

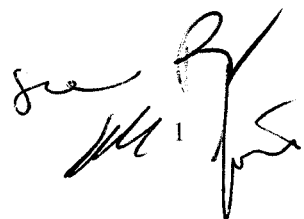
# **Contratto Collettivo Integrativo Aziendale**

**Azienda Sanitaria Locale di Vallecamonica-Sebino**

**AREA DELLA DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA, PROFESSIONALE,  
TECNICA E AMMINISTRATIVA**

**anno 2009**

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo  Paschini



## **Premessa**

Il presente contratto è diretto a favorire il continuo processo di rinnovamento in corso nell'Azienda, finalizzato alla crescita qualitativa della prestazione sanitaria resa all'utenza ed al miglioramento dell'efficienza dei servizi, attraverso la valorizzazione della professionalità dei dipendenti correlata al miglioramento della qualità dei servizi, l'armonizzazione delle regole e delle tutele riguardanti il rapporto di lavoro anche con riguardo alla natura privatistica, la razionalizzazione della struttura retributiva, la produttività correlata agli obiettivi aziendali.

### **Art. 1: Campo di Applicazione**

Il presente Contratto Collettivo Integrativo Aziendale (CCIA) si applica a tutti i Dirigenti dell'Area della Dirigenza Sanitaria non Medica, Professionale, Tecnica ed Amministrativa (SPTA) assunti con contratto a tempo indeterminato e a tempo determinato presso l'Azienda Sanitaria Locale di Vallecamonica-Sebino.

Sono fatte salve le limitazioni stabilite dai CCNL per i dipendenti con contratto di lavoro a tempo determinato e con contratto a tempo parziale (CCNL integrativo del 20.2.2001).

### **Art. 2 – Esercizio del diritto di sciopero.**

L'esercizio del diritto di sciopero è regolato dal protocollo di cui all'**allegato n. 1**.

### **Art. 3: Relazioni Sindacali**

Le Relazioni Sindacali sono regolate dal protocollo di cui all'**allegato n. 2**.

### **Art. 4: Decorrenza e durata**

Salva diversa indicazione il presente contratto è applicabile dal giorno successivo a quello della stipula e rimarrà in vigore fino alla stipula di un successivo CCIA, fatto salvo quanto definito con specifiche norme o accordi successivi.

Dalla data di decorrenza vengono meno tutte le norme contenute in accordi aziendali, comunque denominati, in contrasto con quanto regolato dal presente Contratto.

Della stipulazione e dei suoi contenuti viene data comunicazione da parte dell'Azienda, con idonea pubblicità a carattere generale, a tutti i Dirigenti entro 10 giorni dalla data di sottoscrizione.

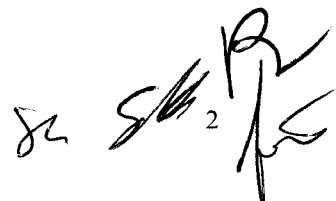
### **Art. 5: Finanziamento**

Il presente Contratto viene finanziato ai sensi dell'art. 4, comma 1 del CCNL del 3.11.2005. Le modalità di costituzione dei Fondi sono conseguenti all'applicazione degli artt. 49, 50 e 51 del CCNL del 3.11.2005, degli artt. 9, 10 e 11 del CCNL del 5.7.2006, nonché degli artt. 25, 26 e 27 del CCNL del 17.10.2008, così come descritte nell'**allegato n. 3**.

I Fondi annualmente devono essere integralmente utilizzati. Eventuali risorse che a consuntivo risultassero ancora disponibili negli specifici fondi sono temporaneamente utilizzate nel fondo della retribuzione di risultato relativo al medesimo anno e, quindi, riassegnate ai fondi di provenienza a decorrere dall'esercizio finanziario dell'anno successivo.

I Fondi previsti saranno automaticamente integrati da ulteriori quote che dovessero essere stanziati dai CCNL o da accordi regionali.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Focchini



#### **Art. 6: Controlli e verifiche**

Le parti si incontreranno con cadenza almeno semestrale per compiere un esame congiunto sullo stato di applicazione del presente Contratto e per verificare la congruità delle quote economiche erogate rispetto alla disponibilità dei Fondi costituiti.

Qualora si riscontrassero scostamenti significativi nella gestione dei Fondi tra quanto previsto e quanto erogato, la Direzione Aziendale ne darà immediata informazione alla delegazione trattante di parte sindacale. In tali casi, entro 10 giorni dall'informazione, su richiesta sindacale, si dovrà tenere uno specifico incontro per le verifiche necessarie.

Nel corso del periodo di cui al comma precedente le parti si impegnano a non assumere iniziative unilaterali né per quanto riguarda la continuità nelle erogazioni né per quanto riguarda l'apertura formale di contenzioso.

#### **Art. 7: Artt. 14 e 15 del CCNL del 3.11.2005 (Orario di lavoro dei Dirigenti)**

Fatto salvo quanto previsto dagli artt. 14 e 15 del CCNL del 3.11.2005 e richiamato quanto disposto dal comma 4 del medesimo art. 14, i Dirigenti devono assicurare la propria presenza, di norma, nei giorni e nella fascia oraria di attività delle strutture in cui operano ed in tutte le occasioni di convocazione da parte della Direzione e/o del Dirigente Responsabile allo scopo di garantire il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Ciascun Responsabile definirà le fasce orarie relative alla propria struttura per la copertura ordinaria del servizio.

La flessibilità nella gestione del debito orario, ove dovuto, o dell'orario di presenza, non sottrae il Dirigente dall'obbligo di utilizzare gli strumenti di rilevazione normalmente in uso in Azienda.

In ogni caso le eventuali giornate in cui non venisse registrata la presenza verranno considerate giornate di ferie, salvo giustificazione dell'omissione.

Al fine di garantire il necessario recupero psico-fisico non sono consentite presenze in orario eccedenti, di norma, le 7 ore consecutive oltre l'orario ordinario.

Per i Dirigenti l'impegno di servizio necessario per il raggiungimento degli obiettivi assegnati eccedente l'orario contrattualmente dovuto è negoziato anno per anno in sede di contrattazione aziendale.

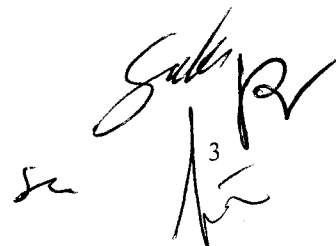
#### **Art. 8: Art. 16 del CCNL del 3.11.2005 (Servizio di guardia)**

Relativamente all'organizzazione dei servizi di guardia restano salve le disposizioni vigenti in Azienda.

#### **Art. 9: Art. 17 del CCNL del 3.11.2005 (Pronta disponibilità)**

Relativamente all'organizzazione dei turni di pronta disponibilità restano salve le disposizioni vigenti in Azienda.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Paschini



**Art. 10: Art. 7 del CCNL del 17.10.2008 (Disposizioni particolari in materia di riposo giornaliero)**

Al fine di garantire il pieno recupero delle energie psico-fisiche dei dirigenti, nonché di prevenire il rischio clinico, dopo l'effettuazione del servizio di guardia notturna o della turnazione notturna è obbligatoria la fruizione immediata di un periodo di riposo continuativo non inferiore alle 11 ore prima della ripresa dell'attività lavorativa.

**Art. 11: Art. 23 del CCNL del 3.11.2005 (Formazione ed ECM)**

L'Attività di Aggiornamento e Formazione aziendale è regolamentata da apposito protocollo di cui all'allegato n. 4.

Con cadenza annuale l'Azienda approva il Piano Formativo annuale ivi compresa la determinazione del fondo nel limite dell'1% del monte salari annuo. Il Piano Formativo annuale viene predisposto dall'Ufficio Aggiornamento e Formazione sentito il Comitato Scientifico che valuta la conformità dei contenuti tecnici e scientifici alle norme nazionali e regionali in materia ed acquisito il parere delle OO.SS..

Fermo restando quanto previsto dall'art. 33 del CCNL 1994/1997 relativamente all'aggiornamento obbligatorio, per l'aggiornamento facoltativo si può disporre degli 8 giorni di permesso di cui all'art. 23 del CCNL del 5.12.1996.

L'aggiornamento professionale è finalizzato al completamento della preparazione professionale e, anche in vista della mobilità di personale e della riconversione funzionale del medesimo, al miglioramento della qualità del servizio e alla progressione della professionalità e della capacità.

**Art. 12: Art. 51 del CCNL del 3.11.2005**

Con cadenza annuale la contrattazione integrativa aziendale definirà i criteri generali per la gestione del fondo della retribuzione di risultato e per il premio della qualità delle prestazioni individuali nei limiti delle somme attribuite al fondo medesimo per l'esercizio dell'anno di riferimento.

La gestione del Fondo e le modalità di distribuzione del medesimo avverranno secondo quanto stabilito nell'allegato n. 5.


**Art. 13: Attività libero professionale intramuraria**

Le parti convengono circa l'applicabilità del regolamento di cui all'allegato n. 6 la cui decorrenza è stata stabilita dall'1.1.2008.

**Art. 14: Assenze per malattia**

L'art. 23 "Assenze per malattia" del CCNL del 5.12.1996, dispone, al comma 7, "*l'assenza per malattia deve essere tempestivamente comunicata all'Azienda o Ente, alla quale va inviata la certificazione medica*". La scadenza entro la quale deve essere inviata la suddetta certificazione medica è fissata entro i tre giorni successivi all'inizio della malattia o all'eventuale prosecuzione della stessa.

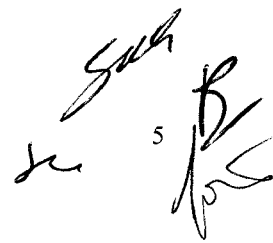
IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



**Art. 15: Disposizioni finali**

Per quanto non espressamente previsto dal presente CCIA rimangono in vigore le disposizioni riportate nel precedente CCIA sottoscritto in data 27.12.2007.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



ALLEGATO N. 1

**Protocollo per l'esercizio del diritto di sciopero nell'Azienda**

Fermo restando i dispositivi di cui alla Legge 146/90, l'Azienda e le OO.SS. firmatarie adottano il presente protocollo che è parte integrante del contratto aziendale. Le parti concordano che premessa indispensabile e pregiudiziale per l'ammissione delle OO.SS. alla contrattazione aziendale è l'adozione e sottoscrizione di un codice di autoregolamentazione dell'esercizio delle azioni di sciopero accettato dalle parti ed esigibile a livello aziendale.

1. Preavviso

Il tempo di preavviso è fissato in giorni 10 per il primo sciopero della durata non superiore a 24 ore proclamato da ogni singola OO.SS..

2. Servizi esentati

Sono individuati quali servizi esentati:

- a) Assistenza d'urgenza;
- b) Servizio di guardia H24;
- c) Le attività connesse con le funzionalità previste dalle norme di garanzia dei servizi pubblici essenziali.

3. Prescrizioni generali

Entro cinque giorni lavorativi dallo sciopero i Direttori di Dipartimento comunicano alla Direzione Generale, alla Direzione Sanitaria Aziendale ed all'Area Gestione delle Risorse Umane – Settore Rilevazione Presenze – l'elenco nominativo degli aderenti allo sciopero medesimo. Successivamente, entro quattro giorni lavorativi dallo sciopero, i Direttori di Dipartimento individuano nominalisticamente i Dirigenti rientranti nei contingenti minimi e, come tali, esonerati dallo sciopero dandone ancora comunicazione alla Direzione Generale, alla Direzione Sanitaria Aziendale ed all'Area Gestione delle Risorse Umane – Settore Rilevazione Presenze.

Coloro che non aderiscono allo sciopero sono tenuti a svolgere l'attività ordinaria. Qualora allo sciopero aderisca un numero di Dirigenti tale da impedire l'ordinaria attività, sono sospesi, ad esclusione dei casi urgenti ed indifferibili, i ricoveri e gli interventi operatori di elezione o programmati così come l'attività ambulatoriale e/o diagnostica (compresi i prelievi) e le attività di Day-Hospital, fatta salva l'efficacia delle procedure connesse ai *contingenti minimi* di seguito definiti.

Il personale dei "Contingenti minimi" è a disposizione sul proprio posto di lavoro esclusivamente per le urgenze.

4. Contingenti di Personale

- a) Per i servizi esentati di cui al precedente punto 2 deve essere mantenuto in servizio il personale normalmente impiegato durante i turni.
- b) *Contingenti minimi*:

I contingenti minimi, numericamente e per qualifica professionale, sono identificati in quelli impiegati nei giorni festivi, ove si tratti di prestazioni normalmente garantite in tali giorni.

I Direttori di Dipartimento individueranno quindi tali contingenti minimi di dirigenti in servizio, con ratifica della Direzione Sanitaria Aziendale.

Il personale che non aderisce allo sciopero, compatibilmente con la disciplina di appartenenza, è anche a disposizione per la effettuazione di prestazioni indifferibili ed urgenti nell'ambito del Dipartimento di assegnazione. L'attivazione della suddetta procedura è successivamente comunicata alle OO.SS. a cura del Direttore del Dipartimento che l'ha disposta con specifica nominativa degli interessati, elencati per qualifica, sede di appartenenza ed eventuale destinazione utilizzata.

Il personale rientrante nei contingenti minimi deve essere preavvisato, con apposito ordine di servizio, almeno tre giorni lavorativi prima dello sciopero ed è scelto esclusivamente tra il personale previsto in servizio nella giornata e nel turno.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini

## ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

L'elenco del personale assegnato ai contingenti minimi è comunicato alle OO.SS. 48 ore prima dello sciopero.

Le Associazioni di volontariato convenzionato nonché i parenti e i visitatori dei degenti hanno libero accesso ai reparti per tutta la durata delle agitazioni.

In caso di sciopero, l'Azienda rende specifica e tempestiva (di norma 48 ore prima) comunicazione all'utenza con avvisi nelle sedi aziendali.

L'Azienda rende pari informazione in caso di revoca dello sciopero in appositi spazi aziendali accessibili anche al pubblico.

