>	<b>15</b>

### **Capo 4 - ORGANIZZAZIONE AZIENDALE ..... 16**

<b>Art. 23 - Criteri generali di organizzazione .....</b>	<b>16</b>
<b>Art. 24 - Board di Direzione Strategica .....</b>	<b>17</b>

<b>Art. 25 - Struttura Organizzativa .....</b>	<b>17</b>
<b>Art. 26 - Tipologie di incarichi.....</b>	<b>18</b>
<b>Art. 27 – Area della Direzione Aziendale.....</b>	<b>19</b>
Commissario Straordinario .....	19
Direttore Sanitario .....	20
Direttore dell’Area Tecnico-Amministrativa .....	21
Direzione Assistenziale Infermieristica, Tecnica e Riabilitativa .....	21
Funzioni in staff alla Direzione.....	22
<b>Art. 28 - Dipartimento Funzionale Clinico-Riabilitativo .....</b>	<b>24</b>
Finalità e organizzazione del Dipartimento Funzionale Clinico-Riabilitativo .....	24
Direttore di Dipartimento .....	25
<b>Art. 29 - Programmi trasversali .....</b>	<b>26</b>
Programma Dipartimentale Ospedale senza Dolore.....	26
Programma Neurofisiologia.....	26
<b>Art. 30 - Area Tecnico Amministrativa .....</b>	<b>26</b>
<b>Art. 31 – Area della Ricerca Scientifica e dell’Innovazione – Montecatone NeuroBridge Lab.....</b>	<b>28</b>
Direttore dell’Attività Scientifica .....	28
Board della Ricerca .....	28
Infrastruttura Ricerca & Innovazione.....	28
Montecatone NeuroBridge Lab.....	29
<b>CAP 5 - STRUMENTI DI GESTIONE .....</b>	<b>29</b>
<b>Art. 32 - Pianificazione strategica.....</b>	<b>29</b>
<b>Art. 33 - Processo di budgeting .....</b>	<b>29</b>
<b>Art. 34 - Bilancio di Esercizio e il Bilancio di Missione.....</b>	<b>29</b>
<b>Art. 35 - Relazione annuale dell’attività di ricerca .....</b>	<b>30</b>

## **CAPO 1 - MONTECATONE REHABILITATION INSTITUTE S.p.A.**

### **Art. 1 - Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A.: Costituzione, sede legale, sito, logo e patrimonio**

Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A. è una società per azioni a totale partecipazione pubblica dotata di autonomia imprenditoriale, costituita con atto del 23/06/1997 e durata fissata fino al 31 dicembre 2050.

Dal marzo 2010 la Società è costituita con la partecipazione dell'Azienda U.S.L. di Imola e del Comune di Imola, in forza della Legge Regionale 14/2010 ai sensi ed agli effetti dell'art. 51 bis legge regionale n. 50/1994 introdotto dall'art. 15 legge regionale del 25/02/2000, giusta deliberazione n. 496 del 19/03/1996; n. 656 dell'1/03/2000; n. 283 dell'8/2/2010; n. 270 del 28/2/2011 - della Giunta regione Emilia Romagna.

La denominazione è "Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A." (in sigla Montecatone R.I. S.p.A.) e la sede legale è la seguente: Via Montecatone, 37 – 40026 Imola (Bologna), tel. 0542/632811 - fax 0542/632805, Codice Fiscale, Partita IVA e numero d'iscrizione del Registro delle Imprese di Bologna 01789031208.

Il sito Web di Montecatone R.I. S.p.A. è: [www.montecatone.com](http://www.montecatone.com).

Il logo attuale di Montecatone R.I. S.p.A. è il seguente:



Pertanto nei documenti destinati al pubblico si utilizzerà la definizione scelta dalla Regione per facilitare la comprensione di chi non conosce l'inglese, ovvero "Istituto di Montecatone (Ospedale di Riabilitazione)".

Il patrimonio di Montecatone R.I. S.p.A., finalizzato ad attività istituzionali di assistenza, ricerca e formazione, alla data del 31/12/2018 è costituito da (costo storico al netto dei relativi fondi di ammortamento):

beni immobili per € 11.629.339. La cifra rappresenta il valore netto dell'immobile strumentale, dell'ampiezza di circa 14.500 metri quadrati, incluso il terreno sottostante ed un parco di 4 ettari;

beni mobili materiali e immateriali e immobilizzazioni finanziarie per € 2.696.061 di cui € 1.679.301 per attrezzature prevalentemente sanitarie ed € 240.060 per impianti.

### **Art. 2 - Valori aziendali**

I valori fondanti a cui si ispira l'Azienda sono:

- 1. ATTENZIONE ALL'ALTRO**
- 2. EQUITÀ**
- 3. ALTA PROFESSIONALITÀ**
- 4. COERENZA, TRASPARENZA, CONCRETEZZA**
- 5. QUALITÀ E INNOVAZIONE**

**Attenzione all'altro:** accoglienza, ascolto, disponibilità, attenzione e cura dell'altro, empatia, presa in carico e, nella relazione, rispetto e gentilezza, spinta a lavorare insieme agli altri, a costruire partnership e network, a condividere e collaborare con discipline, professioni, settori diversi integrando assistenza, clinica, ricerca e sperimentazione.

**Equità:** pari opportunità d'accesso, imparzialità.

**Alta Professionalità:** competenza, rigore nel fare, nel conoscere, nell'aggiornarsi, nell'informare, nel formare, nel trasferire competenze, nell'organizzare, nella gestione integrata dei percorsi di cura, nonché continua tensione dell'Organizzazione all'eccellenza.

**Coerenza, trasparenza, concretezza:** alimentare la fiducia dei cittadini, dimostrando efficienza, responsabilità, capacità di previsione. Tale principio si traduce principalmente nei seguenti obiettivi: garantire un sistema di verifiche continue degli obiettivi assunti; assicurare la leggibilità dei criteri di valutazione e dei risultati; sviluppare un sistema di comunicazione aziendale che tenda all'omogeneità, coerenza, diffusione e correttezza dell'informazione verso l'interno e l'esterno; promuovere l'attivazione di percorsi espliciti e di procedure gestionali che favoriscano l'utilizzo ottimale delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie; utilizzare strumenti adeguati di rendicontazione.

**Qualità e innovazione:** qualità dell'assistenza definita dalle dimensioni classiche (efficacia, efficienza, accettabilità, accessibilità, equità, rilevanza) e riconducibile al "fare al meglio le cose giuste e in sicurezza" e capacità di modificare o trasformare le caratteristiche dell'Organizzazione, alla luce sia delle esigenze manifestate dal contesto socio-culturale in cui si opera, sia delle necessità interne di cambiamento verso una performance migliore.

### Art. 3 - Missione

Montecatone R.I. S.p.A. è un Ospedale di riabilitazione di alta specialità dedicato alla cura e alla RIABILITAZIONE che accoglie pazienti affetti da mielolesione e cerebrolesione ad alta complessità clinico-assistenziale fin dalla fase acuta della malattia e che persegue l'obiettivo di metterli nelle condizioni di recuperare le AUTONOMIE possibili per una vita indipendente. Molte persone, successivamente alla malattia o all'incidente che le hanno portate a Montecatone, convivranno con una disabilità. Pertanto, è importante accompagnarle nella riappropriazione del migliore livello di autonomia possibile nella nuova condizione, sostenere adeguatamente la ricostruzione delle loro vite, mantenendone viva la speranza, l'indipendenza e la dignità, sostenendo la loro piena inclusione in tutti gli aspetti della vita sociale, per favorire l'adattamento alla condizione di disabilità sia da parte del paziente che del nucleo familiare e l'acquisizione di consapevolezza dei propri Diritti Umani.

Il rapporto con il volontariato e con il terzo settore è strategico per garantire, durante il ricovero a Montecatone, momenti di socializzazione e tempo libero utili a riprendere fin da subito una vita di relazioni sociali in continuità con quella che precedeva la lesione. Le attività socializzanti possono infatti giocare un ruolo importantissimo in vista del percorso di autonomia del paziente; secondario, ma non irrilevante, è anche l'obiettivo di offrire opportunità di svago a pazienti e parenti, in compagnia di persone che non siano né familiari né operatori dell'Ospedale. Data la scelta di valorizzare la rete territoriale, l'Istituto di Montecatone promuove la stipula di accordi con le Organizzazioni di volontariato i cui appartenenti siano disponibili a partecipare alle iniziative formative necessarie per prepararli

a gestire in modo idoneo la relazione di aiuto; affida alla Fondazione Montecatone Onlus il coordinamento tra tutte le realtà di volontariato convenzionate.

L'Ospedale di Montecatone ha sposato la strategia del "supporto alla pari" ovvero, quando opportuno, facilita l'incontro delle persone ricoverate con persone che in passato hanno affrontato un'esperienza simile, per facilitare una riflessione del paziente sulle proprie risorse e sulle sue concrete possibilità di essere ancora una Persona.

Pertanto, quando possibile, il paziente in dimissione viene messo in contatto con persone del suo territorio che hanno già una buona esperienza di reinserimento nella vita quotidiana.

#### **Art. 4 - Visione**

Montecatone R.I. S.p.A. vuole essere un ospedale di riabilitazione di riferimento nazionale per qualità assistenziale integrata, ricerca, competenze professionale, soddisfazione ed empowerment degli utenti. Un promotore e costruttore di reti e partnership nazionali e internazionali ben raccordato coi vari territori con una leadership scientifica riconosciuta in un ambiente di lavoro attrattivo e dinamico.

Per raggiungere questo obiettivo gli impegni di Montecatone R.I. saranno da orientare in modo da:

- costruire e potenziare le reti con partner di riferimento regionale, nazionale e internazionale;
- aumentare le attività di ricerca e di produzione scientifica;
- aumentare la capacità di lavorare in gruppi multidisciplinari e multiprofessionali, integrando le diverse competenze;
- essere punto di riferimento per la formazione esterna e mirare la formazione interna alle esigenze specifiche;
- valorizzare le competenze professionali.