Per quanto non previsto dal presente accordo si applicano le norme stabilite dalla Legge n. 146/1990 nonché dall'accordo nazionale sui servizi pubblici essenziali e sulle procedure di raffreddamento e conciliazione in caso di sciopero della dirigenza medica e veterinaria del servizio sanitario nazionale pubblicato sul supplemento ordinario della G.U.R.I. n. 50 del 28 febbraio 2002.

Il presente protocollo è a disposizione dell'Utenza e delle Autorità istituzionali. Viene pertanto affisso in tutti i posti di lavoro e le sedi di servizio aperte al pubblico dell'Azienda.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini

*Sott.*  
2  
*Foschini*

TIPO CONTRATTO/DIRIGENZA	TIPO FONDO	NUOVO FONDO DALL'1/1/2007 DECRETO N. 163 DEL 28/12/2008	DECREMENTI ART. 41, COMMA 3, CCNL 3/1/2005	INCREMENTO ART. 25 CCNL 17/10/2008	FONDO CONSOLIDATO AL 31/12/2007	DECREMENTI ART. 41, COMMA 3, CCNL 3/1/2005	INCREMENTO ART. 27 CCNL 17/10/2008, COMMA 2, 1 <sup>A</sup> ALINEA ( 95,27 pro capite)	FONDO CONSOLIDATO AL 31/12/2007	INCREMENTO ART. 27 CCNL 17/10/2008, COMMA 2, 2 <sup>A</sup> ALINEA ( 176,93 pro capite)	NUOVO FONDO DALL'1/1/2008
DIR. PROFESS. TEC. AMM.VA	FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI POSIZIONE, EQUIPARAZIONE, SPECIFICO TRATTAMENTO E PER L'INDENNITA' DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA - ART. 25 DEL CCN. 17/10/2008	238.794,84	-530,31	6.367,15	244.631,68	-530,31	6.367,15	244.631,68	-530,31	244.101,37
DIR. PROFESS. TEC. AMM.VA	FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E PER LA QUALITA' DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUZZLE - ART. 27 DEL CCNL 17/10/2008	56.990,59		571,62	57.562,21		571,62	57.562,21	489,96	58.052,17
	TOTALI FONDI PTA	295.785,43			302.193,89			302.193,89		302.153,54

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. ~~...~~ Foschini

*[Handwritten signatures]*



TIPO CONTRATTI DI RIGENZA	TIPO FONDO	NUOVO DALL'1/1/2007 DECRETO N. 163 DEL 28/12/2008	FONDO CONSOLIDATO AL 31/12/2007	INCREMENTO ART. 25 CCNL 17/10/2008	FONDO CONSOLIDATO AL 31/12/2007	INCREMENTO NUOVA S.C.	INCREMENTO ART. 9 CCNL 8/6/2000 (ria cessati 2007/2008)	NUOVO DALL'1/1/2008/PROV V. 2009	FONDO
DIR. SANIT. NON MEDICA (BIOL. PSICOL. FARMAC.)	FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI POSIZIONE, EQUIPARAZIONE, TRATTAMENTO E PER L'INDENNITA' DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA - ART. 25 DEL CCN. 17/10/2008	222.343,76	232.253,49	9.909,72	232.253,49	7.399,02	347,20		239.652,50
DIR. SANIT. NON MEDICA (BIOL. PSICOL. FARMAC.)	FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E PER LA QUALITA' DELLA PRESTAZIONE INDIVIDUALE - ART. 27 DEL CCNL 17/10/2008	93.878,29	95.116,89	1.238,51	95.116,89	1.061,58			96.178,38
DIR. SANIT. NON MEDICA (BIOL. PSICOL. FARMAC.)	FONDO PER IL TRATTAMENTO ACCESSORIO LEGATO ALLE CONDIZIONI DI LAVORO - ART. 26 DEL CCNL 17/10/2008	37.941,85	39.149,15	1.206,31	39.149,15	1.033,98			40.182,14
	TOTALI FONDI SANITARI	354.163,90	366.519,54		366.519,54				376.013,02

IL DIRETTORE GENERALE  
*D. Fucini*  
 D. Fucini

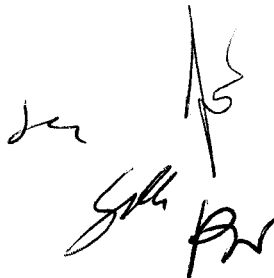
Server/IO personale/economico/stipendi vari/varie economico/fondi vari/fondi dirigenza ccnl 17/10/2008

*h* *sf* *13*

ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

# ALLEGATO N. 4

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Faschini





ASL di Vallecamonica-Sebino

MANUALE GESTIONE QUALITÀ  
DELL'UFFICIO AGGIORNAMENTO E  
FORMAZIONE

P FORM 7.01

Rev. 01

Pag. 1 di 1

INDICE

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
1.1 SCOPO	3
1.2 CAMPO DI APPLICAZIONE	3
2. RIFERIMENTI NORMATIVI	3
3. TERMINI E DEFINIZIONI	3
3.1 TERMINI	3
3.2 DEFINIZIONI	3
3.3 ABBREVIAZIONI O SIGLE	4
4. SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	4
4.1 REQUISITI GENERALI	4
4.2 REQUISITI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE	6
4.2.1. GENERALITÀ	6
4.2.2. MANUALE DELLA QUALITÀ	6
4.2.3. TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DOCUMENTI	7
4.2.4. TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE REGISTRAZIONI	7
5. RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE	7
5.1 IMPEGNO DELLA DIREZIONE	7
5.2 ATTENZIONE FOCALIZZATA AL CLIENTE	7
5.3 POLITICA DELLA QUALITÀ	8
5.4 PIANIFICAZIONE	8
5.4.1. OBIETTIVI PER LA QUALITÀ	8
5.4.2. PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	8
5.5 RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ E COMUNICAZIONE	8
5.5.1. RESPONSABILITÀ ED AUTORITÀ	8
5.5.2. RAPPRESENTANTE DELLA DIREZIONE	8
5.5.3. COMUNICAZIONE INTERNA	8
5.6 RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE	9
5.6.1. GENERALITÀ	9
5.6.2. ELEMENTI IN INGRESSO PER IL RIESAME	9
5.6.3. ELEMENTI IN USCITA DEL RIESAME	9
6. GESTIONE DELLE RISORSE	9
6.1 MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE	9
6.2 RISORSE UMANE	9
6.2.1. GENERALITÀ	9
6.2.2. COMPETENZA, CONSAPEVOLEZZA E ADDESTRAMENTO	9
6.3 INFRASTRUTTURE	10
6.4 AMBIENTE DI LAVORO	10
7 REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO	10
7.1 PIANIFICAZIONE DELLA REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO	10
7.2 PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE	14
7.2.1 DETERMINAZIONE DEI REQUISITI RELATIVI AL PRODOTTO	14
7.2. RIESAME DEI REQUISITI RELATIVI AL PRODOTTO	14
7.2.3 COMUNICAZIONE CON IL CLIENTE	14
7.3 PROGETTAZIONE	15
7.3.1 PIANIFICAZIONE DELLA PROGETTAZIONE E DELLO SVILUPPO	15
7.3.2 ELEMENTI IN INGRESSO ALLA PROGETTAZIONE E ALLO SVILUPPO	15
7.3.3 ELEMENTI IN USCITA DALLA PROGETTAZIONE E DALLO SVILUPPO	15
7.3.4 RIESAME DELLA PROGETTAZIONE E DELLO SVILUPPO	16
7.3.5 VERIFICA DELLA PROGETTAZIONE E DELLO SVILUPPO	16

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angela Boschini



ASL di Vallecambonica-Sebino

**MANUALE GESTIONE QUALITÀ  
DELL'UFFICIO AGGIORNAMENTO E  
FORMAZIONE**

**P FORM 7.01**


**Rev. 01**

**Pag. 2 di 2**

7.3.6	VALIDAZIONE DELLA PROGETTAZIONE E DELLO SVILUPPO	16
7.3.7	TENUTA SOTTO CONTROLLO MODIFICHE PROGETTAZIONE E SVILUPPO	16
7.4	APPROVVIGIONAMENTO	16
7.4.1	PROCESSO DI APPROVVIGIONAMENTO	16
7.4.2	INFORMAZIONI PER L'APPROVVIGIONAMENTO	17
7.4.3	VERIFICA DEI PRODOTTI APPROVVIGIONATI	17
7.5	PRODUZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI	17
7.5.1	TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ	17
7.5.2	VALIDAZIONE DEI PROCESSI DI PRODUZIONE E DI EROGAZIONE DI SERVIZI	19
7.5.3	IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ	19
7.5.4	PROPRIETÀ DEL CLIENTE	19
7.5.5	CONSERVAZIONE DEI PRODOTTI	19
7.6	TENUTA SOTTO CONTROLLO DISPOSITIVI DI MONITORAGGIO E DI MISURAZIONE	19
8	MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO	20
8.1	GENERALITÀ	20
8.2	MONITORAGGI E MISURAZIONI	20
8.2.1	SODDISFAZIONE DEL CLIENTE	20
8.2.2	VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE	20
8.2.3	MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PROCESSI	20
8.2.4	MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PRODOTTI	20
8.3	TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI PRODOTTI NON CONFORMI	20
8.4	ANALISI DEI DATI	21
8.5	MIGLIORAMENTO	21
8.5.1	MIGLIORAMENTO CONTINUO	21
8.5.2	AZIONI CORRETTIVE	21
8.5.3	AZIONI PREVENTIVE	21
9	ARCHIVIAZIONE E DISTRIBUZIONE	21
9.1	ARCHIVIAZIONE	21
9.2	DISTRIBUZIONE	22
10	ALLEGATI	22

Rev	Data	Descrizione delle modifiche	Redazione	Verifica	Approvazione
00	1.2.05	Prima emissione	Fanetti, Derochi	Fanetti	Brunelli
01		Introduzione standard JCI			

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini

 <b>ASL di Vallecamonica-Sebino</b>	<b>MANUALE GESTIONE QUALITÀ DELL'UFFICIO AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE</b>	<b>P FORM 7.01 Rev. 01 Pag. 3 di 3</b>
---	---	--

## 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

### 1.1 SCOPO

Lo scopo della presente procedura è quello di descrivere i processi e le attività svolte dall'Ufficio Aggiornamento e Formazione, al fine organizzare e gestire in maniera controllata le attività formative del personale dell'ASL di Vallecamonica-Sebino.

### 1.2 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i corsi di formazione definiti dal Piano Formativo Aziendale e a tutti gli aggiornamenti eseguiti fuori sede.

## 2. RIFERIMENTI NORMATIVI

Le leggi e i regolamenti, decreti, circolari e linee guida e pubblicazioni scientifiche, sono gestiti in accordo alla P GEN 4.03 "Gestione della documentazione di origine Esterna". E' predisposto un fascicolo, mantenuto aggiornato da RQ, contenente i riferimenti normativi applicabili all'Ufficio Aggiornamento e Formazione, riepilogati all'interno di un modulo (M FORM 016, allegato n° 2), verificato almeno annualmente o contestualmente all'emissione di nuove norme

Di seguito si riportano i riferimenti normativi di carattere generale che si riferiscono ai contenuti della presente procedura:

- Decreto ASL n. 36 del 16/01/2004 "Approvazione della proposta del POFA"
- Decreto ASL n. 865 del 16/09/2004 "Ricognizione delle modifiche apportate al POFA a seguito di approvazione regionale di cui alle DGR n. VII/17654 del 21/05/2004 e n. VII/18469 del 30.07/2004"
- DGR n. VII/17654 del 21/05/2004 "Determinazioni in ordine ai POFA dell'ASL Vallecamonica-Sebino ai sensi e per gli effetti del VI comma dell'art. 13 della Legge regionale 11/07/1997, n. 31"
- Regolamento applicazione Legge Privacy del 15/09/2004
- Decreto n. 263 del 23/03/2005 "Aggiornamento del DPSS in materia di trattamento dei dati personali per anno in corso
- MGQ Aziendale
- Procedure Generali del SGQ aziendale
- Sottoprogetto valutazione delle performance qualitative del programma triennale per l'implementazione del sistema di valutazione delle aziende sanitarie accreditate e del management delle aziende sanitarie pubbliche - Regione Lombardia 2004
- Regolamento Aziendale per la formazione e l'aggiornamento del personale dipendente"

## 3. TERMINI E DEFINIZIONI

### 3.1 TERMINI

Per quanto riguarda la terminologia utilizzata nell'Ufficio Aggiornamento e Formazione si rimanda al paragrafo seguente.

### 3.2 DEFINIZIONI

Di seguito sono riportate le definizioni utilizzate nello svolgimento delle attività:

- *Aggiornamento Obbligatorio*: attività finalizzata al raggiungimento degli obiettivi aziendali
- *Aggiornamento facoltativo*: attività dove prevale il bisogno dell'operatore, centrato sulla qualificazione professionale, rientrando comunque nelle finalità generali dell'organizzazione aziendale
- *Aggiornamento in sede*: evento formativo organizzato e gestito dall'Azienda
- *Aggiornamento fuori sede*: evento formativo organizzato da altri Enti.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschia






### 3.3 ABBREVIAZIONI O SIGLE

Per quanto riguarda le abbreviazioni, sigle ed acronimi del SGQ aziendale, si rimanda al M GEN 004 "Elenco acronimi". Di seguito si riportano le sigle contenute nella presente procedura condivise, conosciute da tutti gli operatori dell'Ufficio.