#### **Art. 5 - Competenze trasversali**

Le competenze trasversali rappresentano quell'insieme di competenze che Montecatone R.I. ritiene necessario avere ovvero quei comportamenti che si ritengono desiderabili all'interno dell'organizzazione. È un modo di essere ed agire al quale tendere e per il quale è necessario il contributo di coloro che vi operano. Lo sviluppo di queste competenze deriva anzitutto dalla cultura aziendale, ovvero dall'insieme di valori e di conoscenze condivise in un'organizzazione. Il confronto tra i valori individuali e quelli attesi sul lavoro conduce alla definizione dei valori aziendali, i quali sono espressi da determinate competenze cognitivo-relazionali, traducibili in comportamenti osservabili.

Le competenze trasversali, derivate dai valori aziendali sono:

- **Ascolto e qualità relazionale**: disponibilità e orientamento ad accogliere e comprendere il pensiero e lo stato d'animo altrui, comunicando un feedback che manifesti interesse e assenza di pregiudizio; capacità di instaurare relazioni finalizzate alla comprensione e alla cura dell'altro.

- **Capacità di lavorare in gruppo:** lavorare condividendo idee e obiettivi comuni in un clima empatico e di positivo confronto, con puntualità e senso del dovere, attraverso un professionale e costruttivo confronto tra le diverse competenze, integrando le diverse professionalità/expertise per raggiungere obiettivi condivisi in accordo ai valori aziendali.
- **Apertura al cambiamento:** disponibilità ad accogliere ed affrontare accadimenti/eventi, anche inaspettati, con atteggiamento positivo, aperto e collaborativo.
- **Problem solving e tensione al risultato:** identificazione e definizione del problema con analisi degli eventuali "sottoproblemi", eliminazione delle cause e definizione delle soluzioni, capacità di decisione sulle azioni da intraprendere in base alle ipotesi di soluzione, attuazione e misurazione dei risultati dell'azione risolutoria per migliorarla e adattarla sulla base delle evidenze emerse.

La diffusione e l'adozione di queste competenze da parte di tutti gli operatori, sia nelle relazioni tra operatori che tra operatori e cittadini, costituisce un impegno prioritario di Montecatone R.I., nella convinzione che esse siano decisive per produrre un comportamento professionale capace di trasformare un sapere tecnico in prestazioni lavorative efficaci.

## **Art. 6 - Fondazione Montecatone ONLUS**

Su iniziativa di Montecatone R.I. S.p.A. si è costituita in data 17 dicembre 1998 l'organizzazione non lucrativa di utilità sociale denominata Fondazione Montecatone O.N.L.U.S., con sede in Imola.

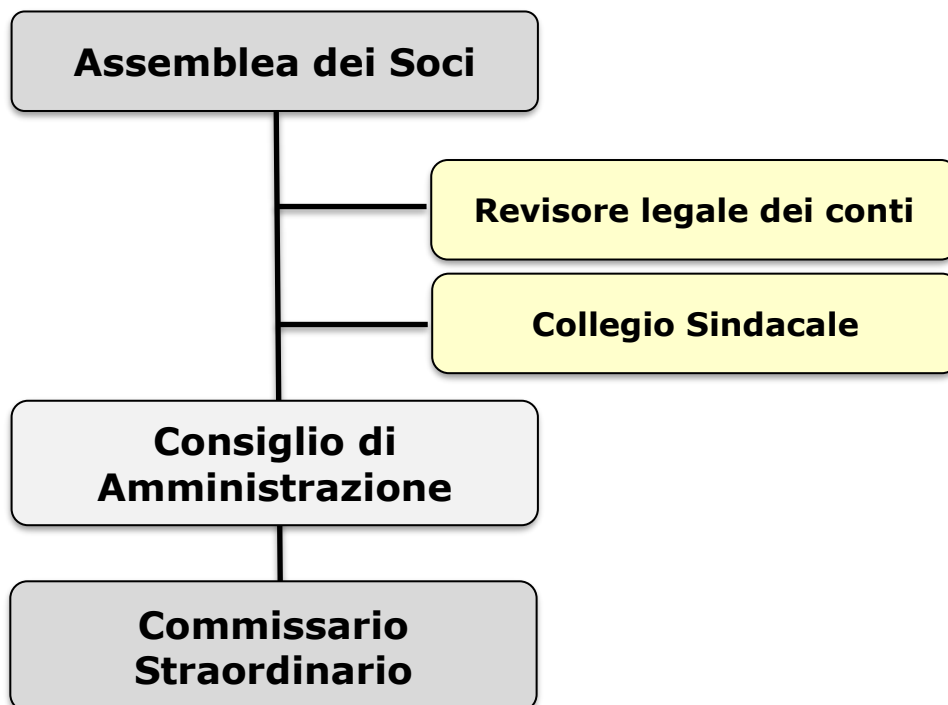
La Fondazione persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale, complementari all'attività promossa da Montecatone R.I. S.p.A., attraverso:

- a) il finanziamento di progetti di ricerca biomedica e clinica, sviluppo tecnologico, programmi di prevenzione, con specifico riferimento alle patologie di natura traumatica o degenerativa del sistema nervoso centrale e periferico;
- b) l'assistenza sociale e socio-sanitaria da realizzarsi attraverso il sostegno per l'implementazione di progetti socio-riabilitativi che si potranno concretizzare anche tramite acquisizione, conferimento, donazione e/o gestione di strutture abitative da destinare a residenze o semi-residenze e strutture di altro tipo che possano ospitare progetti riabilitativi o di accoglienza;
- c) lo sviluppo di accordi con i soggetti più qualificati del mondo universitario, utile a perseguire le finalità di ricerca aziendali.

Per la raccolta di fondi necessari a raggiungere i propri scopi, la Fondazione può promuovere ogni iniziativa ritenuta utile.

Il sito della Fondazione è [www.fondazionemontecatone.org](http://www.fondazionemontecatone.org).

## CAPO 2 - ASSETTO ISTITUZIONALE



### Art. 7 - Assemblea dei Soci

L'Assemblea regolarmente costituita rappresenta l'universalità dei soci e le sue deliberazioni sono assunte in conformità alla legge ed allo Statuto della Società. L'Assemblea è ordinaria e straordinaria.

L'Organo Amministrativo ha facoltà di prorogare il termine per l'adunanza dell'Assemblea ordinaria prevista dall'ultimo comma dell'art. 2364 C.C. fino a 180 giorni dalla chiusura dell'esercizio sociale a norma dell'art. 2364 C.C. (cfr. art. 9 dello Statuto). L'Assemblea ordinaria ha le competenze previste dal primo comma dell'art. 2364 C.C. mentre l'Assemblea straordinaria quelle di cui all'art. 2365 C.C. L'Assemblea è presieduta dal Presidente del Consiglio di Amministrazione o, in caso di assenza o impedimento, da altra persona scelta dall'Assemblea seduta stante.

### Art. 8 - Consiglio di Amministrazione

La Società è amministrata, ai sensi della normativa vigente valevole per le società a totale partecipazione pubblica, da un Consiglio di Amministrazione composto da 3 (tre) membri, nominati dall'Assemblea e designati secondo quanto di seguito previsto:

- un componente designato dall'Azienda USL di Imola, d'intesa con il Comune di Imola;
- un componente designato della Regione Emilia-Romagna, d'intesa con le amministrazioni socie;
- un componente designato dall'Azienda USL di Imola.

La composizione del Consiglio di Amministrazione deve rispettare il criterio di riparto tra generi. L'assunzione della carica di amministratore e l'esercizio di attività dell'amministratore avviene nel rispetto della disciplina prevista dalle disposizioni statali in materia di

inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico. Qualora vengano a mancare uno o più amministratori, alla relativa sostituzione provvederà l'Assemblea su designazione del medesimo ente che aveva designato l'amministratore cessato dalla carica, assicurando il mantenimento dell'equilibrio di genere nella composizione del Consiglio di Amministrazione.

Il Consiglio di Amministrazione resta in carica per tre esercizi dalla nomina salvo rielezione, dimissioni, decadenza, revoca ovvero fissazione di un termine inferiore da parte dell'Assemblea che provvede alla nomina. Al Consiglio di Amministrazione spettano i più ampi ed illimitati poteri per l'amministrazione ordinaria e straordinaria della Società, senza eccezioni di sorta e più segnatamente vi sono conferite tutte le facoltà per l'attuazione ed il raggiungimento degli scopi sociali, che non siano per legge in modo tassativo riservate all'Assemblea dei Soci.

Il Consiglio di Amministrazione e il Commissario Straordinario sono tenuti a prendere atto delle determinazioni assunte dall'Assemblea nonché a garantirne e assumerne l'esecuzione. Ai componenti dell'organo amministrativo spetta il rimborso delle spese sopportate per ragione del loro ufficio.

### **Art. 9 - Presidente del Consiglio di Amministrazione**

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione è nominato dall'Assemblea su indicazione dell'Azienda USL di Imola e resta in carica per tre esercizi.

Al Presidente del Consiglio di Amministrazione è attribuita la rappresentanza della Società nei confronti di terzi, anche in sede giudiziale, nonché la firma sociale.

Nei casi di assenza o di impedimento del Presidente del Consiglio di Amministrazione, per necessità urgenti di compiere atti che impegnano la Società, le funzioni del Presidente sono vicariate da un altro componente del Consiglio di Amministrazione individuato dal Consiglio stesso.