ABBREVIAZIONE	DESCRIZIONE
DP-PCA	Diritti dei Pazienti e Processi di Presa in Carico Clinici e Assistenziali
DRQ	Documenti di Registrazione per la Qualità
DSH	Direzione Sanitaria Ospedaliera
ECM	Educazione Continua in Medicina
FSC	Formazione sul Campo
FORM	Formazione – Ufficio Aggiornamento Formazione
GPMQ	Gestione dei Processi di Miglioramento della Qualità
JCI	Joint Commission International
M/M GEN	Modulo/Modulo Generale
MGQ	Manuale di Gestione per la Qualità
NC	Non Conformità
P GEN	Procedura Generale
PIPSS	Gestione Processi Interscambio Servizi-Prestazioni tra e intra Strutture Sanitarie
PT	Protocollo
RGQ	Responsabile Gestione Qualità
RQ	Referente Qualità
RUO	Responsabile Unità Operativa
SGQ	Sistema Gestione Qualità
SIAC	Sistema Informativo Amministrativo e Clinico
SITRA	Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale
SPP	Servizio Prevenzione e Protezione
SRU	Sviluppo delle Risorse Umane
UQ	Ufficio Qualità
UU.OO./UO	Unità Operative/Unità Operativa

## 4. SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

### 4.1 REQUISITI GENERALI

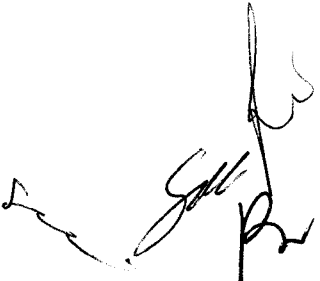
I processi dell'Ufficio Addestramento e Formazione sono riconducibili in sintesi alle seguenti aree:

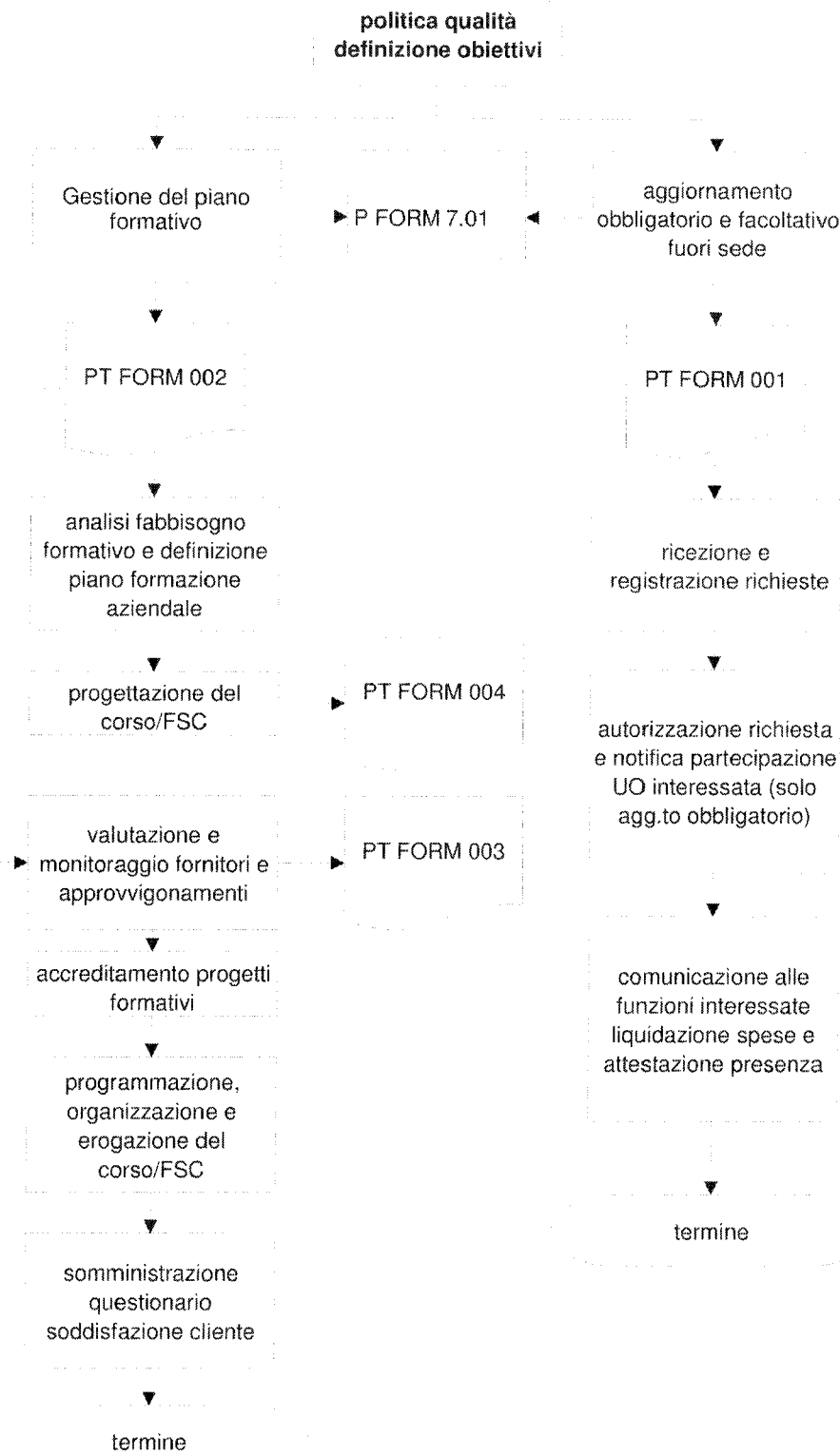
- analisi del fabbisogno formativo UU.OO. e definizione Piano formativo Aziendale
- progettazione degli eventi formativi
- programmazione, organizzazione ed erogazione dei corsi
- valutazione e monitoraggio fornitori
- gestione approvvigionamenti
- gestione dell'aggiornamento obbligatorio e facoltativo fuori sede

I collegamenti tra le attività, le responsabilità, le funzioni coinvolte e le modalità di monitoraggio e misurazione sono contenute in dettaglio nei Protocolli del Sistema di Gestione per la Qualità.

Tali attività sono rappresentate nello schema seguente nel quale sono riportati i collegamenti tra i processi:

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angela Foschini





IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



ASL di Vallecamonica-Sebino

**MANUALE GESTIONE QUALITÀ  
DELL'UFFICIO AGGIORNAMENTO E  
FORMAZIONE**

**P FORM 7.01**

**Rev. 01**

**Pag. 6 di 6**

## **4.2 REQUISITI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE**

### **4.2.1. GENERALITÀ**

La documentazione del SGQ include:

- la politica e gli obiettivi per la qualità, definiti dalla UO, formulati sulla base della politica della qualità aziendale, emessa dalla Direzione Generale. Quest'ultimo documento è diffuso all'interno dell'Ufficio a tutti gli operatori
- il Manuale di Gestione per la Qualità aziendale
- le Procedure, i Protocolli
- i documenti di origine interna ed esterna necessari per la pianificazione ed il controllo dei processi
- le leggi e le norme applicabili
- i documenti di registrazione della qualità

I documenti di registrazione della qualità M FORM 002 e 004 sono gestiti direttamente dai Referenti Qualità delle UU.OO. con le seguenti modalità:

- M FORM 002 "Scheda di verifica del grado di apprendimento" (allegato 5) rappresenta il modulo fac simile sul quale i RQ devono registrare la verifica dell'efficacia degli eventi formativi o dell'addestramento effettuato all'interno della UO che non prevedono i crediti ECM Tale modulo può essere sostituito o integrato da modulistica propria di UO
- M FORM 004 "Scheda personale" (allegato 6) è utilizzato per la registrazione di tutte le iniziative di formazione e/o addestramento in sede, fuori sede e interne alle UU.OO. accreditate o non accreditate.

Tale modulo consta di tre parti:

1. M FORM 004 – A: riassume i dati anagrafici e il grado di istruzione del dipendente e funge da copertina alla scheda personale
2. M FORM 004 – B: riassume per ogni anno i corsi effettuati, con la registrazione dei crediti. Può essere gestita su supporto informatico, aggiornata dall'operatore o dal RQ, contestualmente alla partecipazione ad eventi formativi, stampata alla fine di ogni anno ed allegata al M FORM 004 A
3. M FORM 004 – C: riassume le attività di addestramento effettuate in UO. Tale modulo è gestito con le stesse modalità del M FORM 004 B

I modulo deve essere predisposto per ogni operatore e conservato, unitamente al curriculum vitae in formato europeo nel rispetto della privacy. Deve seguire l'operatore nel caso di trasferimento ad altra UO. Il tempo di conservazione è fissato per tutta la durata del rapporto di lavoro del dipendente.

Il M FORM 003 "Registrazione dell'addestramento", attestante la partecipazione all'evento formativo degli operatori tramite la raccolta delle firme, può essere utilizzato anche per la registrazione dei partecipanti a eventi formativi organizzati nelle singole UU.OO.


Il dettaglio della gestione dell'atra modulistica di esclusiva pertinenza dell'Ufficio è contenuto nei singoli protocolli.

### **4.2.2. MANUALE DELLA QUALITÀ**

Non è possibile sviluppare tale punto in quanto il Manuale di Gestione per la Qualità aziendale è gestito dall'Ufficio Qualità.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angela Roschini



 <b>ASL di Vallecamonica-Sebino</b>	<b>MANUALE GESTIONE QUALITÀ  DELL'UFFICIO AGGIORNAMENTO E  FORMAZIONE</b>	<b>P FORM 7.01  Rev. 01  Pag. 7 di 7</b>
---	---	--

#### **4.2.3. TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DOCUMENTI**

I documenti di origine interna necessari per la pianificazione, il funzionamento e il controllo dei processi, sono emessi, revisionati, distribuiti ed archiviati in conformità a quanto stabilito dalla P GEN 4.01 "Gestione della documentazione del SGQ" e formalizzati nel M GEN 003 "Elenco e stato revisione dei documenti", allegato 8.

I documenti generati del processo di erogazione dei corsi sono identificati con il codice corso, organizzati e conservati nei fascicoli del corso (PT FORM 002), mentre quelli derivanti dall'aggiornamento fuori sede sono identificati con il progressivo del registro di protocollo interno e conservati in archivi organizzati cronologicamente (aggiornamento obbligatorio) e alfabetico (aggiornamento facoltativo). Il dettaglio delle modalità di gestione e conservazione è definito nel PT FORM 001.

I Documenti di origine esterna, quali attestati emessi da Enti per aggiornamento obbligatorio o facoltativo fuori sede, programmi/locandine di corsi fuori sede, sono conservati in faldoni, come dettagliato nel PT FORM 001.

#### **4.2.4. TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE REGISTRAZIONI**

I documenti definiti "di registrazione della qualità" sono conservati presso l'UO. L'identificazione, l'archiviazione, la reperibilità, la durata di conservazione e la destinazione finale sono definite nella P GEN 4.02 "Gestione dei Documenti di registrazione della Qualità" e formalizzati nel M GEN 005 "Elenco dei DRQ" (allegato 9), inviato a UQ ogni anno.

Le registrazioni informatiche e la gestione dei dati avvengono in accordo al Manuale di Gestione per la Qualità – Sez.4 – 4.2.4

### **5. RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE**

In accordo alla P GEN 5.02 "Responsabilità della Direzione" e al MGQ – Sez.5 – 5.1, il RUO:

- riceve dalla Direzione Generale gli obiettivi annuali
- definisce e comunica a tutti gli operatori la mission del servizio
- definisce gli obiettivi annuali della UO e ne verifica la congruenza con le risorse disponibili
- diffonde agli operatori gli obiettivi definiti ed i metodi da adottare per il monitoraggio e la misurazione del loro raggiungimento
- definisce, documenta ed attua la politica per la qualità nell'erogazione del servizio
- effettua il riesame
- si impegna al fine di assicurare il miglioramento continuo

#### **5.1 IMPEGNO DELLA DIREZIONE**

L'Ufficio Aggiornamento e Formazione eroga attività di addestramento e formazione al personale interno al fine di migliorarne lo sviluppo professionale e di garantire un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate.

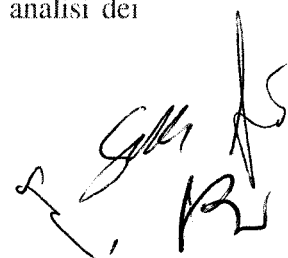
La mission sopraesposta è stata definita da RUO sulla base della mission aziendale ed è diffusa a tutti gli operatori anche tramite affissione di un estratto della presente procedura.

#### **5.2 ATTENZIONE FOCALIZZATA AL CLIENTE**

L'attenzione verso le esigenze e le aspettative del Cliente si realizza:

- nella identificazione delle esigenze del cliente tramite una puntuale e dettagliata analisi dei bisogni formativi segnalati

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini





- nel monitoraggio del grado di soddisfazione attraverso l'analisi delle segnalazioni e degli eventuali reclami che i partecipanti dei corsi rilevano sulla documentazione utilizzata per le indagini di customer satisfaction (vedi sezione 8.2.1 "Soddisfazione del Cliente")

### **5.3 POLITICA DELLA QUALITÀ**

Il RUO, in accordo con il MGQ – SEZ.5 – 5.3, diffonde ed attua all'interno dell'UO la Politica per la Qualità, definita dalla Direzione Generale.

### **5.4 PIANIFICAZIONE**

#### **5.4.1. OBIETTIVI PER LA QUALITÀ**

Annualmente, nel corso del riesame della Direzione di UO, sono definiti gli obiettivi per la qualità, che includono l'impegno al miglioramento continuo. Contestualmente sono stabiliti gli indicatori di processo o di risultato per monitorare il raggiungimento degli obiettivi e/o controllare in modo più puntuale i processi. Gli obiettivi definiti sono misurabili, verificabili periodicamente e coerenti con la Politica per la Qualità da cui scaturiscono.

#### **5.4.2. PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ**

I processi sono descritti nei protocolli dell'UO. La sequenza della descrizione è la stessa del loro svolgersi. Negli stessi documenti sono stabiliti i criteri e i metodi che garantiscono un efficace funzionamento e controllo del processo, assicurando le risorse necessarie. Sono previste, nei medesimi protocolli, le modalità di monitoraggio e di misura finalizzate a evidenziare nel tempo la validità del processo stesso.