### **Art. 10 - Collegio Sindacale**

Il Collegio Sindacale è composto da tre membri effettivi e due supplenti. La composizione del Collegio deve rispettare il criterio di riparto tra generi. Conseguentemente anche i Sindaci supplenti devono essere di genere diverso e, se nel corso del mandato vengono a mancare uno o più Sindaci effettivi, subentrano i Sindaci supplenti nell'ordine atto a garantire il rispetto dello stesso riparto. I sindaci durano in carica tre esercizi e sono rieleggibili.

Il Collegio Sindacale è nominato dall'Assemblea dei soci che può assegnare loro un compenso annuo nel rispetto della disciplina prevista dalle disposizioni statali e regionali per le società partecipate dagli enti pubblici.

Il Collegio Sindacale ha i doveri e i poteri di cui agli articoli 2403, 2403-bis e 2404 del codice civile; esso esercita le funzioni di vigilanza sulla regolarità amministrativa e tra i suoi compiti:

- vigila sull'osservanza della legge e dei principi contenuti nello Statuto;

- vigila sul rispetto dei principi di corretta amministrazione, sull'adeguatezza dell'assetto organizzativo, amministrativo e contabile della Società ovvero sul concreto funzionamento;
- può in qualsiasi momento procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e controllo;
- può chiedere agli amministratori notizie sull'andamento delle operazioni sociali o su determinati affari.

### **Art. 11 - Revisore Legale dei Conti**

La Revisione legale dei conti sulla Società è esercitata da un Revisore Unico Indipendente o da una società di revisione iscritti nel Registro istituito presso il Ministero dell'Economia e non può essere affidata al Collegio Sindacale, ai sensi del disposto dell'art. 3, comma 2, D.Lgs. n. 175/2016. Per tutta la durata dell'incarico debbono possedere i requisiti previsti dalle disposizioni vigenti.

L'incarico del Revisore Legale dei Conti non può eccedere i tre esercizi sociali, con termine alla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo all'ultimo esercizio dell'incarico; i revisori sono rieleggibili.

L'incarico è conferito dall'Assemblea dei soci su proposta motivata del Collegio Sindacale. L'Assemblea determina il compenso per l'intera durata dell'incarico e gli eventuali criteri di adeguamento di tale corrispettivo durante l'incarico.

I compiti del Revisore o della società di revisione sono inerenti alla revisione legale dei conti; in particolare, tali soggetti:

- verificano nel corso dell'esercizio la regolare tenuta della contabilità sociale e la corretta rilevazione dei fatti di gestione nelle scritture contabili;
- esprimono con apposita relazione un giudizio sul bilancio di esercizio e sulla coerenza della relazione degli amministratori con i dati del bilancio;
- scambiano tempestivamente con il Collegio Sindacale le informazioni rilevanti per l'espletamento dei rispettivi compiti.

### **Art. 12 - Collegio di Direzione**

Il Collegio di Direzione è organo collegiale con compiti di elaborazione e di proposta nei confronti del Commissario Straordinario:

- a. per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi;
- b. per le attività di aggiornamento, formazione permanente, ricerca e innovazione;
- c. per la valorizzazione delle risorse umane e professionali, per l'integrazione e la coerenza tra attività assistenziale e attività didattica e di ricerca.

Il Collegio di Direzione esprime parere sull'Atto Aziendale e sui programmi di attività di carattere strategico che incidono sulla organizzazione dei servizi e che possono comportare rilevanti effetti sulla qualità e sulla sicurezza dell'attività assistenziale.

Il Collegio partecipa alla fase di valutazione e validazione del programma aziendale di formazione permanente in collaborazione con il Dipartimento e alla formulazione di proposte in materia di libera professione.

Il Collegio partecipa alla fase di elaborazione del programma aziendale di gestione integrata del rischio e lo propone per la sua adozione alla Direzione Aziendale.

Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Sanitario e composto da:

- Direttore Area Amministrativa (o in su sua assenza dai Coordinatori di area amministrativa),
- Direttore del Dipartimento Funzionale Clinico-Riabilitativo,
- Medici Direttori di Unità Operativa complessa,
- Responsabile del Programma: "Abilitazione della persona con disabilità e promozione della Vita Indipendente",
- Direttore dell'Area Assistenziale Infermieristica e Riabilitativa,
- Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione.

Al Collegio di Direzione possono essere invitati a partecipare esperti che possano fornire un contributo alla trattazione di singoli argomenti. Il Collegio deve essere convocato almeno una volta all'anno e ogni qualvolta la Direzione strategica lo ritenga opportuno.

È prevista una sua convocazione in concomitanza con l'approvazione delle linee guida del processo di budget ed in sede di valutazione dei risultati di esercizio.

Alle riunioni del Collegio sono invitati permanenti il Commissario Straordinario e il Direttore dell'Attività Scientifica.

## **Art. 13 - Organismi di Garanzia**

### **Organismo Aziendale di Valutazione (OAV)**

L'Organismo Aziendale di Valutazione (OAV) è costituito con atto del Commissario Straordinario ed è composto da tre unità esterne all'Istituto che complessivamente assicurano l'esperienza nel campo del management, della valutazione delle prestazioni, della valutazione del personale e della programmazione e controllo di gestione; uno dei componenti deve essere un medico esperto in organizzazione sanitaria. Le funzioni attribuite all'Organismo Aziendale di Valutazione sono quelle previste per legge, ai sensi della normativa vigente. L'OAV in particolare valuta, sotto il profilo gestionale, l'effettiva attuazione da parte delle strutture aziendali delle scelte contenute negli atti di indirizzo strategico, in termini di congruenza tra obiettivi prefissati e risultati ottenuti. Tale funzione di controllo si inserisce nella logica più ampia del processo strategico di pianificazione e controllo aziendale. L'attività dell'Organismo Aziendale di Valutazione è disciplinata da apposito regolamento aziendale.

### **Organismo di Vigilanza (ODV)**

L'Organismo di Vigilanza ha il compito, come indicato dall'art. 6 del Decreto Legislativo 231 del 2001, di vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli di organizzazione e di gestione, adottati dal Consiglio di Amministrazione, idonei a prevenire reati, nonché di curare l'aggiornamento di tali modelli. I modelli devono infatti rispondere alle seguenti esigenze:

- individuare le attività nel cui ambito possono essere commessi reati;
- prevedere specifici protocolli diretti a programmare la formazione e l'attuazione delle

- decisioni dell'ente in relazione ai reati da prevenire;
- individuare modalità di gestione delle risorse finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;
- prevedere obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli;
- introdurre un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

L'Organismo di Vigilanza è disciplinato da apposito Regolamento, è composto da tre componenti, 2 nominati esternamente ed uno di nomina interna.

Il Membro interno dell'Organismo di Vigilanza garantisce l'applicazione della Determinazione n. 8 del 17 giugno 2015 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione «*Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e gli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici*» con particolare riferimento alle disposizioni della legge 190 del 2012.

### **Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza svolge attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate. Segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione all'organo di indirizzo politico, all'Organismo Aziendale di Valutazione, all'Autorità nazionale anticorruzione (Anac) e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina (articolo 43 del d.lgs n. 33/2013). È nominato dall'organo di indirizzo tra le figure apicali presenti in servizio con funzioni e i poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico (che è a termine) avendo piena autonomia ed effettività.

Ha la funzione di predisporre il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) e il calendario della formazione (compresi i temi su etica e legalità) per tutto il personale e settoriale per i soggetti maggiormente esposti al rischio corruttivo; di segnalare all'organo di indirizzo e all'organismo indipendente di valutazione (o Nuclei di valutazione) le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure previste nel PTPCT; oltre che di verificare l'efficace attuazione del PTPCT e della sua idoneità, nonché proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione.

Verifica altresì, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione e redige la relazione annuale di rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite da PTPCT, entro gennaio di ogni anno.

### **Art. 14 - Organismi di Partecipazione**

#### **Comitato Consultivo Misto (CCM)**

Il Comitato Consultivo Misto (CCM) è un organismo consultivo atto a promuovere l'attiva partecipazione e la fattiva collaborazione tra l'organizzazione sanitaria ed i Cittadini/Utenti, in riferimento ai momenti di verifica del livello delle prestazioni erogate e di valutazione della

qualità dal lato dell'utenza. Esso è composto in maggioranza da rappresentanti delle associazioni ed organizzazioni di volontariato, operanti nel settore di interesse dell'Ospedale, o di tutela dei diritti dei cittadini ed in minoranza da rappresentanti interni dell'Ospedale. Le associazioni e le organizzazioni possono far parte del Comitato solo se regolarmente iscritte ai registri/albi regionali corrispondenti alla loro forma giuridica o se hanno presentato regolare richiesta di iscrizione presso di loro.

Il Comitato Consultivo Misto svolge nello specifico i seguenti compiti:

- assicurare i controlli di qualità dal lato della domanda, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi;
- individuare indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utenza;
- sperimentare modalità di raccolta e di analisi dei "segnali di disservizio".

La costituzione del CCM della Montecatone R.I. S.p.A. è stata approvata con delibera del Consiglio di Amministrazione del 17/12/1999, ai sensi dell'art. 14 D. Lgs. 502/92, degli artt. 15 e 16 della L.R. 19/94, e della Direttiva regionale n. 1011 del 07/03/1995. Il CCM è disciplinato da apposito Regolamento e approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 13/12/2017.

### **Altri organismi collegiali e comitati**

Per assolvere alle funzioni individuate dalla normativa di riferimento e dare impulso al lavoro multidisciplinare su specifici aspetti del percorso clinico assistenziale sono attivati Comitati e Gruppi di Lavoro: Comitato infezioni ospedaliere (CIO), Comitato Buon uso sangue (COBUS) in collaborazione con l'AUSL di Imola, Comitato ospedale senza dolore (COSD), Commissione terapeutica aziendale (CTA), Comitato Valutazione Sinistri (CVS), Board della Ricerca, rete woundcare. Per ciascuno dei succitati gruppi o comitati sono individuati i relativi coordinatori e partecipanti.