### **5.5 RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ E COMUNICAZIONE**

#### **5.5.1. RESPONSABILITÀ ED AUTORITÀ**

L'UO definisce e documenta la sua organizzazione per quanto riguarda le figure professionali, in relazione a responsabilità, autorità e rapporti di interdipendenza, essenzialmente attraverso:

- l'organigramma e il funzionigramma (allegato n° 1 e 2) che individuano le principali funzioni, evidenziandone i rapporti di interdipendenza. L'organigramma e il funzionigramma firmati dal Direttore Generale sono affissi anche in bacheca
- l'assegnazione, all'interno dei protocolli e nel rispetto di eventuali circolari di attuazione del Piano Organizzativo e Funzionale Aziendale e delle legislazione cogente, di compiti e responsabilità per le attività svolte dalle funzioni individuate all'interno dell'organigramma.
- le job description degli operatori, secondo quanto predisposto nella documentazione dall'Area Gestione Risorse Umane. Le job description sono conservate unitamente alle schede del personale in UO e nel fascicolo personale gestito dall'Area Gestione Risorse Umane (standard SRU 1).

#### **5.5.2. RAPPRESENTANTE DELLA DIREZIONE**

Questo punto è trattato nel Manuale di Gestione per la Qualità.

#### **5.5.3. COMUNICAZIONE INTERNA**

Qualora sorga l'esigenza di comunicare o discutere modifiche di istruzioni operative o argomenti specifici di organizzazione, vengono tenute riunioni verbalizzate.

Disposizioni particolari, comunicazioni da parte della Direzione, ordini di servizio, ecc. avvengono sotto forma di circolari, di lettere personali, oppure tramite esposizione in bacheca. Il RUO/RQ

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angela Foschini



prende visione della documentazione di origine esterna pervenuta e ne informa il personale interessato.

## **5.6 RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE**

### **5.6.1. GENERALITÀ**

Il riesame, svolto secondo le modalità definite dalla P GEN 5.01 "Gestione del riesame della Direzione", si svolge in un momento precedente al riesame della Direzione Aziendale. Nel corso del riesame il RUO, analizza l'andamento e le prestazioni sulla base delle informazioni provenienti dall'audit e dagli indicatori di processo e definisce le proposte di miglioramento. Il RQ redige e trasmette il verbale all'Ufficio Qualità, affinché possa costituire elemento di ingresso del riesame aziendale.

### **5.6.2 ELEMENTI IN INGRESSO PER IL RIESAME**

Come da P GEN 5.01 "Gestione del Riesame della Direzione" e standard GPMQ 4 e 6.

### **5.6.3 ELEMENTI IN USCITA DEL RIESAME**

Come da P GEN 5.01 "Gestione del Riesame della Direzione" e standard GPMQ 4 e 6 SIAC 9.

## **6. GESTIONE DELLE RISORSE**

### **6.1 MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE**

Il RUO determina e richiede, come previsto dal MGQ aziendale, sezione 6, le risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Al fine di mantenere aggiornato il SGQ, il RUO ha individuato risorse specifiche (Referente Qualità) alle quali è affidato il compito di tenere aggiornato il SGQ stesso, migliorandone la sua diffusione e quindi la sua efficacia. Il RUO e i RQ sono impegnati a sensibilizzare gli operatori per ottenere la soddisfazione dei requisiti del cliente.

### **6.2 RISORSE UMANE**

#### **6.2.1. GENERALITÀ**

Il personale possiede i requisiti previsti nel funzionigramma. Gli orari degli operatori non si articolano in turnazioni particolari, in quanto è prevista la presenza in servizio, di norma, secondo l'orario di giornata, dal lunedì al venerdì. Vista la tipologia delle attività svolte, non è richiesta alcuna reperibilità. Viene comunque garantita la presenza di un referente anche esterno all'Ufficio, per tutti i corsi gestiti, indipendentemente dal giorno e dall'orario di esecuzione.

#### **6.2.2. COMPETENZA, CONSAPEVOLEZZA E ADDESTRAMENTO**

Il RUO, in occasione del riesame, in accordo con la P GEN 6.01 "Gestione delle Risorse" e con lo standard SRU 6, sulla base dell'analisi dell'evoluzione professionale e metodologica e in riferimento alle disposizioni di legge, definisce il fabbisogno formativo.

La partecipazione a corsi di aggiornamento obbligatorio o facoltativo, all'interno od all'esterno dell'Azienda e la documentazione correlata, è registrata a cura del RQ, secondo quanto definito dalla P. GEN 6.01. La documentazione attestante tale attività è conservata da RQ presso il proprio ufficio, in apposito faldone.

In assenza di una valutazione rilasciata da un ente terzo, le attività di addestramento sono seguite da una valutazione effettuata dal RUO, al fine di verificare che gli operatori abbiano correttamente recepito e sappiano applicare quanto trasmesso.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
*Dott. Angelo Foschini*



Il RUO, in occasione dell'inserimento di personale di nuova assunzione o proveniente da altra mansione o azienda, stila un piano di formazione personalizzato e dipendente dal profilo professionale (M GEN 027 "Piano inserimento personale").

Il neoassunto è informato del piano di formazione ed è affiancato da personale esperto per un periodo di tempo in funzione sia dell'esperienza del soggetto sia della tipologia del lavoro da svolgere (standard SRU 3).

### **6.3 INFRASTRUTTURE**

Gli edifici e gli spazi di lavoro sono adeguati per garantire l'erogazione delle prestazioni e gestiti nel rispetto della legislazione relativa a igiene e sicurezza sul luogo di lavoro. Eventuali necessità relative alla sicurezza e all'igiene delle infrastrutture sono sottoposte all'attenzione della Direzione Sanitaria, del Servizio Prevenzione Protezione e/o Ufficio Tecnico da parte di RUO.

Le aule in cui vengono realizzati i corsi sono sotto gestite nel rispetto della legislazione relativa all'igiene e alla sicurezza. Qualunque difformità che venisse riscontrata all'interno delle stesse viene immediatamente segnalata da RUO.

L'UO dispone di piccole attrezzature didattiche all'interno delle varie aule, nel caso di segnalazione di guasto o anomalie di funzionamento delle stesse, il RUO o altro operatore dell'Ufficio adotta i provvedimenti atti al regolare svolgimento del corso e contatta tempestivamente il servizio Tecnico Patrimoniale per richiederne la riparazione. Ulteriori dettagli sono contenuti nel PT FORM 002.

### **6.4 AMBIENTE DI LAVORO**

Gli operatori operano in condizioni idonee. Sono adottate tutte le indicazioni necessarie al fine di svolgere le attività nel rispetto della normativa vigente e in accordo con le procedure del SPP.

## **7 REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO**

### **7.1 PIANIFICAZIONE DELLA REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO**

L'attività di pianificazione dei processi è effettuata, sulla base della mission aziendale, per offrire un livello di qualità sempre maggiore, capace di soddisfare non solamente i requisiti definiti, ma anche le aspettative di miglioramento richiesto.

Essa comprende: obiettivi, criteri di accettazione, descrizione dei processi, documentazione necessaria, risorse, infrastrutture, attività di verifica e ove necessario di validazione.

La pianificazione dei processi è descritta nei protocolli ed in particolare definisce:

- i processi, i documenti e le risorse necessarie per ogni attività
- le attività di verifica, di monitoraggio e i criteri di accettabilità
- le registrazioni per fornire l'evidenza che i processi ottemperino ai requisiti

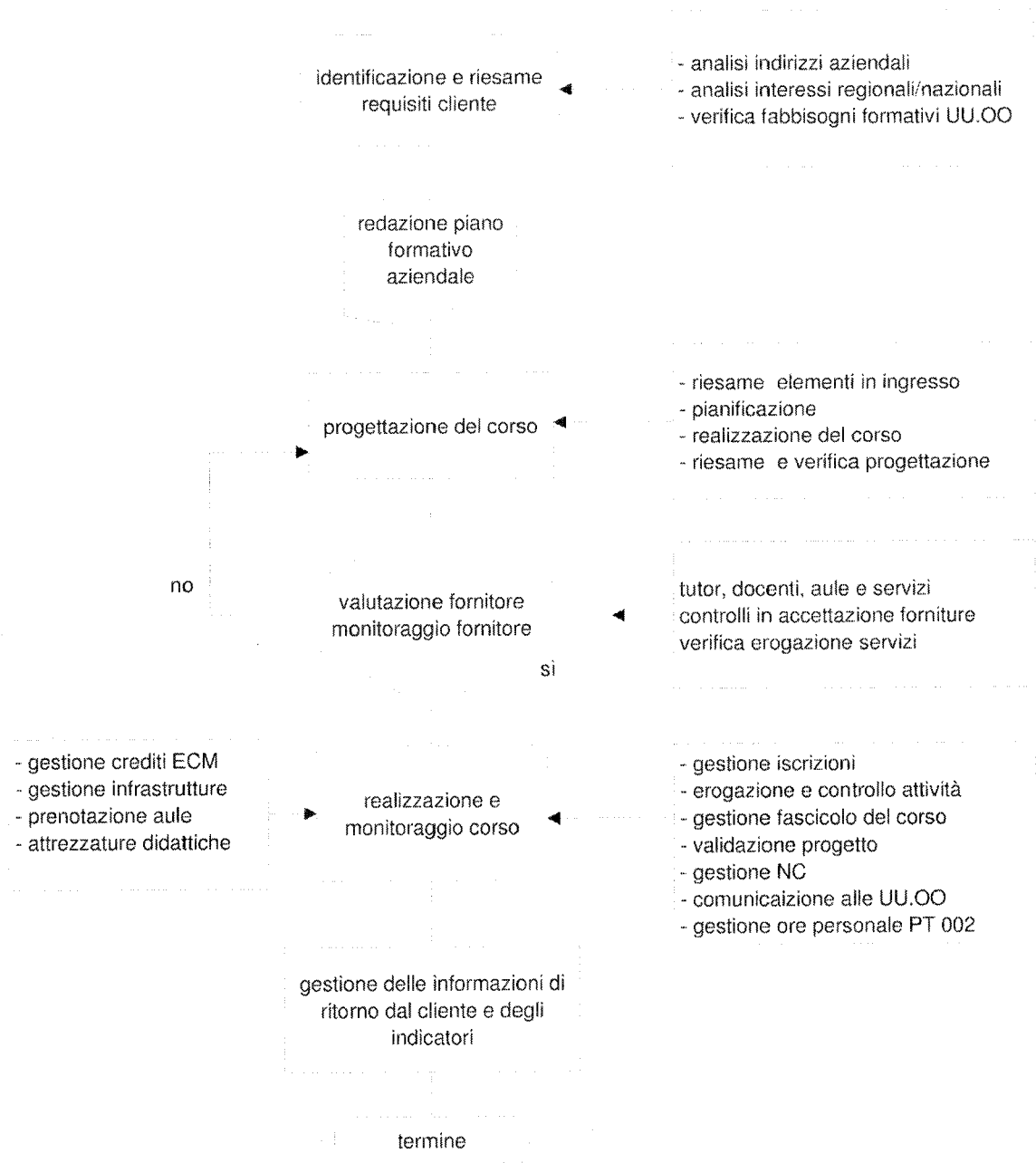
I diagrammi di flusso di seguito rappresentati, descrivono i tre processi principali:

1. analisi del fabbisogno formativo, realizzazione del Piano Aziendale ed erogazione dei corsi
2. aggiornamento obbligatorio fuori sede
3. aggiornamento facoltativo fuori sede

**IL DIRETTORE GENERALE**  
Dott. Angelo Foschini



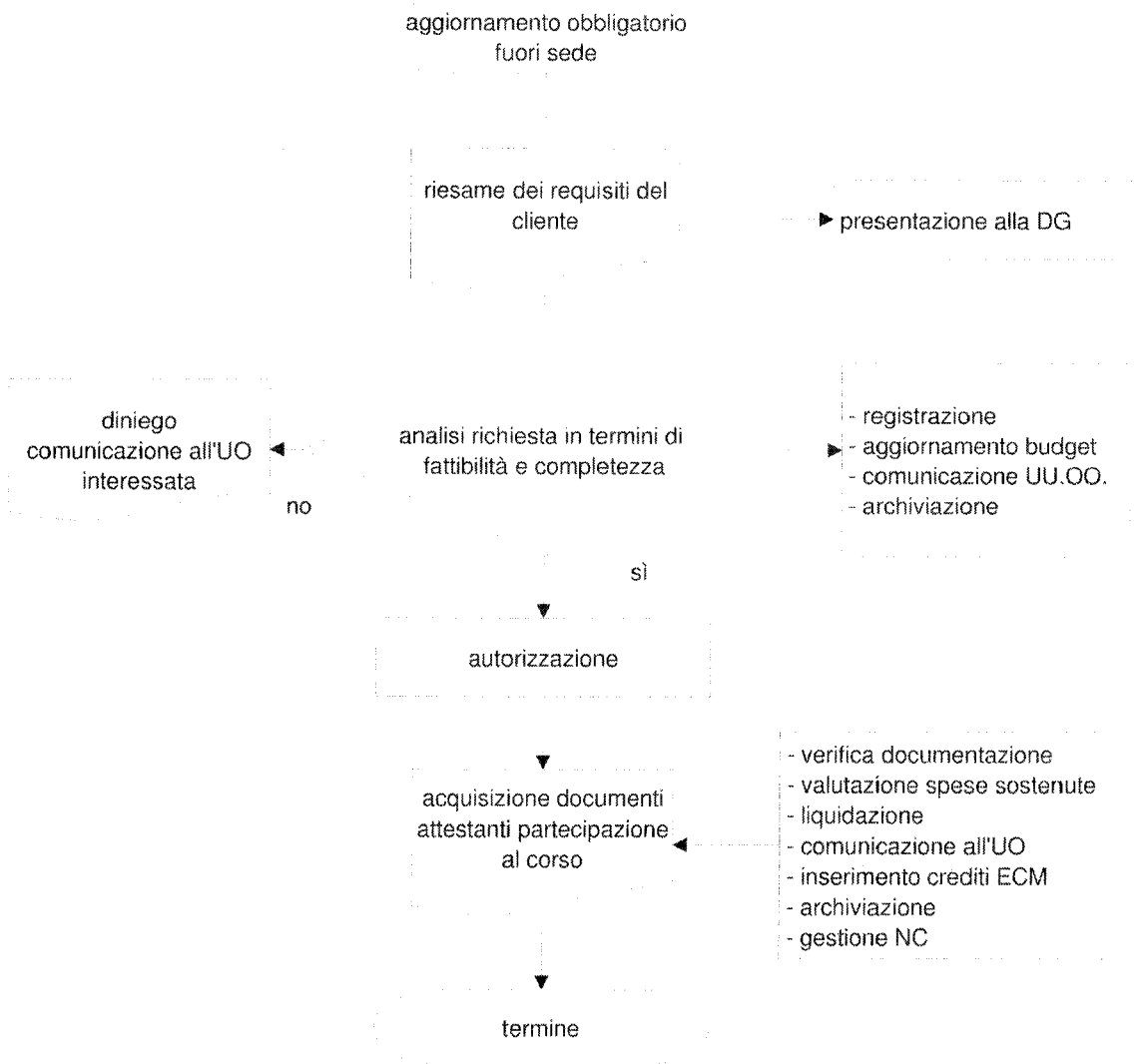
Diagramma di flusso n. 1: analisi del fabbisogno formativo, realizzazione del Piano Aziendale ed erogazione dei corsi