## **CAPO 3 - SISTEMA DELLE RELAZIONI ESTERNE**

### **Art. 15 - Rapporti con i cittadini singoli e associati**

Gli strumenti tradizionali con cui Montecatone R.I. assicura la partecipazione sono rappresentati dai Comitati Consultivi Misti e dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico a cui saranno affiancati strumenti di web.

L'Azienda garantisce la tutela dei diritti degli utenti e la comunicazione trasparente delle modalità di offerta dei servizi attraverso la Carta dei Servizi.

### **Art. 16 - Rapporti con il Volontariato**

Il rapporto con il volontariato è strategico per garantire, durante il ricovero a Montecatone, momenti di socializzazione e tempo libero utili a riprendere fin da subito una vita di relazioni sociali in continuità con quella che precedeva la malattia. Le attività socializzanti possono infatti giocare un ruolo importantissimo in vista del percorso di autonomia del paziente;

secondario, ma non irrilevante, è anche l'obiettivo di offrire opportunità di svago a pazienti e parenti, in compagnia di persone che non siano né familiari né operatori dell'Ospedale. Data la scelta di valorizzare la rete territoriale, Montecatone R.I. S.p.A. promuove la stipula di accordi con le Organizzazioni di volontariato i cui appartenenti siano disponibili a partecipare alle iniziative formative necessarie per prepararli a gestire in modo idoneo alla relazione di aiuto; affida alla Fondazione Montecatone Onlus il coordinamento tra tutte le realtà di volontariato convenzionate.

### **Art. 17 - Rapporti con la Regione Emilia-Romagna**

Il Servizio Sanitario Regionale costituisce un sistema unitario nell'ambito del quale si integrano in rete i servizi e le attività delle Aziende Sanitarie. Nell'ambito della programmazione regionale il ruolo di Montecatone è quello di principale "Hub" regionale per le lesioni midollari ed uno dei centri "Hub/Spoke" per le gravi cerebrolesioni acquisite. Per le attività di programmazione, verifica e rendicontazione delle attività, Montecatone R.I. S.p.A. assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi e i vincoli definiti dalla Regione Emilia-Romagna, come declinate anche dalla programmazione di ambito distrettuale e nella pianificazione attuativa aziendale e distrettuale, attraverso gli strumenti previsti dalla normativa e dagli atti di programmazione regionale.

### **Art. 18 - Rapporti con il Circondario Imolese**

In analogia con quanto previsto per le aziende sanitarie pubbliche e nella logica della trasparenza e della ricerca di sempre migliori livelli di equità per garantire un adeguato raccordo tra i livelli istituzionali preposti alla programmazione ed alla vigilanza sull'andamento dei servizi sanitari, gli atti di programmazione dei servizi ed i propri documenti di programmazione economica-finanziaria sono disponibili e accessibili al Nuovo Circondario Imolese, di cui alla L.R. 6/2004.

### **Art. 19 - Rapporti con l'Azienda UsI di Imola**

L'Azienda UsI di Imola, oltre ad essere il principale azionista della Società che gestisce l'Ospedale di Montecatone, costituisce l'Ente che completa le competenze richieste ad un'Unità Spinale Integrata ed a un centro Hub/Spoke per le gravi cerebrolesioni acquisite, fornendo le prestazioni di laboratorio e consulenze specialistiche integrative delle competenze disponibili a Montecatone. A tal fine sono stipulati appositi accordi di collaborazione e fornitura di prestazioni.

### **Art. 20 - Rapporti con le altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale**

Montecatone R.I. riconosce nelle altre aziende regionali partner importanti e necessari per la realizzazione dell'Unità Spinale Integrata ed è fortemente impegnato a sviluppare tutti gli interventi e le collaborazioni necessarie con le diverse istituzioni, aggiornando ed incentivando la modalità di "lavoro in rete".

La scelta strategica di Montecatone per il lavoro in rete, inteso come modalità che, valorizzando i diversi attori del percorso riabilitativo, è coerente con l'obiettivo di promuovere la globalità dei diritti della persona con disabilità, senza che si rinunci alla qualità delle cure sanitarie. Questo concetto si traduce in un modello organizzativo che dedica particolare attenzione alla stipula di Accordi finalizzati a realizzare un'integrazione forte con le altre realtà cliniche territoriali – secondo un modello capace di proporsi come alternativo all'Unità Spinale tradizionalmente definita in Italia come Unipolare.

La continua messa a punto di percorsi di miglioramento, ponendo al centro la coerenza del percorso riabilitativo che un territorio può offrire alla persona che presenta una lesione midollare o cerebrale, ha portato Montecatone R.I., in collaborazione con l'Azienda USL di Bologna, al raggiungimento del riconoscimento da parte dell'ente di certificazione CERMET della "Certificazione di qualità del Percorso assistenziale del Paziente con lesione midollare traumatica dell'Unità Spinale Integrata di Montecatone-Bologna".

### **Art. 21 - Rapporti con l'Università**

Montecatone individua nel mondo universitario un partner privilegiato del proprio operato, con riferimento a tutte le attività caratteristiche: assistenza, ricerca e formazione.

La collaborazione strutturata con l'Università offre l'opportunità di sviluppare iniziative comuni nell'ambito della ricerca e dell'innovazione delle cure. Per la Formazione, dall'anno accademico 2002/2003, Montecatone partecipa alla gestione del Corso di Laurea in Fisioterapia dell'Università di Bologna, decentrato nella sede di Imola, in base ad un accordo rinnovato tra l'Università stessa e l'Azienda Usl di Imola. In particolare, Montecatone mette a disposizione un Coordinatore Didattico e professionisti dipendenti per l'attività di docenza e tutoraggio. Montecatone è sede di tirocinio, oltre che per Infermieri, Fisioterapisti e Terapisti Occupazionali, anche per Psicologi e Assistenti Sociali. Inoltre la struttura si prefigge di accogliere per tirocinio o tesi di laurea studenti universitari del Corso di Laurea in Scienze Motorie, Scienze della Comunicazione, Educatori Professionali, Tecnici della sicurezza nell'ambiente di lavoro o di Biotecnologie, ecc.

### **Art. 22 - Rapporto con le Organizzazioni Sindacali (OO.SS.)**

Montecatone R.I. S.p.A. riconosce l'importanza fondamentale del sistema delle relazioni sindacali con le Confederazioni Sindacali, con le Organizzazioni Sindacali di categoria firmatarie degli accordi collettivi nazionali di lavoro e con la RSU Aziendale, soggetto elettivo che si esprime in rappresentanza dei diritti e degli interessi dei lavoratori.

Il Sistema delle Relazioni Sindacali è fondato sui principi della lealtà, della trasparenza e della correttezza nei momenti della informazione, del confronto, della concertazione e della negoziazione tra le parti affinché congiuntamente, pur nel rispetto della distinzione dei ruoli e delle responsabilità, si pervenga alla realizzazione del comune obiettivo di contemperare l'interesse dei dipendenti al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale, con l'esigenza dell'Azienda tesa all'incremento della efficacia, qualità ed efficienza dei servizi erogati, nonché con l'interesse dell'utenza al soddisfacimento dei bisogni di tutela della salute in maniera qualitativamente adeguata.

Montecatone R.I. S.p.A. promuove con i già menzionati soggetti sindacali tutte le procedure di confronto previste dalla vigente normativa e dai CC.CC.NN.LL. nei diversi momenti della contrattazione, concertazione, consultazione, informazione.

## **Capo 4 - ORGANIZZAZIONE AZIENDALE**

### **Art. 23 - Criteri generali di organizzazione**

L'atto aziendale disciplina i livelli di competenza e di responsabilità, le funzioni di produzione e di supporto, le funzioni di indirizzo strategico e di gestione operativa.

Il modello organizzativo di Montecatone R.I. è finalizzato allo sviluppo della propria mission, al supporto della strategia e dei processi operativi; esso è improntato al rispetto di alcuni criteri generali:

- **la semplicità**, intesa come la modalità guida a cui fare riferimento per sviluppare i processi professionali ed operativi, sia orizzontali che verticali;
- **l'integrazione** delle attività assistenziali, amministrative e delle funzioni di didattica e di ricerca, caratterizzate da una diffusa interdipendenza per lo sviluppo dei processi di innovazione e miglioramento continuo;
- **la flessibilità e l'inclusione** nella gestione del cambiamento organizzativo, l'organizzazione deve continuamente imparare sotto il profilo delle competenze professionali individuali e nella capacità di operare insieme; questa è la condizione per evolvere e innovare nella erogazione dei servizi di cura e nei processi di gestione amministrativa e tecnologica;
- la valorizzazione **delle cooperazioni attive con altri enti del SSR**;
- la **partecipazione** alle scelte e alle soluzioni dei problemi attraverso lo sviluppo del lavoro in equipe, la circolazione e la socializzazione delle informazioni, il potenziamento delle relazioni interne, la condivisione delle competenze acquisite. L'attenzione all'utilizzo dell'informazione e il confronto come valore per la crescita del sistema, la comunicazione come strumento di condivisione dell'esperienza e di costruzione dei processi di lavoro;
- la **responsabilizzazione diffusa** che si sviluppa attraverso la distinzione tra funzioni di pianificazione strategica poste in capo alla Direzione Aziendale e la responsabilità gestionale sulla produzione di competenza, a fronte di precisi spazi di autonomia operativi e gestionali. L'individuazione delle soluzioni organizzative ed operative praticabili avviene all'interno dei luoghi formali di discussione e decisione. Questi sono individuati negli organismi di governo dell'Azienda e delle sue articolazioni, quali in particolare, il Collegio di Direzione, il Board di Direzione Strategica, il Comitato del Dipartimento, i comitati e i gruppi di lavoro istituiti su specifiche esigenze progettuali o per finalità di governo di specifiche problematiche.

I principi sopra elencati e l'aderenza ai contenuti del Decreto Legislativo 231/2001 costituiscono la base concettuale su cui è costruito il Codice Etico e Comportamentale della Società.

## **Art. 24 - Board di Direzione Strategica**

Attraverso la costituzione del Board di Direzione Strategica, l'Azienda intende realizzare concretamente i principi di collegialità e responsabilità diffusa nell'esercizio delle funzioni di alta direzione aziendale, per dar vita ad un contesto operativo sempre maggiormente improntato a logiche di condivisione e responsabilizzazione e per la costruzione di una cultura aziendale che sappia promuovere e gestire il cambiamento del sistema.

Al board partecipano con riunioni orientativamente a cadenza quindicinale i Direttori di struttura complessa, struttura semplice, struttura semplice dipartimentale, la Direzione assistenziale, il Direttore dell'area tecnico-amministrativa, i Coordinatori di area amministrativa, i Responsabili di programma, i Referenti delle funzioni di staff. Il Commissario Straordinario potrà invitare di volta in volta operatori coinvolti sugli argomenti in discussione.

## **Art. 25 - Struttura Organizzativa**

L'Ospedale è articolato, per il perseguimento della propria mission, **in strutture organizzative** nell'ambito delle quali sono individuati – nell'ottica del migliore utilizzo possibile delle risorse, delle conoscenze e delle competenze – gli ambiti di specializzazione ed i livelli di responsabilità dei professionisti e degli operatori. Nelle strutture organizzative si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali) finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, di programmazione e di produzione di prestazioni e servizi sanitari. Le competenze professionali sono valorizzate attraverso l'assegnazione di incarichi professionali per la dirigenza e di "posizioni" per il comparto.

Le tipologie di strutture organizzative aziendali sono Dipartimento, Strutture Complesse, Strutture Semplici, Programma e **gli incarichi di posizione e funzione per il comparto**.

1. Il **Dipartimento** è un'aggregazione di Unità Operative o Direzioni e di strutture semplici a valenza dipartimentale, con autonomia tecnico-professionale nonché gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.
2. Per **Struttura Complessa** si intende un'Unità Operativa, un Servizio o una loro aggregazione in Dipartimento, individuata dall'azienda, dotata di risorse professionali, tecniche ed economiche finalizzate da assolvere le funzioni operative attribuite. Le strutture complesse rappresentano, dopo il Dipartimento, le aggregazioni più ampie di risorse umane e tecniche e ricomprendono al loro interno strutture organizzative semplici.
3. **In ambito Dipartimentale**, le Strutture Complesse acquisiscono la denominazione di "**Unità Operativa Complessa**". Ciascuna struttura complessa possiede autonomia tecnico-professionale e gestionale-organizzativa, limitatamente alle risorse e ai programmi negoziati ed assegnati in modo specifico, e concorre allo svolgimento delle attività formative e di ricerca organizzate dalle strutture istituzionalmente preposte a tali attività.
4. **Nell'area della Direzione Strategica**, le strutture complesse acquisiscono la denominazione di "Direzione" (Direzione Area Assistenziale Infermieristica e Riabilitativa, Direzione Area Tecnico- Amministrativa, ed afferiscono rispettivamente alla

Direzione Sanitaria e al Commissario Straordinario.

5. Per **Struttura Semplice** si intendono sia le articolazioni interne della struttura complessa, sia quelle a valenza dipartimentale, dotate di responsabilità ed autonomia tecnico-professionale e gestionale-organizzativa limitatamente alle risorse ed agli obiettivi negoziati ed assegnati in modo specifico. Le Strutture Semplici sono articolazioni organizzative o funzionali che possono afferire direttamente alla Direzione Aziendale (Commissario Straordinario, Direzione Sanitaria), alla Direzione Infermieristico-Riabilitativa, alla Direzione dell'Area Amministrativa.
6. Quando la Struttura Semplice afferisce direttamente al Direttore del Dipartimento e non è incardinata all'interno di una Struttura Complessa, si definisce **Struttura Semplice a valenza Dipartimentale**.
7. In ambito assistenziale le Unità Operative a conduzione infermieristica sono denominate **"Unità Operativa a Direzione assistenziale"** e prevedono l'assegnazione di una P.O.
8. Il **Programma** è una risorsa a supporto e a beneficio dell'integrazione e agisce in modo trasversale per consentire, in relazione a determinati processi assistenziali o di ricerca di rilievo aziendale, la programmazione e l'organizzazione unitaria di attività e competenze fornite da professionisti afferenti a strutture organizzative, anche diverse. Per l'espletamento delle proprie funzioni, esso non configura dipendenze gerarchiche e consente al Responsabile di operare in piena autonomia funzionale entro i confini del Programma stesso. Il Responsabile non gestisce direttamente risorse professionali ma attua il Programma attraverso azioni che coinvolgono l'insieme delle strutture che esso interessa. Possono essere incarichi a tempo che si esauriscono in relazione alla modifica dei contesti e della programmazione aziendale. L'incarico di Programma è assegnato dal Commissario Straordinario in via fiduciaria al personale dipendente a tempo pieno o part time.

L'istituzione, modifica o soppressione di Strutture Complesse è approvata dal Consiglio di Amministrazione, su proposta motivata del Commissario Straordinario, sentito il Collegio di Direzione, nel rispetto delle procedure previste dal presente atto e dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti nel tempo.

## **Art. 26 - Tipologie di incarichi**

Le tipologie di incarichi conferibili ai **dirigenti medici** sono le seguenti

### I) Incarichi gestionali:

- a) incarico di direzione di struttura complessa;
- b) incarico di responsabile di struttura semplice a valenza dipartimentale;
- c) incarico di responsabile di struttura semplice quale articolazione interna di struttura complessa.

### II) Incarichi professionali:

- a) incarico di altissima professionalità;
- b) incarico di alta professionalità;
- c) incarico di alta specializzazione;
- d) incarico di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo;

e) incarico di base.

Le tipologie di incarichi attribuibile al **personale del comparto**, denominati **Incarichi di Funzione**, sono individuabile in quei settori ritenuti strategici per l'Azienda che richiedono anche lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del profilo di appartenenza. Si distinguono tra **incarichi di organizzazione e incarichi professionali**.

Per il personale appartenente ai ruoli sanitari:

- **l'incarico di Organizzazione** comporta lo svolgimento di funzioni caratterizzate da ampi margini di autonomia e responsabilità finalizzate alla gestione dei processi assistenziali, formativi, al miglioramento della qualità dell'assistenza e/o dei processi produttivi connessi all'esercizio della funzione sanitaria e sociosanitaria. La funzione di coordinamento è confermata e valorizzata all'interno della graduazione dell'incarico di organizzazione.
- **l'incarico Professionale** comporta l'esercizio di compiti derivanti dalla specifica organizzazione delle funzioni prevista nell'organizzazione aziendale.

Per il personale appartenente ai ruoli amministrativo, tecnico e professionale:

- **l'incarico di Organizzazione** comporta funzioni di gestione di servizi di particolare complessità caratterizzate da elevato grado di autonomia gestionale ed organizzativa e che possono richiedere anche l'attività di coordinamento di altro personale.
- **l'incarico Professionale** comporta attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione (correlate eventualmente alla iscrizione ad albi professionali ove esistenti).

Le modalità di istituzione e di graduazione degli incarichi nonché le modalità di conferimento, modifica, revoca e verifica degli incarichi sono disciplinate mediante regolamenti specifici, previa concertazione con le OO.SS ai sensi dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro vigenti nel tempo.

## **Art. 27 – Area della Direzione Aziendale**

### **Commissario Straordinario**

E' introdotta la figura del Commissario Straordinario a far data dal giorno 19 novembre 2023, al fine di garantire la conduzione della direzione strategica dell'istituto attraverso la continuità amministrativa, gestionale e organizzativa per la tutela della salute dei cittadini, nonché per l'erogazione dei servizi assistenziali e socio-sanitari, coordinando temporaneamente la stessa con i processi di riorganizzazione e integrazione volti alla ridefinizione della veste giuridica di Montecatone R.I. S.p.A. con l'obiettivo di creare un ente di diritto pubblico appartenente al Sistema Sanitario Regionale.

Al Commissario Straordinario si applicano in quanto compatibili le norme di legge e di statuto dettate per il Direttore Generale.

Il Commissario Straordinario è nominato, previa acquisizione dell'autorizzazione dell'assemblea ordinaria, mediante apposita delibera del Consiglio di Amministrazione, il

quale provvederà all'attribuzione dei relativi poteri, fermo restando che il compimento di ogni atto gestionale resterà di competenza esclusiva dei relativi organi sociali.

Al Commissario Straordinario compete la gestione delle relazioni con l'Assessorato regionale e con le Aziende del Servizio Sanitario Regionale per la realizzazione della trasformazione della veste giuridica di Montecatone; tali attività prevedono:

- la preventiva analisi e valutazione delle proposte con il Consiglio di Amministrazione;
- la definizione degli obiettivi e delle azioni da intraprendere;
- l'aggiornamento costante al Consiglio di Amministrazione sugli esiti delle azioni svolte.

Nello specifico i poteri temporanei di gestione, attribuiti al Commissario Straordinario, si riferiscono alla produzione dei servizi assistenziali, all'acquisizione di beni e servizi, al governo economico e finanziario della società, alla definizione della dotazione organica legata alla variazione di assetto giuridico, alla sicurezza aziendale, alla gestione del contenzioso, alla gestione delle relazioni sindacali, alla sottoscrizione di accordi aziendali in materia di lavoro e all'adozione di provvedimenti disciplinari compresi quelli non conservativi che prevedono l'interruzione del rapporto di lavoro.