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



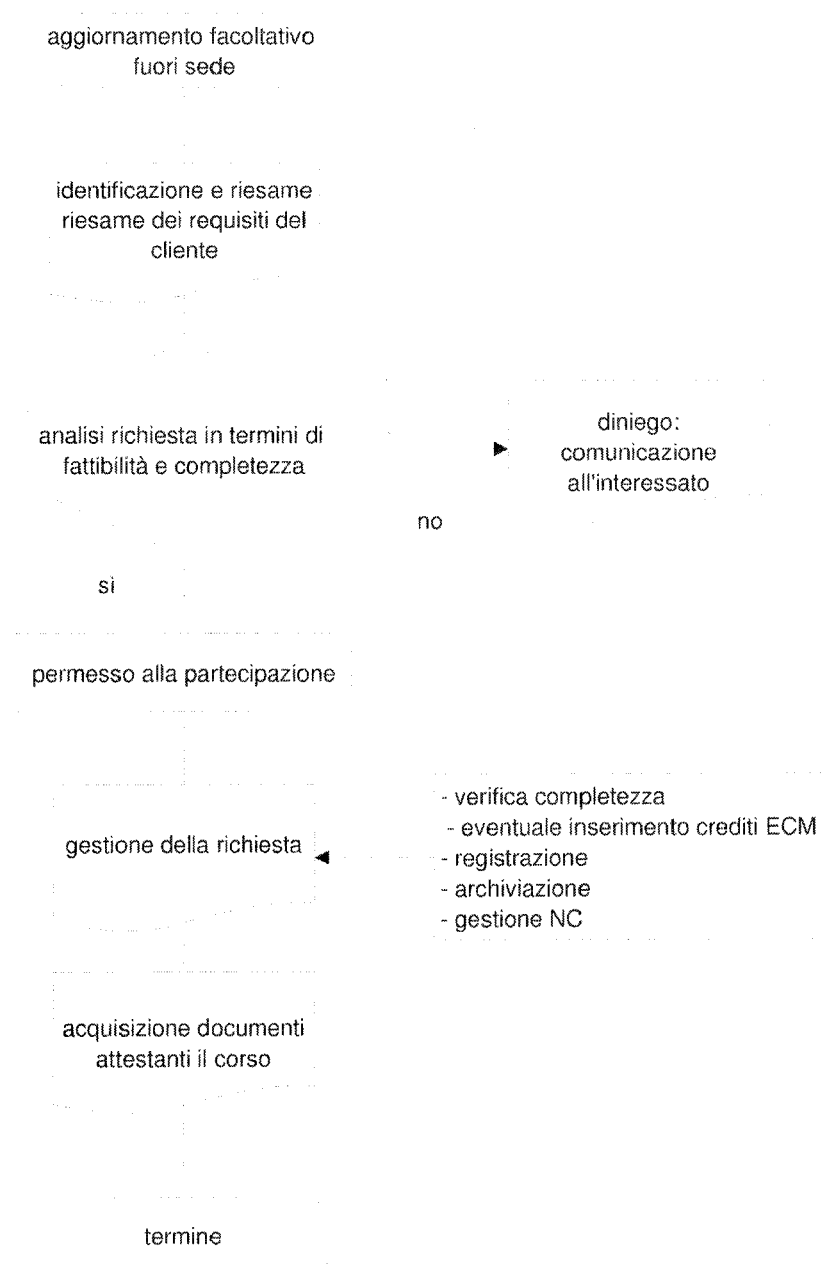
Diagramma di flusso n. 2: aggiornamento obbligatorio fuori sede



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Feschini



Diagramma di flusso n. 3: aggiornamento facoltativo fuori sede



IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



## **7.2 PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE**

### **7.2.1 DETERMINAZIONE DEI REQUISITI RELATIVI AL PRODOTTO**

I requisiti che l'UO soddisfa sono quelli:

- espliciti, identificati e stabiliti in fase di raccolta dei bisogni formativi e formulati nel Piano Formativo Aziendale e nell'accettazione della richiesta di aggiornamento fuori sede
- non precisati dal Cliente ma previsti e specifici dell'erogazione del corso/partecipazione a formazione fuori sede
- quelli cogenti.

### **7.2. RIESAME DEI REQUISITI RELATIVI AL PRODOTTO**

L'Ufficio Aggiornamento e Formazione, unitamente ai referenti per la Formazione, riesamina i requisiti del servizio erogato in termini di fattibilità dei bisogni formativi raccolti.

L'evidenza del riesame è data dall'emissione del Piano di Formazione Aziendale annuale redatto dal RUO ed approvato dalla Direzione Generale.

Le fasi specifiche del processo sono:

- richiesta alle UU.OO. e rilevazione dei bisogni formativi
- individuazione e risoluzione di eventuali scostamenti tra bisogno manifestato e servizio erogabile
- riesame da parte di RUO e dei referenti per la Formazione, degli obiettivi aziendali, del budget disponibile, delle risorse e dei bisogni rilevati per evidenziare i corsi realizzabili
- formulazione di una proposta di piano formativo da sottoporre alla Direzione Aziendale
- riesame ed approvazione della Direzione con definizione di budget effettivo
- emissione del piano
- eventuali successive modifiche, con trasmissione dell'oggetto di tali modifiche a tutto il personale interessato
- registrazione delle attività, in particolare quelle riferite ai risultati dei riesami.

Le modalità di gestione e le responsabilità sono dettagliate all'interno del PT FORM 002.

Per le richieste di aggiornamento, il riesame dei requisiti è composto dalle seguenti fasi:

- registrazione richiesta
- valutazione della evadibilità in termini di rispetto dei tempi di richiesta, del budget disponibile (ove richiesto), correttezza e completezza di compilazione
- accettazione della richiesta (aggiornamento facoltativo) ed emissione dell'autorizzazione (aggiornamento obbligatorio) o emissione del diniego.

L'evidenza del riesame è data dall'emissione del diniego oppure dall'accettazione richiesta/emissione autorizzazione.

### **7.2.3 COMUNICAZIONE CON IL CLIENTE**

Le comunicazioni tra l'UO e il cliente consistono in:

- informazioni relative al servizio (in particolare quesiti relativi ai bisogni formativi e alla richieste di aggiornamento)
- risposte a vari quesiti posti dal cliente
- informazioni di ritorno da parte dei clienti.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini





ASL di Vallecamonica-Sebino

**MANUALE GESTIONE QUALITÀ  
DELL'UFFICIO AGGIORNAMENTO E  
FORMAZIONE**

**P FORM 7.01**

**Rev. 01**

**Pag. 15 di 15**

Informazioni relative al servizio:

Sono relative all'attività specifica erogata dall'Ufficio. Le modalità con cui questi flussi informativi vengono forniti, sia in entrata che in uscita, sono definite nel "Regolamento Aziendale per la formazione e l'aggiornamento del personale dipendente", in cui vengono esplicitati i servizi erogati e le relative modalità d'accesso.

Risposte ai quesiti posti dal cliente:

Gli operatori dell'Ufficio rappresentano l'interfaccia con il cliente per eventuali quesiti relativi alle prestazioni erogate. Qualora i quesiti riguardino tematiche molto specifiche è cura dell'operatore che riceve la richiesta interpellare il RUO.

Informazioni di ritorno da parte dei clienti:

Queste informazioni sono relative a:

- misurazioni del grado di soddisfazione del cliente per il servizio erogato, raccolte principalmente attraverso i questionari somministrati al termine di ogni corso
- segnalazioni o reclami, gestiti in accordo al punto 8.3 di questa procedura.

### **7.3 PROGETTAZIONE**

#### **7.3.1 PIANIFICAZIONE DELLA PROGETTAZIONE E DELLO SVILUPPO**

L'Ufficio Aggiornamento e Formazione pianifica e tiene sotto controllo tutte le attività che caratterizzano il processo di progettazione e di sviluppo dei corsi.

Tale processo prevede le seguenti fasi:

- definizione degli elementi in ingresso e delle fasi di progettazione del corso
- pianificazione e registrazione dell'avanzamento delle fasi esecutive e di controllo
- definizione delle attività di riesame, verifica e validazione
- individuazione delle responsabilità e delle autorità coinvolte
- definizione di modalità di aggiornamento degli elaborati e dei documenti realizzati, in seguito ad eventuali modifiche del progetto.

Il dettaglio relativo alla gestione del processo è definito nel PT FORM 004 "Gestione della progettazione dei corsi". Lo strumento utilizzato per gestire il processo è il M FORM 020 "Progetto del Corso".

Nei paragrafi seguenti si sviluppano le fasi sopra delineate.

#### **7.3.2 ELEMENTI IN INGRESSO ALLA PROGETTAZIONE E ALLO SVILUPPO**

Gli elementi in ingresso alla progettazione e sviluppo sono definiti e riesaminati sotto il profilo della completezza, dell'adeguatezza e della non ambiguità e registrati nel "Progetto del Corso".

Essi solitamente comprendono:

- i requisiti di base (obiettivi e caratteristiche generali del corso)
- le eventuali specifiche e/o progetti di corsi simili
- le eventuali leggi cogenti applicabili allo specifico progetto.

#### **7.3.3 ELEMENTI IN USCITA DALLA PROGETTAZIONE E DALLO SVILUPPO**

Gli elementi in uscita dalla progettazione sono:

- definizione del Responsabile Scientifico (del Gruppo di Progettazione)
- programma, con specificazione degli:
  - argomenti

**IL DIRETTORE GENERALE**  
*Dott. Angelo Feschini*



- durata
- accreditamento ECM
- metodologia didattica
- tipologia di verifica dell'apprendimento
- fasi salienti del progetto
- fasi di accertamento e valutazione
- fasi di riesame
- fasi di verifica
- fase di validazione
- docenti, responsabili e tutor
- budget (costo dei docenti, del materiale didattico, aule e supporti )
- relazioni conclusive della progettazione.

Eventuali relazioni e qualsiasi altro documento ritenuto necessario per il successivo sviluppo del corso sono registrati e conservati nel M FORM 020.

I documenti prodotti forniscono tutte le informazioni necessarie per l'esecuzione del lavoro e sono approvati dal Responsabile Scientifico (del Gruppo di Progettazione).

#### **7.3.4 RIESAME DELLA PROGETTAZIONE E DELLO SVILUPPO**

Nell'ambito della pianificazione delle attività di progettazione, si definiscono le fasi per le quali viene svolto il Riesame del progetto; tale attività è finalizzata a valutare i risultati della progettazione ed a individuare gli eventuali problemi, definendo le azioni necessarie alla loro soluzione.

Al riesame partecipa il Responsabile Scientifico (del gruppo di progettazione) e il RUO.

Le attività di riesame sono verbalizzate e registrate nel modello "Progetto del Corso" o in documenti lì richiamati e conservati.

#### **7.3.5 VERIFICA DELLA PROGETTAZIONE E DELLO SVILUPPO**

Per assicurare la compatibilità tra elementi in ingresso e gli elementi in uscita, i responsabili della progettazione eseguono, alla fine della stessa, la verifica. I risultati sono registrati nel modello "Progetto del Corso" o in documenti lì richiamati e conservati.

#### **7.3.6 VALIDAZIONE DELLA PROGETTAZIONE E DELLO SVILUPPO**

E' sempre prevista la validazione del progetto che è eseguita al termine del corso e finalizzata ad assicurare che il lavoro eseguito soddisfi i requisiti per i quali è stato progettato e sviluppato.

I risultati delle validazioni sono registrati dal RUO nel modello "Progetto del Corso" o in documenti lì richiamati e conservati.

#### **7.3.7 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE MODIFICHE DELLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO**

Tutte le modifiche sono documentate e registrate nel modello "Progetto del Corso" ed in esso conservate. Esse, prima di essere approvate e rese operative, sono analizzate dal punto di vista degli effetti che potrebbero determinare su parti di lavoro già realizzate; sono quindi riesaminate, verificate e, se previsto, validate.

### **7.4 APPROVVIGIONAMENTO**

#### **7.4.1 PROCESSO DI APPROVVIGIONAMENTO**

Il RUO/operatori effettuano le richieste di beni e servizi necessari al raggiungimento degli obiettivi prefissati, in accordo con le procedure/protocolli dell' Area Gestione delle Risorse Materiali.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



L'Ufficio effettua direttamente la valutazione per le seguenti categorie di Fornitori:

- Docenti, Tutor e società di formazione
- Aule e servizi di supporto

La valutazione e la selezione dei Fornitori é svolta da RUO ed avviene confrontando le informazioni raccolte con i criteri generali d'accettabilità indicati di seguito:

Docenti, Tutor e società di formazione

- titoli professionali
- esperienza acquisita nel settore
- rapporto qualità/costo
- completezza progetto
- servizi di supporto forniti

Aule e servizi di supporto

- rapporto qualità/costo
- qualità struttura/qualità servizio fornito
- dislocazione geografica

Gli strumenti utilizzati per questa selezione sono:

- acquisizione di informazioni sul fornitore
- controlli in entrata
- rivalutazione periodiche in funzione dell'andamento delle forniture e dell'erogazione del servizio.