Sono nominati dal Consiglio di Amministrazione su proposta del Commissario Straordinario e riferiscono direttamente allo stesso:

- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, ai sensi della L. 190/2012 e della Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013;
- il Responsabile del Servizio di Protezione e Prevenzione Aziendale, ai sensi del D. Lgs. 81/2008.

È nominato e riferisce direttamente al Direttore Generale:

- la funzione del Medico Competente, ai sensi del D. Lgs. 81/2008;
- il Direttore Sanitario.

## **Direttore Sanitario**

Il Direttore Sanitario assolve anche le funzioni di Direzione medica ospedaliera, coadiuva nell'esercizio delle proprie funzioni il Commissario Straordinario, in particolare svolgendo la funzione di integrazione e di raccordo con il Dipartimento, nell'ambito delle tematiche trattate dal Collegio di Direzione relative al governo clinico, all'accreditamento, alla gestione del rischio, all'analisi dei processi assistenziali, alla formazione ed alla ricerca. È responsabile delle funzioni igieniche - organizzative previste dalla normativa nazionale e regionale vigente. Il Direttore Sanitario promuove l'accesso tempestivo ed appropriato ai servizi e garantisce la continuità dell'assistenza.

Il Direttore Sanitario è responsabile del governo clinico, nell'ambito degli indirizzi strategici dell'Ospedale e degli obiettivi della programmazione annuale dell'attività. A tale scopo si avvale delle proposte elaborate dal Collegio di Direzione, nonché dai responsabili delle strutture organizzative che afferiscono alla Direzione Sanitaria.

Il Direttore Sanitario coordina le funzioni di staff ad esso afferenti, garantendo l'attuazione del sistema aziendale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente, nonché l'esercizio delle funzioni relative alla responsabilità professionale e alla gestione del

contenzioso in collaborazione con i servizi amministrativi preposti; assicura quindi il raccordo di tutte le articolazioni aziendali, per l'implementazione ed il monitoraggio di:

- programmi di prevenzione delle infezioni, delle lesioni da pressione, delle cadute;
- corretta gestione dei rifiuti sanitari, valutazione dei requisiti igienico-organizzativi delle strutture sanitarie;
- prevenzione degli errori e analisi degli eventi avversi e dei near-miss, anche con audit clinici ad hoc, misurazione dell'aderenza alle linee guida, verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e delle procedure da parte del personale;
- revisione degli indicatori di mortalità e di morbilità, sottoposti a monitoraggio nazionale, regionale e locale;
- sicurezza nella gestione dei farmaci compresi programmi di riconciliazione farmaceutica;
- accreditamento istituzionale e volontario delle articolazioni aziendali;
- accreditamento dei professionisti con definizione degli standard di prodotto/percorso organizzativo;
- dei relativi indicatori di valutazione (per volumi, appropriatezza, esiti, ecc.).

Il Direttore Sanitario promuove inoltre una efficace integrazione con le Istituzioni territoriali competenti, per organizzare un percorso di rientro coerente con le esigenze di continuità terapeutica e rispettoso del diritto della persona con disabilità al reinserimento nel proprio territorio di appartenenza, in un'ottica sempre più volta alla piena inclusione. Inoltre, attraverso il monitoraggio nel tempo della situazione delle persone che vengono dimesse, la Direzione Sanitaria si propone di acquisire elementi utili per consolidare e/o migliorare le strategie di riabilitazione globale messe in atto dall'Ospedale.

Afferiscono in line al Direttore Sanitario il Direttore dell'Area Assistenziale Infermieristica e Riabilitativa, il Direttore del Dipartimento Clinico - Riabilitativo, i Responsabili di Programma, la Psicologia clinica e i rapporti di collaborazione per le funzioni di Farmacia.

### **Direttore dell'Area Tecnico-Amministrativa**

È istituita una figura amministrativa con ruolo dirigenziale per la Direzione dell'Area Tecnico-Amministrativa che coordina le strutture amministrative ai fini dell'integrazione operativa delle medesime e dell'uniformità dei processi di gestione delle procedure. Fornisce il necessario supporto per le materie giuridiche, economiche e tecniche ai fini dell'assunzione degli atti di competenza dei dirigenti.

Il Direttore dell'Area Tecnico-Amministrativa coadiuva il Commissario Straordinario nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale, garantendo l'efficace ed efficiente espletamento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico.

### **Direzione Assistenziale Infermieristica, Tecnica e Riabilitativa**

La Direzione Assistenziale Infermieristica, Tecnica e Riabilitativa assicura il governo dell'Assistenza Infermieristica, Tecnica e di Supporto centrata sul paziente e orientata da modelli innovativi e fondati sulla ricerca, in sinergia e collaborazione con le altre Strutture previste dal presente Atto aziendale.

La Direzione Assistenziale Infermieristica e Riabilitativa ha la responsabilità diretta dei livelli di assistenza forniti in relazione alle risorse attribuite ed organizza le risorse professionali coinvolte nel percorso assistenziale e riabilitativo, nel rispetto delle necessità di integrazione multiprofessionale, promuovendo l'autonomia e la responsabilità professionale specifica. A tal fine si avvale di personale cui sono attribuiti i relativi "incarichi di funzione".

La Direzione Assistenziale Infermieristica, Tecnica e Riabilitativa concorre al perseguimento della mission aziendale assicurando l'appropriatezza, la qualità, l'efficacia e l'efficienza tecnico- operativa delle attività assistenziali erogate nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione sulla base delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici, integrandosi con i diversi sistemi organizzativi e professionali aziendali. Garantisce la realizzazione dei programmi ed il governo dei processi di sviluppo, gestione e valutazione del personale afferente, all'interno di una strategia di decentramento organizzativo e di integrazione organizzativa e professionale.

La Direzione Assistenziale Infermieristica, Tecnica e Riabilitativa cura gli aspetti relativi allo sviluppo professionale e alla programmazione, selezione, inserimento e valutazione delle risorse professionali di competenza, nonché allo sviluppo del sistema premiante e della produttività.

Coadiuvata, inoltre, il Direttore Sanitario al fine di assicurare il rispetto delle condizioni igieniche e di sicurezza del lavoro per il personale afferente, nonché nei confronti degli utenti. Sulla base delle Convenzioni stipulate da Montecatone R.I. S.p.A. con l'Università, la Direzione Assistenziale Infermieristica, Tecnica e Riabilitativa mantiene e cura i rapporti con quest'ultima per gli aspetti di competenza.

Collabora con il Direttore di Dipartimento allo sviluppo di processi assistenziali coerenti con le strategie e gli obiettivi aziendali.

La Direzione Assistenziale Infermieristica, Tecnica e Riabilitativa contribuisce alla definizione delle linee di indirizzo aziendali; realizza e cura il monitoraggio dell'Educazione Continua delle professioni sanitarie afferenti, in collaborazione con le altre strutture Aziendali.

Afferiscono al Direttore dell'Area Assistenziale Infermieristica e Riabilitativa il Servizio Socioeducativo, il Servizio di Logopedia e la Terapia Occupazionale-Servizio Ausili.

### **Funzioni in staff alla Direzione**

Le funzioni e le attività degli staff sono strumentali al raggiungimento degli obiettivi strategici della Direzione e devono poter offrire alla linea produttiva e alla direzione stessa elementi per la valutazione dei servizi offerti, stimolare la ricerca di soluzioni efficienti ed efficaci e il miglioramento continuo.

In considerazione delle dimensioni di Montecatone R.I. non si prevedono strutture organizzative autonome in staff all'alta direzione, ma l'identificazione di aree funzionali e tematiche, assegnate ai Coordinatori di area tecnico amministrativa e sanitaria, valorizzando l'integrazione operativa orizzontale e per processo.

Rientrano in tali funzioni:

– **Segreteria della Direzione Generale**

Cura le attività di supporto amministrativo e segreteria per gli Organi Sociali e della Direzione Generale, per il Direttore di Dipartimento e i Direttori di Struttura Complessa. Cura la gestione del protocollo generale.

– **Comunicazione esterna**

Ha il compito specifico di presidiare le azioni di “ufficio stampa” (risposta a richieste dei giornali, invio di comunicati stampa, rassegna stampa, organizzazione di visite dei partner istituzionali e progettuali), di aggiornare il sito istituzionale e la Carta dei Servizi, come meglio declinato nel Regolamento sulle Attività di Comunicazione esterna. Risponde al Commissario Straordinario.

– **Ufficio Relazioni con il Pubblico**

L’Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) cura le attività di informazione, accoglienza e orientamento del cittadino nei rapporti con l’Azienda, gestisce le istanze degli utenti e ne monitora il grado di soddisfazione.

Le funzioni di Ufficio Relazioni con il Pubblico vengono svolte dalla segreteria della Direzione Generale.

– **Controllo di Gestione**

Il Controllo di Gestione supporta la Direzione Generale nella formulazione e nell’articolazione degli obiettivi con la possibilità di valutare i risultati conseguiti durante la gestione, in modo da consentire l’attivazione di azioni correttive. Esso agisce su tutti i livelli organizzativi in coerenza con i principi sui quali si sviluppa la strategia aziendale, orientando i comportamenti degli operatori verso il perseguimento degli obiettivi (efficacia gestionale), mediante il miglior impiego possibile delle risorse a disposizione (efficienza). Cura la predisposizione delle schede di budget per struttura tecnico-funzionale e per centro di responsabilità ed effettua il monitoraggio periodico degli obiettivi di budget e degli indicatori di attività e costo di ciascun centro di responsabilità. È di supporto all’Organismo Aziendale di Valutazione. Il Controllo di Gestione dipende in via diretta dal Commissario Straordinario.

– **Infrastruttura Ricerca & Innovazione, vedi art. 31**

– **Nucleo operativo Qualità, Accreditamento, Sicurezza delle cure e Risk Manager**

Il Nucleo Operativo, funzione in staff al Direttore Sanitario, ha il compito di supportare l’organizzazione nella definizione delle priorità e delle linee di indirizzo in tema di risk management e di garantire l’implementazione delle strategie individuate. Raccoglie e valuta le segnalazioni di eventi avversi e incident reporting, condivide i provvedimenti da adottare e il percorso delle azioni da intraprendere. Cura gli aspetti che attengono al sistema Qualità e di Accreditamento istituzionale.