Le modalità di gestione e registrazione dell'attività di valutazione, selezione e monitoraggio dei Fornitori e le relative responsabilità sono dettagliate nel PT FORM 003.

#### **7.4.2 INFORMAZIONI PER L'APPROVVIGIONAMENTO**

Le richieste di materiali/attrezzature/servizi sono inviate all'Area Gestione Risorse Materiali, utilizzando la modulistica aziendale.

Per il materiale/servizi gestiti autonomamente i documenti di approvvigionamento sono sempre documentati a cura i RUO. Tali documenti contengono tutte le indicazioni atte a descrivere in maniera chiara e completa il prodotto o il servizio e comprendono la necessità in ordine a richieste di qualificazioni particolari relative al servizio, al processo, al personale. Tale attività è gestita in accordo a quanto indicato PT FORM 002.

#### **7.4.3 VERIFICA DEI PRODOTTI APPROVVIGIONATI**

L'accettazione dei prodotti/servizi approvvigionati si esegue mediante un controllo al ricevimento, che prevede una verifica di tipo quantitativo, tipologico, visivo, di funzionalità e documentale, eseguito in accordo alle caratteristiche indicate nella documentazione di approvvigionamento. Il controllo sulle modalità di erogazione dei Servizi (es. docenza, utilizzo aule) rispetto a quanto specificato nell'ordine, viene realizzato in seguito all'esito dei controlli realizzati e dalla soddisfazione percepita dai partecipanti. Nel caso in cui l'esito di un controllo sia negativo, è compito di chi ha eseguito tale controllo rilevare la Non Conformità.

### **7.5 PRODUZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI**

#### **7.5.1 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ**

L'Ufficio Aggiornamento e Formazione controlla l'esecuzione dei seguenti processi:

- analisi dei fabbisogni, realizzazione del Piano formativo Aziendale, erogazione dei corsi
- gestione delle richieste di aggiornamento fuori sede.

Analisi dei fabbisogni, realizzazione del Piano Formativo Aziendale, erogazione dei corsi previsti.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



ASL di Vallecamonica-Sebino

**MANUALE GESTIONE QUALITÀ  
DELL'UFFICIO AGGIORNAMENTO E  
FORMAZIONE**

**P FORM 7.01  
Rev. 01  
Pag. 18 di 18**

L'Ufficio Aggiornamento e Formazione pianifica ed esegue in condizioni controllate, tutta l'organizzazione e la gestione dei corsi stabiliti nel Piano Formativo Aziendale.

Le fasi di raccolta dei bisogni e realizzazione ed approvazione del Piano sono già state descritte nel paragrafo 7.2.

L'erogazione dei Corsi può essere sintetizzata nelle seguenti fasi:

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	REGISTRAZIONE
Programmazione dei corsi e verifica stato avanzamento	RUO	Stato Avanzamento Corsi
Raccolta Iscrizioni	Amministrativo	Scheda di iscrizione Raccolta Iscrizioni partecipanti
Pianificazione del corso in termine di organizzazione, definizione personale di riferimento (es. Tutor e Docenti)	RUO	Scheda Organizzazione Corso
Erogazione corso (compresa la gestione attività di segreteria di supporto)	RUO/Tutor/Referente del Corso	Check List erogazione Corso Registrazione Partecipanti Formazione
Controlli iniziali e in itinere	Tutor/Referente del Corso	Check List erogazione Corso
Segnalazione Non Conformità	Tutto il personale	Rapporto di Non Conformità
Gestione Non Conformità	RQ	
Valutazione Apprendimento partecipanti	Docente	Prova (Test) di apprendimento
Emissione attestato superamento corso	RUO	Attestato
Valutazione soddisfazione Discenti	RUO	Questionario di valutazione

L'attestato di superamento del Corso viene consegnato al partecipante che deve farlo pervenire al RQ della propria UO come documentazione attestante l'efficacia del corso seguito. Il dettaglio delle attività sopra definite è riportato nel PT FORM 002.

#### Gestione delle richieste di aggiornamento fuori sede

Oltre ai corsi organizzati internamente il dipendente può partecipare a corsi esterni.

Tale partecipazione viene denominata aggiornamento. Esso può essere considerato obbligatorio o facoltativo.

In accordo a quanto definito nel "Regolamento per la formazione e l'aggiornamento del personale dipendente" si definisce:

- aggiornamento obbligatorio l'attività finalizzata al raggiungimento degli obiettivi aziendali
- aggiornamento facoltativo l'attività dove prevale il bisogno dell'operatore, centrato sulla propria qualificazione professionale, rientrando comunque nelle finalità generali dell'organizzazione aziendale.

Il RUO, coadiuvato dal personale amministrativo, autorizza, per l'aggiornamento obbligatorio unitamente alla Direzione, la partecipazione, gestisce la pratica, raccoglie la documentazione attestante la partecipazione, ove previsto effettua la liquidazione delle spese in funzione di un budget annuale assegnato alle UU.OO., invia alle UU.OO. competenti la documentazione necessaria al rimborso spese e alla gestione delle ore di assenza.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



ASL di Vallecamonica-Sebino

**MANUALE GESTIONE QUALITÀ  
DELL'UFFICIO AGGIORNAMENTO E  
FORMAZIONE**

**P FORM 7.01  
Rev. 01  
Pag. 19 di 19**

Le fasi che costituiscono tale processo sono evidenziate al punto 4.1 e 7.1 della presente procedura. Il dettaglio operativo e le responsabilità coinvolte sono definite nel PT FORM 001.

La gestione di tutta l'attività, comprese le responsabilità delle varie UU.OO. coinvolte sono invece dettagliate nel "Regolamento per la formazione e l'aggiornamento" distribuito a tutte le UU.OO.

### **7.5.2 VALIDAZIONE DEI PROCESSI DI PRODUZIONE E EROGAZIONE DI SERVIZI**

La validazione dei processi, così come è generalmente intesa, non è in questa attività compiutamente realizzabile. Tuttavia la validazione è verificata quando i discenti con apprendimento sufficiente (70% personalizzato??) rappresentano almeno il 60% dei partecipanti (QUESTO DATO NON LO CONSIDERIAMO nell'apprendimento ??). Nel caso in cui questo valore non venga raggiunto, il RUO avvia un'azione correttiva volta ad individuare le cause, al fine di migliorare i successivi percorsi formativi.

### **7.5.3 IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ**

L'identificazione e la rintracciabilità dei corsi realizzati è garantita dalla gestione del fascicolo del corso, in cui viene raccolta tutta la documentazione necessaria per la programmazione e la realizzazione dell'intervento.

Le registrazioni riportano tutti gli elementi necessari per garantire la loro identificazione e collocazione temporale. Tutti i documenti sono identificati con l'identificativo del Corso (PT FORM 002).

La compilazione delle registrazioni previste dal Sistema di Gestione per la Qualità garantisce la rintracciabilità del servizio erogato e del personale.

Le stesse modalità sono applicate per la documentazione ottenuta/emessa in merito alle richieste di aggiornamento fuori sede. Essa riporta il numero di registro all'atto del ricevimento che costituisce l'identificativo di riferimento per tutta la pratica e viene apposto su tutti i documenti.

### **7.5.4 PROPRIETÀ DEL CLIENTE**

Per "Proprietà dei Clienti" si intendono i dati acquisiti nell'erogazione del servizio (attestati di partecipazioni a corsi). Le proprietà del Cliente sono gestite, protette e conservate in modo appropriato per evitare danneggiamenti o perdite.

Il SGQ prevede che nel caso di deterioramenti o perdita di dati/informazioni fornite dal Cliente, RUO contatti tempestivamente il Cliente per segnalare tale problema e gestisca la Non Conformità secondo quanto definito all'interno del punto 8.3.

### **7.5.5 CONSERVAZIONE DEI PRODOTTI**

Il prodotto dell'Ufficio Aggiornamento e Formazione è il contenuto del fascicolo dei Corsi e della pratica delle Richieste di Aggiornamento, pertanto la conservazione dei prodotti è riferibile alla conservazione di tale documentazione.

I documenti sono conservati fino alla chiusura del corso e per tutto l'anno in cui lo stesso è stato effettuato, in un armadio prontamente accessibile all'interno dell'Ufficio. La documentazione relativa agli anni precedenti è raccolta suddivisa per anno e conservata presso l'archivio.

## **7.6 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DISPOSITIVI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE**

La specificità del servizio non richiede in generale l'uso di strumenti da sottoporre a taratura.

La strumentazione normalmente utilizzata viene mantenuta secondo quanto indicato nei libretti d'uso propri di ogni strumento ed eventuali manutenzioni sono richieste con modulistica aziendale al Servizio Tecnico Patrimoniale.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



## **8 MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO**

### **8.1 GENERALITÀ**

L'Ufficio Aggiornamento e Formazione pianifica e attua un sistema di misurazione e monitoraggio, al fine di garantire la conformità e il miglioramento continuo del SGQ e della sua efficacia e di dimostrare la conformità del servizio erogato.

Le attività pianificate sono quelle relative a:

- misurazione del livello di soddisfazione dei clienti
- verifiche ispettive interne
- misurazioni riferite ai processi ed ai prodotti (indicatori di processo e di prodotto)

I risultati di tali attività sono analizzati e utilizzati per pianificare ed eseguire azioni di miglioramento, sia di tipo correttivo sia preventivo.

### **8.2 MONITORAGGI E MISURAZIONI**

#### **8.2.1 SODDISFAZIONE DEL CLIENTE**

La misura del grado di soddisfazione dei Clienti, fondamentale allo scopo di valutare l'efficacia del SGQ e la necessità di adottare le necessarie azioni di miglioramento, è effettuata sulla base della raccolta ed analisi di informazioni relative almeno a:

- andamento del numero di reclami nel tempo, raccolti ed elaborati da RQ e sottoposti all'analisi della Direzione in occasione delle attività di Riesame
- livello di soddisfazione percepito dal partecipante ai corsi, raccolto al termine dell'evento formativo tramite l'ausilio di questionari appositamente formulati secondo le direttive di RUO e dallo stesso valutati (PT FORM 002). (A CAMPIONE???)

#### **8.2.2 VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE**

L'ufficio Aggiornamento e Formazione partecipa alla attività di audit pianificata ed effettuata dall'UQ, secondo le modalità descritte nella P GEN 8.02

#### **8.2.3 MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PROCESSI**

Per monitorare l'andamento dei processi, vengono definiti specifici indicatori o parametri nel corso del Riesame, secondo quanto definito nella P GEN 8.05.

#### **8.2.4 MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PRODOTTI**

Per monitorare il prodotto/servizio vengono definiti specifici indicatori o parametri nel corso del Riesame della Direzione, secondo quanto definito nella P GEN 8.05.

### **8.3 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI PRODOTTI NON CONFORMI**

Tutto il personale può rilevare nel corso delle diverse fasi del processo Non Conformità inerenti attività operative, fornire e/o risultati. I reclami dei partecipanti al corso sono gestiti come NC.

Le NC minori che possono essere risolte direttamente all'interno dell'Ufficio, secondo quanto indicato nella P GEN 8.02, sono registrate dal rilevatore all'interno del modulo M FORM 027 "Non Conformità Minori" (allegato 7) gestito informaticamente.

La decisione operativa definita dalle funzioni interessate e i tempi e le responsabilità di attuazione sono documentati da RQ all'interno del M FORM 027.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Faschini



ASL di Vallecamonica-Sebino

**MANUALE GESTIONE QUALITÀ  
DELL'UFFICIO AGGIORNAMENTO E  
FORMAZIONE**

**P FORM 7.01  
Rev. 01  
Pag. 21 di 21**

Il RUO/RQ, analizzano le Non Conformità per evitare, quando possibile, che si ripetano. Tale analisi può portare all'individuazione di un'Azione Correttiva per eliminarne le cause o Preventiva per eliminarne potenziali cause. Tali azioni sono gestite secondo quanto descritto nella P GEN 8.02, PGEN 8.04 e P GEN 8.06.

Semestralmente le NC sono elaborate da RQ e descritte in un rapporto nel quale sono richiamate eventuali AC intraprese, in accordo alla P GEN 8.04. Tale rapporto è quindi inoltrato all'UQ ed in seguito valutato in sede di Riesame.

Le NC maggiori o non risolvibili all'interno dell'Ufficio devono essere inoltrate all'UQ, documentando eventuali decisioni operative immediate già intraprese o proposte, secondo quanto definito nella P GEN 8.02.

#### **8.4 ANALISI DEI DATI**

L'analisi dei dati risultanti dalla rilevazione di indicatori o parametri specifici avviene, in accordo alla P GEN 8.03 "Analisi dei Dati", attraverso tecniche statistiche o strumenti similari, valutati preventivamente al fine di selezionare quelli più appropriati per gli scopi dell'analisi.

#### **8.5 MIGLIORAMENTO**

##### **8.5.1 MIGLIORAMENTO CONTINUO**

L'Ufficio Aggiornamento e Formazione migliora con continuità l'efficacia del SGQ, utilizzando la politica per la qualità, gli obiettivi per la qualità, i risultati delle verifiche ispettive, il monitoraggio di processi e prodotti, l'analisi dei dati, le azioni correttive e preventive ed i riesami della Direzione. Le modalità di pianificazione, approvazione, comunicazione alle funzioni interessate, attuazione, verifica dell'attuazione e dell'efficacia, chiusura e registrazione dell'Azione di miglioramento così individuata e le relative responsabilità sono dettagliate nella P GEN 8.04 – 8.06.