Si avvale di una rete di referenti di unità operativa appositamente formati e coordinati dal Risk Manager aziendale per promuovere la cultura della sicurezza a tutti i livelli del

processo clinico-assistenziale, coinvolgendo i professionisti in una visione partecipata della sicurezza.

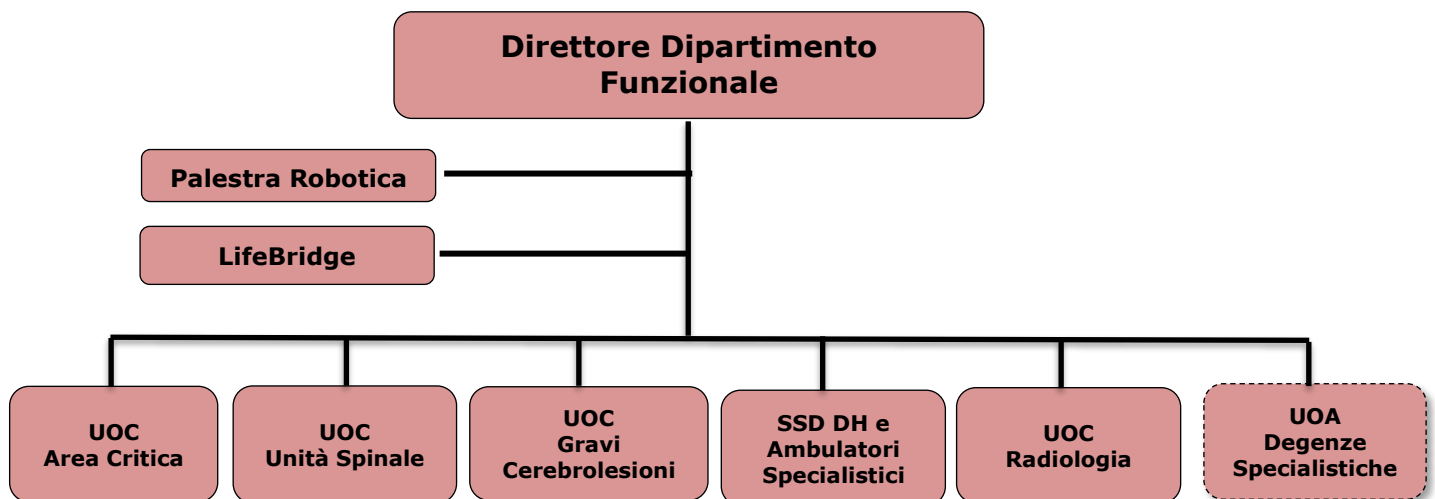
Il nucleo operativo predispose la relazione annuale sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto (Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità per gli esercenti le professioni sanitarie").

All'interno del Nucleo operativo, composto da figure esperte in gestione del rischio, qualità ed accreditamento, si individua il *Risk Manager* aziendale che dovrà svolgere il ruolo di catalizzatore e facilitatore di tutte le attività di gestione del rischio coordinandone le attività.

#### – **Formazione**

La formazione è uno strumento strategico per l'aggiornamento e la crescita professionale, lo sviluppo di nuove competenze, il rafforzamento di quelle esistenti e il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza, in un'ottica di appropriatezza delle prestazioni e per il perseguimento degli obiettivi aziendali e degli indirizzi regionali. Ha il compito di curare la pianificazione ed attuazione degli interventi formativi. Il fabbisogno viene definito attraverso la rete dei referenti della formazione.

### **Art. 28 - Dipartimento Funzionale Clinico-Riabilitativo**



### **Finalità e organizzazione del Dipartimento Funzionale Clinico-Riabilitativo**

Il Dipartimento Funzionale è costituito dall'aggregazioni di strutture complesse e semplici e di Direzione Assistenziale e assume la denominazione di Dipartimento Clinico - Riabilitativo. Ha l'obiettivo di sviluppare la globalità degli interventi, promuovere il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali finalizzate all'appropriatezza e al miglioramento della pratica clinico-assistenziale e allo sviluppo multidisciplinare e multi-professionale dei processi di cura.

Nel Dipartimento Funzionale Clinico - Riabilitativo si realizza l'integrazione fra le funzioni di didattica, di ricerca e di assistenza, finalizzate alla qualificazione delle attività, alla

realizzazione dei fini istituzionali ed allo sviluppo dell'innovazione assistenziale e della ricerca clinica.

Il Dipartimento, per assicurare la Globalità del Progetto Riabilitativo del paziente, cura le interfacce operative per gli interventi psicologici, socio-assistenziali, socio-educativi e di terapia occupazionale che integrano le prestazioni sanitarie nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici definiti dalla struttura come necessari.

Il Dipartimento assicura il governo clinico comprendendo sia le prestazioni degli operatori dell'Ospedale che quelle acquisite attraverso specialisti esterni o accordi di fornitura con altre realtà ospedaliere, in particolare con l'Ospedale dell'AUSL di Imola per le competenze cliniche non esercitate direttamente (cardiologi, radiologi, ecografisti ecc.).

Il Dipartimento è costituito dalle Strutture Complesse: UO Area Critica, UO Unità Spinale e UO Gravi Cerebrolesioni, dalla Struttura Semplice Dipartimentale - Day Hospital e Ambulatori e dall'UO Radiologia. A questi si aggiungono:

- la Struttura a Direzione Assistenziale a valenza dipartimentale "UOA Degenze Specialistiche".
- La Palestra Robotica con la duplice funzione di spazio dedicato alle apparecchiature per la gestione personalizzata dei trattamenti e di sede del Montecatone NeuroBridge Lab;
- L'appartamento predimissione LifeBridge.

Partecipano alle attività del Dipartimento anche i Responsabili di Programma. Il funzionamento del Dipartimento è disciplinato da specifico Regolamento, adottato nel rispetto dei principi indicati nel presente atto.

### **Direttore di Dipartimento**

Il Direttore di Dipartimento svolge le funzioni di indirizzo tecnico professionale, che consiste nella progettazione, realizzazione e verifica dei risultati dei protocolli diagnostici terapeutici, valutando anche le conseguenze sul piano assistenziale; inoltre svolge le funzioni di:

- individuazione degli indicatori per la valutazione dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni;
- mantenimento e sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali che operano nel Dipartimento attraverso specifici programmi di formazione/aggiornamento e di ricerca clinica;
- supporto alla gestione, nel rispetto dei principi di efficacia dei percorsi di cura attraverso il coordinamento e l'integrazione tra le diverse fasi;
- collaborazione con il Direttore Sanitario nella predisposizione delle linee guida al budget annuale e all'assegnazione degli obiettivi di governo clinico.

Il Direttore di Dipartimento valuta, secondo quanto previsto dalla normativa e dai contratti vigenti, i Responsabili di Struttura Complessa e i Responsabili di Struttura Semplice dipartimentale afferenti al Dipartimento e garantisce la corretta applicazione del sistema di valutazione all'interno del Dipartimento.

Redige una relazione annuale sulle attività del Dipartimento da inviare al Commissario Straordinario, evidenziando i risultati conseguiti in ambito assistenziale e scientifico, correlandoli alle risorse impiegate, e valutando ed esponendo il grado di utilizzo di tutte le

maggiori risorse strumentali disponibili; nella relazione vengono inoltre indicati gli scostamenti dalla programmazione.

Il Direttore di Dipartimento è un Direttore di Unità Operativa e viene nominato dal Commissario Straordinario sentito il Comitato di Dipartimento. Il Direttore viene scelto sulla base di requisiti di esperienza e capacità clinica, gestionale, scientifica e formativa e sulla base di una proposta di piano di sviluppo delle funzioni dipartimentali.

### **Art. 29 - Programmi trasversali**

Il **Programma** è istituito a supporto e beneficio dell'integrazione e agisce in modo trasversale per consentire, in relazione a determinati processi assistenziali o di ricerca di rilievo aziendale, la programmazione e l'organizzazione unitaria di attività e competenze fornite da professionisti afferenti a strutture organizzative, anche diverse. Per l'espletamento delle proprie funzioni esso non configura dipendenze gerarchiche e consente al Responsabile di operare in piena autonomia funzionale entro i confini del Programma stesso. Il Responsabile non gestisce direttamente risorse professionali ma attua il Programma attraverso azioni che coinvolgono l'insieme delle strutture e delle funzioni aziendali.

Sono identificati i seguenti **Programmi**:

- **"Ospedale senza dolore" - afferenza Direttore Dipartimento,**
- **"Programma Neurofisiologia".**

#### **Programma Dipartimentale Ospedale senza Dolore**

Il programma ha la finalità di sviluppare percorsi clinico-assistenziali in regime ordinario, di Day Hospital e ambulatoriale per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento del dolore. Il responsabile di Programma conduce le riunioni periodiche del COSD e del gruppo operativo. Contribuisce all'individuazione delle esigenze formative e di ricerca sul tema dolore in linea con le strategie del Dipartimento. Verifica l'applicazione delle linee guida sull'utilizzo degli oppiacei e l'appropriatezza prescrittiva dei trattamenti invasivi e non invasivi. Analizza gli elementi di criticità e attiva azioni di miglioramento. Collabora all'implementazione delle procedure aziendali specifiche assicurandone la revisione periodica.

#### **Programma Neurofisiologia**

Il Programma Aziendale di Neurofisiologia agisce in modo trasversale per consentire la programmazione e l'organizzazione di attività e competenze fornite da professionisti afferenti a strutture organizzative, anche diverse. Il Responsabile attua il Programma attraverso azioni che coinvolgono l'insieme delle strutture interessate alle funzioni di neurofisiologia.