##### **8.5.2 AZIONI CORRETTIVE**

La gestione delle AC, al fine di eliminare le cause delle non conformità o prevenire il loro ripetersi, avviene in accordo alla P GEN 8.04 "Gestione delle Azioni Correttive".

##### **8.5.3 AZIONI PREVENTIVE**

La gestione delle AP, al fine di eliminare le cause delle non conformità potenziali, onde evitare che queste si verifichino, avviene in accordo alla P GEN 8.06 "Gestione delle azioni preventive".

### **9 ARCHIVIAZIONE E DISTRIBUZIONE**

#### **9.1 ARCHIVIAZIONE**

Nella tabella seguente è indicato come sono raccolte, archiviate, conservate, aggiornate ed eliminate le registrazioni attinenti il Sistema di Gestione per la Qualità relative alla presente procedura.

Denominazione documento	Codice documento	Luogo archiviazione	Responsabile conservazione	Tempo di conservazione	Responsabile eliminazione
MGQ Aggiornamento Formazione	P FORM 7.01	UO FORM	RUO	5 anni dopo nuova emissione (cartaceo)	RQ/RUO

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Toschini



ASL di Vallecambonica-Sebino

**MANUALE GESTIONE QUALITÀ  
DELL'UFFICIO AGGIORNAMENTO E  
FORMAZIONE**

**P FORM 7.01  
Rev. 01  
Pag. 22 di 22**

Scheda verifica del grado apprendimento	M FORM 002	UO FORM	RQ	5 anni	RQ/RUO
Scheda personale	M FORM 004	UO FORM	RQ	5 anni	RQ/RUO
Non Conformità Minori	M FORM 027	UO FORM	RQ	5 anni	RQ/RUO
Organigramma	////	UO FORM	RQ	Fino nuova emissione	RQ/RUO
Funzionigramma	////	UO FORM	RQ	Fino a nuova emissione	RQ/RUO
Elenco riferimento normativi	M FORM 016	UO FORM	RQ	Fino a nuova emissione	RQ/RUO
Elenco e stato revisione documenti	M GEN 003	UO FORM	RQ	Fino a nuova emissione	RQ/RUO
Elenco DRQ	M GEN 005	UO FORM	RQ	Fino a nuova emissione	RQ/RUO

L'accesso alle registrazioni è controllato dal RQ al fine di evitare che soggetti non direttamente coinvolti nelle attività connesse alle registrazioni, possano in qualche modo, anche per errore, modificare o sconvolgere l'ordine e la modalità di conservazione e rintracciabilità.

Le registrazioni devono essere poste in luogo accessibile, atto alla loro corretta conservazione; devono essere facilmente identificate e distinte da tutti gli altri documenti utilizzati nell'attività aziendale (uso di faldoni appositamente contrassegnati, uso di armadi dedicati, ecc.).

## 9.2 DISTRIBUZIONE

Soggetti	Numero copie
Direttore Generale	1
Responsabile Gestione Qualità/UQ	1
Direzione Sanitaria Ospedaliera	1
Direzione Amministrativa Ospedaliera	1
Servizio Infermieristico	1
Responsabili UU.OO. tramite RQ	1

## 10 ALLEGATI

Allegato 1 – Organigramma

Allegato 2 - Funzionigramma

Allegato 3 – M FORM 016 “Elenco dei riferimento normativi” (solo UQ)

Allegato 5 - M FORM 002 “Scheda di verifica del grado di apprendimento”

Allegato 6 - M FORM 004 “Scheda personale”

Allegato 7 - M FORM 027 “Non Conformità Minori”

Allegato 8 – M GEN 003 “Elenco e stato di revisione dei documenti” (solo UQ)

Allegato 9 – M GEN 005 “Elenco dei DRQ” (solo UQ)

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Faschini



# ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

## ALLEGATO N. 5

### GESTIONE E MODALITA' DI DISTRIBUZIONE DEL FONDO EX ART. 50 CCNL 3/11/2005

L'erogazione integrale della quota del Fondo avviene, come previsto dal Contratto, solo al completo raggiungimento degli obiettivi.

Per garantire la continuità salariale viene erogata trimestralmente la quota predeterminata.

La restante parte del Fondo di Risultato verrà liquidata annualmente in proporzione al raggiungimento dei risultati, di norma entro il quadrimestre successivo.

Così come la definizione degli obiettivi di budget è conseguente alla contrattazione tra la Direzione ed i Dirigenti responsabili di C.d.R. (Centro di Responsabilità), la fase di controllo dei risultati ai fini dell'incentivazione è in capo al Nucleo di Valutazione.

In particolare, attraverso i dati forniti dal Controllo di Gestione, il Nucleo di Valutazione provvederà trimestralmente a monitorare il raggiungimento degli obiettivi prefissati, vincolo alla liquidazione della quota di risultato.

Questa logica fornisce la responsabilizzazione del Dirigente che viene sollecitato ad effettuare e favorire incontri periodici di monitoraggio della propria equipe, incontri che diventano indispensabili nel caso in cui le valutazioni trimestrali del Nucleo di Valutazione individuino eccessivi scostamenti.

Così come gli obiettivi sono unici per ogni C.d.R., indipendentemente dal Fondo di competenza, la valutazione avverrà in modo unitario per ogni singolo C.d.R.

La determinazione del salario di risultato per l'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria viene determinata applicando la seguente procedura:

#### ***Prima fase: individuazione degli obiettivi di budget soggetti alla valorizzazione.***

Gli obiettivi assegnati ad ogni C.d.R. attraverso il processo di budget rappresentano l'oggetto cui collegare il salario di risultato.

Tra questi si possono individuare le seguenti tipologie di obiettivi:

- Attività e suo orientamento
- Sistema qualità e miglioramento della pratica professionale.
- Razionalizzazione dell'uso delle risorse e della spesa.
- Miglioramento del Modello organizzativo.

#### ***Seconda fase: valutazione dei risultati***

Al termine del periodo annuale di riferimento (di norma entro il quadrimestre successivo) vengono misurati dal Nucleo di Valutazione i risultati effettivamente raggiunti da ogni C.d.R. con la conseguente attribuzione della relativa quota di risultato.

La percentuale della quota finale spettante in relazione agli obiettivi di cui al punto precedente si ricava in base alla seguente tabella:

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



## ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

<i>Grado di raggiungimento dell'obiettivo</i>	<i>Quota assegnata al C.d.R.</i>
Risultati raggiunti tra l'86 e il 100%	100% della quota capitaria
Risultati raggiunti da 71% al 85%	85% della quota capitaria
Risultati raggiunti da 51% al 70%	70% della quota capitaria
Risultati raggiunti in percentuale inferiore al 50%	Nessuna attribuzione di quote. Fatta salva la comprovata giustificazione del Responsabile di C.d.R. certificata dal N.d.V.

### **SUDDIVISIONE ALL'INTERNO DEL C.D.R.**

La distribuzione delle quote di risultato avviene sulla base della valutazione effettuata dal Responsabile del C.d.R. circa il contributo apportato da ogni singolo Dirigente sottoordinato.

Il Responsabile del C.d.R. è tenuto al rispetto delle seguenti procedure:

- 1 Informazione con incontro collettivo e comunicazione collettiva sugli obiettivi di budget assegnatigli dalla Direzione Strategica, e sulle modalità organizzative previste per il raggiungimento degli obiettivi stessi. L'informazione ricevuta dovrà essere attestata da ogni singolo Dirigente su apposito elenco relativo a tutti i dipendenti del C.d.R. e dovrà avvenire entro 30gg. dall'attribuzione del budget. L'elenco, con le firme di attestazione, dovrà pervenire entro i successivi 30 giorni al Controllo di Gestione.
- 2 Compilazione delle schede di "Valutazione individuale" dei Dirigenti sottoordinati.

La liquidazione delle quote ai singoli Dirigenti terrà conto delle assenze dal servizio.

Le assenze verranno così considerate:

#### Assenze che non incidono sulla determinazione della retribuzione di risultato:

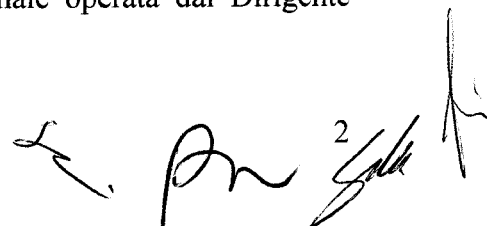
Corresponsione delle quote per intero per tutte le assenze dovute a ferie, riposi anche compensativi, permessi a qualsiasi titolo retribuiti, infortunio professionale e assenze per malattia fino a 30giorni all'anno.

Gli eventuali residui interni al C.d.R. (ad esempio da valutazioni negative per taluni Dirigenti, ecc.) potranno essere ripartiti all'interno del C.d.R. medesimo sulla base delle quote proporzionalmente spettanti ad ogni Dirigente presente, oppure per valorizzare il maggiore apporto riconosciuto nella scheda di valutazione.

Il possibile utilizzo dei residui relativi alla quota di finanziamento degli obiettivi:

- concorrono ad aumentare le quote dei componenti dei C.d.R. che hanno pienamente raggiunto i risultati, in proporzione alle quote definite ed alla valutazione finale operata dal Dirigente Responsabile;

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



## ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

La gestione del processo di valutazione degli obiettivi aziendali nonché la verifica del loro raggiungimento è affidata al Nucleo di Valutazione sulla scorta della documentazione fornita dal Controllo di Gestione e delle schede individuali di valutazione compilate dai Dirigenti Responsabili (valutatori di prima istanza).

### **Norma di garanzia**

- 1) Nella fase di informazione degli obiettivi devono partecipare ai fini del coinvolgimento tutti i Dirigenti;
- 2) Le attività esercitate per il conseguimento degli obiettivi di budget sono a ogni titolo normali attività dell'Azienda. Per la medesima ragione si potrà fare ricorso ad eventuale orario aggiuntivo con le procedure di cui all'art.14 del CCNL del 3.11.2005.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



ALLEGATO N. 6

**REGOLAMENTO PER L'ESERCIZIO  
DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRA-MOENIA**

**Articolo 1: Definizione.**

Per attività libero professionale del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario, si intende l'attività che detto personale, individualmente o in équipe, esercita fuori o in aggiunta dell'impegno di servizio, fuori dai turni di pronta disponibilità e di aspettativa a vario titolo, fuori dai giorni di festività infrasettimanali, ivi comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, in regime di ricovero, ambulatoriale, ecc. in favore e su libera scelta dei soggetti richiedenti e con oneri a carico degli stessi.

L'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria non deve essere in contrasto né concorrenziale con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda ma deve concorrere ad aumentare la disponibilità ed a migliorare la qualità complessiva dei servizi resi all'utenza, integrandosi con quella istituzionale; il suo svolgimento deve essere organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi.

**Articolo 2: Principi Generali.**

L'ASL di Vallecamonica-Sebino organizza l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria (A.L.P.), nel rispetto dei seguenti principi generali:

1. l'attività libero professionale intramuraria viene autorizzata dall'Azienda ed effettuata in spazi ed ore concordati tra il professionista e la Direzione Ospedaliera del Presidio o la Direzione del Dipartimento Territoriale presso il quale si svolge l'attività, con contestuale individuazione delle attrezzature utilizzabili, anche allo scopo di non interferire con la piena funzionalità dei servizi;
2. l'A.L.P. non deve contrastare con le finalità istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale, con particolare riferimento alla tutela da parte del servizio pubblico, della salute dei cittadini e deve essere esercitata in sintonia con le finalità proprie dell'Azienda;
3. l'A.P.L. è prestata di norma nella disciplina di appartenenza o in disciplina equipollente;
4. non sono erogabili in regime libero professionale intramoenia: le prestazioni di Pronto Soccorso, quelle del S.I.M.T. e del Sert, i ricoveri nei servizi di Emergenza-Urgenza, Terapia Intensiva, Unità di Cura Coronaria, Rianimazione ed Emodialisi nonché tutte quelle prestazioni che per condizioni strutturali e/o oggettive accertate, ovvero per l'alta incidenza del costo dei fattori produttivi inerenti l'organizzazione di supporto necessaria, risultino economicamente non supportabili dall'Azienda;
5. i Dirigenti interessati dovranno garantire un livello di produttività qualitativo almeno pari, sia in regime di assistenza pubblica che in regime di A.L.P.;
6. durante l'esercizio dell'attività libero professionale non è consentito l'uso del ricettario S.S.N. (art. 15 quinquies comma 4 D.Lgs. 30/12/1992 n. 502);
7. è fatto divieto ai professionisti che svolgono l'attività libero professionale in regime intramurario di riscuotere direttamente i compensi relativi alle prestazioni da loro erogate, ad eccezione dei casi espressamente autorizzati;

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



## ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

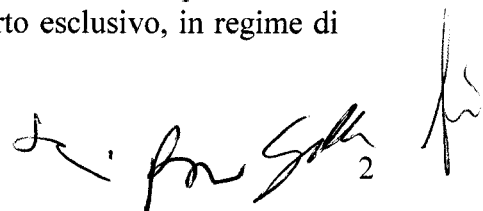
8. la sospensione dell'esercizio dell'attività di servizio per effetto di assenze che comportino l'impossibilità a prestare servizio ( es.: malattia, infortunio, riposo biologico, interdizione dal lavoro, etc.), e con esclusione del congedo ordinario e dei recuperi di riposo non goduti, comporta contestualmente la sospensione, per il corrispondente periodo, dell'autorizzazione a svolgere l'A.L.P.;
9. una corretta programmazione dell'A.L.P. intramuraria e le risorse dalla stessa derivanti, nonché ulteriori risorse eventualmente disponibili, dovranno essere utilizzate per interventi mirati alla salvaguardia, al potenziamento ed alla valorizzazione delle attrezzature dell'Azienda;
10. l'esercizio dell'A.L.P. non dovrà comportare alcun onere aggiuntivo a carico dell'Azienda;
11. lo specifico tariffario delle prestazioni libero professionali dovrà essere comunicato all'utente all'atto della richiesta della prestazione: l'Amministrazione provvede, inoltre, ad informare sugli orari dell'A.L.P. prestata dal personale sanitario autorizzato e le modalità di prenotazione delle prestazioni;
12. il personale della dirigenza del ruolo sanitario che ha optato per la libera professione extramoenia non può esercitare in nessuna forma, l'attività libero professionale intramoenia, anche se di natura occasionale ed episodica, a favore o nell'interesse di strutture pubbliche, ivi comprese quelle di appartenenza, o private accreditate con il S.S.N., anche parzialmente o provvisoriamente;
13. l'attività che inizia in libera professione intramuraria deve proseguire e finire in libera professione intramuraria (fatta eccezione per l'attività di ricovero conseguente a visita effettuata in regime di attività libero professionale) e viceversa per quella istituzionale, salvo libera scelta alternativa ed espressa dall'utente;
14. il dirigente non può adottare, durante l'espletamento dell'attività istituzionale comportamenti tali da favorire direttamente o indirettamente la propria A.L.P.