### **Art. 30 - Area Tecnico Amministrativa**

Concorre all'attività della Direzione Strategica e all'erogazione dell'assistenza sanitaria, promuove per quanto di competenza, un adeguato e puntuale sostegno ai processi di lavoro

sanitario. È responsabile della qualità e dell'efficienza delle attività amministrative ed è articolata nelle funzioni di seguito riepilogate:

- gestione e amministrazione delle risorse umane e dello sviluppo professionale;
- gestione economico finanziaria e fiscale;
- gestione del contenzioso e degli affari legali;
- gestione dell'accoglienza e gestione amministrativa delle prestazioni sanitarie;
- convenzioni e contratti;
- gestione degli approvvigionamenti e dell'esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi;
- gestione degli investimenti e delle tecnologie cliniche ed informatiche.

È inoltre prevista la figura dell'Ingegnere Biomedico a supporto delle attività strategiche della Direzione, della Ricerca e dell'Innovazione.

Sono individuati **COORDINATORI di AREA** con le relative articolazioni che partecipano ai processi di pianificazione strategica in qualità di componenti del Board di Direzione Strategica e soddisfano la necessaria integrazione tra i diversi servizi chiamati a presidiare l'ambito tecnologico, finanziario, giuridico e all'esigenza di lavorare in stretta connessione per garantire sinergie negli interventi ed evitare dispersione di risorse.

#### **Servizio Risorse strutturali-tecnologiche**

- Servizio Attività Tecniche e Conformità tecnologiche

#### **Servizio Economico-finanziario e fiscale**

- Servizio Bilancio e contabilità generale
- Trasparenza e anticorruzione

#### **Servizio Gestione del personale e Affari Legali - Formazione**

- Amministrazione e Gestione Risorse Umane
- Relazioni sindacali
- Formazione
- Affari legali

#### **Servizio Acquisti e Contratti**

- Gestione approvvigionamenti
- Gestione convenzioni e contratti
- Gestione magazzino

#### **Servizio Gestione amministrativa delle prestazioni sanitarie**

- Servizio Programmazione Trasporti, Ricoveri e prestazioni sanitarie – Accettazione
- Gestione del contenzioso sanitario
- Libera professione
- Trattamento dati personali - Privacy

#### **Servizio Sistemi Informatici**

- Trattamento dati privacy

### **Servizio Relazioni con il Pubblico - Comunicazione**

- Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Servizio Comunicazione Esterna
- Segreteria di Direzione
- Servizio Animazione
- Servizio Copia e Archivio Cartelle Cliniche

### **Art. 31 – Area della Ricerca Scientifica e dell’Innovazione – Montecatone NeuroBridge Lab**

Per promuovere, sostenere e sviluppare la ricerca scientifica e l’innovazione si istituisce, nel contesto organizzativo di Montecatone R.I., l’Area della Ricerca Scientifica in cui confluiscono le seguenti funzioni e strutture.

#### **Direttore dell’Attività Scientifica**

La funzione di Direttore dell’Attività Scientifica è individuata dal Consiglio di Amministrazione, sentito il Commissario Straordinario, in un professionista con comprovata esperienza, non necessariamente incardinato nell’organizzazione dell’Istituto.

Il Direttore dell’Attività Scientifica è responsabile della promozione e coordinamento delle attività di ricerca scientifica dell’Istituto in collaborazione con il Comitato Tecnico Scientifico, alle cui riunioni è invitato permanente.

Il Direttore dell’Attività Scientifica è responsabile della definizione delle linee di ricerca annuali e pluriennali e della loro integrazione e coerenza con l’attività clinico/assistenziale. Per la sua attività il Direttore dell’Attività Scientifica si avvale del Board della Ricerca e dell’Infrastruttura ricerca e Innovazione. Si rapporta con il Commissario Straordinario e il Direttore Sanitario ai fini dell’integrazione dell’attività di ricerca con l’attività clinica e assistenziale e per il monitoraggio del budget assegnato a tale attività, al fine di un utilizzo ottimale delle risorse aziendali assegnate alla ricerca.

Il Direttore dell’Attività Scientifica è nominato di norma per tre anni dall’accettazione dell’incarico.

#### **Board della Ricerca**

Il Board della Ricerca è composto da professionisti autorevoli in materia di ricerca e clinica appartenenti a Montecatone R.I. e/o individuati dalla Direzione Generale. Il Board della Ricerca ha funzioni propositive, consultive e di monitoraggio delle attività di ricerca. È coordinato dal Direttore dell’Attività Scientifica in sintonia con le linee di indirizzo dettate dalla Direzione Generale e Sanitaria. È compito del Board della Ricerca l’istruttoria e la valutazione dei progetti di ricerca e sperimentazioni proposti annualmente dai professionisti di Montecatone R.I..

#### **Infrastruttura Ricerca & Innovazione**

È una funzione di Staff della Direzione Generale che assicura il supporto scientifico all’attività di progettazione di studi di ricerca clinica ed innovazione dei processi assistenziali. Cura la predisposizione delle Richieste di Parere al Comitato Etico, il fundraising per progetti di ricerca in campo sanitario, project management e il supporto tecnico-amministrativo e organizzativo

per la partecipazione a bandi di ricerca in ambito nazionale ed internazionale. È di supporto al Direttore dell'Attività Scientifica e svolge attività di monitoraggio sull'avanzamento dei progetti e di rendicontazione annuale.

Si relaziona con il CTS come definito nell'apposito Regolamento.

### **Montecatone NeuroBridge Lab**

Il Montecatone NeuroBridge Lab è dotato di capacità di ricerca indipendente, è un organismo di ricerca dotato di autonomia amministrativa, gestionale e organizzativa rispetto all'ente di appartenenza.

Il Montecatone NeuroBridge Lab per la propria attività si avvale fra l'altro della Palestra Robotica e del LifeBridge.

Lo scopo principale del Montecatone NeuroBridge Lab è di promuovere e svolgere lo sviluppo di progetti di ricerca finalizzati all'applicazione industriale, consulenza tecnico scientifica di alto profilo, ed utilizzo di strumentazione scientifica per l'esecuzione di sperimentazioni e prove a sostegno dell'attività di ricerca, promozione e diffusione di questi risultati.

## **CAP 5 - STRUMENTI DI GESTIONE**

### **Art. 32 - Pianificazione strategica**

La pianificazione strategica è la funzione con la quale la Direzione Aziendale, con il supporto del Collegio di Direzione, sulla base degli indirizzi del Consiglio di Amministrazione e nel rispetto dei principi e obiettivi del Piano Sociosanitario Regionale e delle specifiche indicazioni regionali, definisce gli obiettivi generali dell'Azienda, le strategie per il loro raggiungimento, lo sviluppo dei servizi sanitari, tecnici, amministrativi e di supporto.

Costituiscono atti di pianificazione strategica: il piano strategico, il bilancio pluriennale di previsione, il bilancio economico preventivo.

Gli atti di pianificazione strategica sono inviati al Consiglio di Amministrazione cui compete l'espressione dei pareri preventivi.

### **Art. 33 - Processo di budgeting**

Il budget è lo strumento col quale si definiscono, per le diverse articolazioni aziendali, gli obiettivi e le risorse necessarie a realizzarli. È coerente con i documenti di pianificazione e attua le indicazioni contenute negli stessi. Il processo di Budget è regolato da apposita Linea Guida Aziendale.

### **Art. 34 - Bilancio di Esercizio e il Bilancio di Missione**

I risultati raggiunti sono annualmente rendicontati nel Bilancio di Esercizio e nel Bilancio di Missione.

Il **Bilancio d'Esercizio**, corredato da una relazione degli amministratori sull'andamento della gestione, viene redatto annualmente e rappresenta il risultato economico e la situazione

patrimoniale e finanziaria nel periodo di riferimento. È articolato in Stato Patrimoniale, Conto Economico, Rendiconto finanziario e Nota Integrativa ed è sottoposto a certificazione nei tempi e con le modalità indicate dalla Regione.

La Relazione del Presidente, che evidenzia anche le relazioni in corso con i principali stakeholder, viene messa a disposizione dell'utenza attraverso il Comitato Consultivo Misto ed attraverso il sito istituzionale. Inoltre, viene inviata alla Conferenza Socio-sanitaria territoriale e al Circondario Imolese, all'Assessorato Regionale alla Sanità ed all'Assessorato alla Formazione Professionale, nonché all'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.

Con il **Bilancio di Missione**, presentato unitamente al Bilancio d'Esercizio, l'Azienda espone il perseguimento degli obiettivi di salute programmati.

### **Art. 35 - Relazione annuale dell'attività di ricerca**

La Direzione Generale si impegna annualmente a produrre, una relazione che - attraverso un confronto con le annualità precedenti, ponga in evidenza quanto realizzato da collaboratori della struttura e/o della Fondazione Montecatone Onlus in merito a:

- a.** stato di avanzamento dei progetti di ricerca in corso;
- b.** articoli pubblicati su riviste scientifiche;
- c.** contributi accettati per convegni (relazioni o poster);
- d.** tesi di laurea realizzate a Montecatone;
- e.** nuove ipotesi di ricerca coerenti con le Linee di ricerca approvate nel Piano Strategico triennale;
- f.** collaborazioni con altre entità di ricerca;
- g.** sintesi relativa a finanziamenti che Montecatone R.I. S.p.A. o la Fondazione Montecatone Onlus abbiano richiesto ed eventualmente ottenuto.

Una sintesi della relazione viene messa a disposizione dell'utenza attraverso il Comitato Consultivo Misto ed attraverso il sito istituzionale. Inoltre, viene inviata all'Assessorato Regionale alla Sanità, alla Azienda Usl di Imola, al Comune di Imola e all'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.