### Articolo 3: Tipologie

L'esercizio dell'attività libero professionale può avvenire nelle seguenti forme:

1. libera professione individuale, caratterizzata dalla scelta diretta da parte dell'utente in forma singola o associata del singolo professionista cui viene richiesta la prestazione;
2. attività libero professionale a pagamento svolta in équipe, all'interno delle strutture aziendali, caratterizzata dalla richiesta di prestazioni da parte dell'utente all'équipe, che vi provvede nei limiti delle disponibilità orarie concordate;
3. attività libero-professionale richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe, in strutture di altra Azienda del S.S.R. o Ente del comparto, presso Istituzioni pubbliche non sanitarie o Istituzioni socio-sanitarie senza scopo di lucro, in altre strutture sanitarie non accreditate, ditte o associazioni con personalità giuridica di diritto privato, previa convenzione;
4. attività libero-professionali a pagamento richiesta da terzi (utenti singoli o associati, aziende o enti) all'Azienda, anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa;
5. attività in costanza di ricovero, caratterizzata dall'esplicita manifestazione della volontà del paziente di affidarsi alle cure, che per loro natura devono essere svolte in regime di ricovero ospedaliero, di uno o più medici di sua fiducia, nominativamente prescelti tra quanti operano all'interno dell'Azienda ospedaliera con rapporto esclusivo, in regime di libera professione intramoenia;

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Paschini

 2

## ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

6. attività di consulenza e consulti a favore di singoli utenti ed erogata al loro domicilio, in relazione alle particolari prestazioni assistenziali richieste o al carattere occasionale e straordinario delle prestazioni stesse o al rapporto fiduciario.

Tra le attività di cui al presente articolo rientra quella di certificazione medico legale resa dall'azienda per conto dell'Istituto Nazionale degli Infortuni sul lavoro (I.N.A.I.L.) a favore degli infortunati sul lavoro e tecnopatici, ai sensi del D.P.R. n. 1124 del 1965.

Si considerano prestazioni erogate nel regime di cui al punto 3.4 anche le prestazioni richieste, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dall'Azienda o dalla Direzione del Presidio allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza d'organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge (art.55, comma 2, del CCNL 8.6.2000, art.14, comma 6, del CCNL 11.5.2005 e D.g.r. n.VIII/2307 del 5.4.2006).

Le prestazioni erogate secondo questa modalità in casi di eccezionalità stabiliti dalla Direzione Aziendale non devono essere conteggiate nel numero di prestazioni erogate e chiaramente separate dalla libera professione intramuraria, sulla base di una specifica programmazione e gestione aziendale.

L'attività libero professionale dei Dirigenti medici veterinari è disciplinata da separato regolamento.

### Articolo 4: Attività certificatorie.

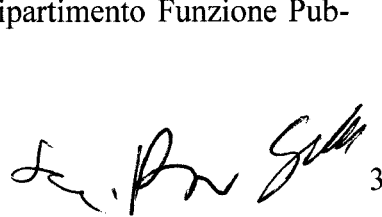
In ragione della coerenza tra l'attività svolta in ambito istituzionale e l'attività libero professionale, l'esercizio della libera professione per le attività certificatorie è consentito esclusivamente ai dirigenti che sono autorizzati a svolgere tale attività per compiti di istituto.

### Articolo 5: Attività escluse.

Non rientrano fra le attività libero professionali, ancorché possano comportare la corresponsione di emolumenti ed indennità, le seguenti attività:

- partecipazione a corsi di formazione, diplomi universitari e scuole di specializzazione e diploma, in qualità di docente;
- collaborazione a riviste e periodici scientifici e professionali;
- partecipazione a commissioni di concorso o altre commissioni presso enti o Ministeri;
- relazione a convegni e pubblicazioni dei relativi interventi;
- partecipazione a comitati specifici;
- partecipazione ad organismi istituzionali della propria categoria professionale o sindacale non in veste di dirigenti sindacali;
- attività professionale sanitaria, resa a titolo gratuito o con il rimborso delle spese sostenute, a favore di organizzazioni non lucrative di utilità sociale, organizzazioni e associazioni di volontariato o altre organizzazioni senza fine di lucro, previa comunicazione all'azienda della dichiarazione da parte dell'organizzazione interessata della totale gratuità delle prestazioni;
- espletamento dell'incarico di perito o consulente tecnico d'ufficio a seguito di nomina da parte dell'autorità giudiziaria (D.M. 28/02/1997 e nota del Dipartimento Funzione Pubblica 16/12/1996, prot. 10108).

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini

 3



## ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

Le attività di cui al presente articolo deve essere previamente comunicate ai fini autorizzativi. I proventi derivanti dagli incarichi in argomento sono da corrispondere direttamente al dirigente interessato.

### **Articolo 6: Controlli e situazioni di incompatibilità.**

L'attività di controllo sulla libera professione è garantita, per gli ambiti di rispettiva competenza, dai Direttori di Dipartimento e dalla Direzione di Presidio.

Tale attività si esercita mediante verifica della regolarità delle prestazioni resa nelle diverse forme di libera professione e attività a pagamento.

### **Articolo 7: Orario**

L'attività libero professionale ambulatoriale, nelle varie tipologie, deve essere svolta fuori dall'orario di servizio, al di fuori dei turni di guardia e, salvo casi eccezionali su richiesta della Direzione, al di fuori dei turni di reperibilità e non comporta accumulo di lavoro straordinario.

Il dirigente è tenuto a comunicare preventivamente giorni ed orari nei quali eserciterà l'attività libero professionale intramuraria che deve essere organizzata in orari diversi da quelli programmati per l'attività divisionale.

Nei servizi diagnostici, in considerazione della loro peculiarità, l'A.L.P. è normalmente svolta con badge inserito salvo diversi accordi valutati di volta in volta con la Direzione di Presidio o del Dipartimento territoriale.

Per tali servizi è dovuto un prolungamento di orario proporzionale al rapporto fra gli introiti di competenza ed il valore orario stabilito o ai tempi medi di esecuzione delle prestazioni.

### **Articolo 8: Autorizzazione/variazione all'esercizio.**

Il Dirigente con rapporto di lavoro esclusivo che intende svolgere o modificare l'attività libero professionale (ivi compresa la tariffa) deve presentare richiesta alla Direzione di Presidio o alla Direzione Dipartimentale territoriale, mediante la procedura o la modulistica in uso, l'autorizzazione è concessa dal Direttore Generale o suo delegato.

### **Articolo 9: Categorie professionali.**

Le disposizioni del presente regolamento si applicano a tutto il personale Medico Chirurgo e delle altre professionalità della Dirigenza del Ruolo sanitario nonché, ai soli fini dell'attribuzione degli incentivi economici, al restante personale sanitario dell'equipe ed al personale che collabora per assicurare l'esercizio dell'attività libero professionale.

L'attività libero professionale intramuraria è prestata di norma nella disciplina di appartenenza.

Il personale che, in ragione delle funzioni svolte o della disciplina di appartenenza non può esercitare l'attività libero professionale nella propria struttura o nella propria disciplina può essere autorizzato ad esercitare l'attività in altra struttura dell'azienda o in una disciplina diversa da quella di appartenenza, sempre che sia in possesso della specializzazione o di un'anzianità di servizio di cinque anni nella disciplina stessa, purchè tale attività sia compresa tra quelle erogabili in via istituzionale.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini

  
4

# ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

## Articolo 10: Personale coinvolto nella ripartizione dei proventi.

Il personale coinvolto nell'attività libero professionale è individuato come segue:

- Dirigente (singolo o in équipe) al quale l'utente, pagante in proprio, richiede la prestazione e che esercita l'A.L.P. fuori dall'impegno di servizio;
- Personale di supporto diretto: personale del ruolo sanitario che collabora direttamente allo svolgimento delle prestazioni libero professionali, rese sia individualmente che in équipe. L'adesione di detto personale all'attività libero professionale è volontaria ed avviene fuori dall'impegno di servizio;
- Personale di supporto indiretto: personale dei restanti ruoli che collabora per assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale;
- Personale della dirigenza sanitaria che ha optato per l'attività libero professionale intramuraria e che, in ragione delle funzioni svolte, dell'incarico gestionale assegnato o della disciplina di appartenenza, può svolgere attività ridotta, ovvero non può esercitare l'attività libero - professionale.

## Articolo 11: Tariffe.

Per tutte le prestazioni erogate in ragione di libera professione si fa riferimento al tariffario aziendale o regionale.

Entro il 30 novembre di ogni anno, e con decorrenza dal successivo mese di gennaio, il personale interessato potrà rideterminare la tariffa.

## Articolo 12: Ripartizione dei proventi

I proventi dell'attività libero professionale sono ripartiti come segue:

- una percentuale al Dirigente o all'équipe che ha eseguito la prestazione;
- una percentuale per remunerare il personale di supporto diretto;
- una percentuale per il fondo di perequazione;
- una percentuale per il supporto indiretto;
- una percentuale per il ristoro delle spese vive e generali (compresa l'IRAP), incamerata dall'Azienda.

Le percentuali di riparto delle diverse tipologie di A.L.P. sono riportate nei prospetti allegati al presente regolamento.

## Articolo 13: Personale di supporto.

Il personale di supporto diretto medico, infermieristico, tecnico, della riabilitazione, ecc.. che partecipa direttamente fuori dall'orario di lavoro all'A.L.P., può essere individuato dal Medico prescelto o dal responsabile dell'équipe, di norma e se possibile con il criterio della rotazione.

Non può partecipare all'A.L.P. il personale in orario ridotto a seguito di maternità ed il personale assente dal servizio a qualsiasi titolo fatto salvo le assenze per congedo ordinario. Il personale

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Paschini

*Sc. Pn* *Gola* 5



## ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

che beneficia di istituti che comportano riduzione d'orario può partecipare solo a richiesta delle Direzioni competenti.

Il personale a part-time può partecipare solo nella misura oraria permessa dalla normativa contrattuale vigente. L'attività è riferita all'intera équipe quando per sua natura non sia possibile l'attribuzione diretta della stessa a singoli operatori. In questo caso la partecipazione ad attività di supporto dell'attività libero-professionale è obbligatoria. Negli altri casi, la partecipazione al fuori di fuori dell'orario di servizio è volontaria e dà diritto a ricevere le quote economiche destinate al personale di supporto diretto. La presenza effettuate dal personale di supporto diretto comprende la preparazione ed il ripristino della struttura utilizzata, per quanto di competenza (strumentario chirurgico, apparecchiature, ecc.).

L'eventuale indisponibilità a svolgere funzioni di supporto extra orario deve essere espressamente dichiarata.

L'attività di supporto da parte dei dirigenti sanitari che hanno optato per l'extra moenia, se necessaria, è svolta unicamente nel normale orario di servizio contrattuale dovuto.

Il personale di supporto diretto del comparto è di norma retribuito con un compenso orario, per l'occasione rideterminato in € 21,00. Il personale il cui apporto è essenziale o concorrente ai fini della prestazione (esempio: tecnico di radiologia medica e personale infermiere di endoscopia) è remunerato con una percentuale della tariffa.

### **Articolo 14: Fondi di perequazione e di supporto indiretto.**

A norma di quanto previsto dagli artt.57, lettera i), dei CC.CC.NN.LL. 1998 - 2001 dell'area della Dirigenza Medica e dell'area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa, una quota non inferiore al 5% di tutti i proventi dell'attività libero professionale, è accantonata e finalizzata alla costituzione dei fondi di perequazione; un'altra quota è accantonata per il supporto indiretto del personale del comparto. Il fondo di perequazione è destinato alla perequazione delle discipline mediche o del ruolo sanitario alle quali è precluso o che hanno una limitata possibilità di esercizio della libertà professionale intramuraria, mentre il fondo di supporto indiretto è finalizzato al riconoscimento dell'attività di supporto alla gestione complessiva della libera professione e delle connesse responsabilità.

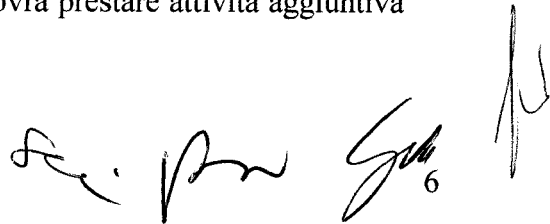
### **Articolo 15: Criteri di ripartizione del fondo di perequazione e comune del comparto.**

Il fondo di perequazione per la dirigenza viene così suddiviso:

- una quota pari al 70% del fondo di perequazione sarà distribuito al personale dipendente appartenente al ruolo dirigenziale medico e sanitario non medico secondo criteri paritari ed in relazione alla presenza in servizio;
- Una quota pari al 30% del fondo di perequazione sarà distribuita ai dirigenti medici e sanitari non medici delle UU.OO. che in corso d'anno si sono trovati nell'impossibilità di esercitare l'attività libero professionale. L'individuazione di tali UU.OO. e le relative quote saranno di anno in anno concordate con le OO.SS. Nella prima fase sono individuati il Pronto Soccorso, il SIMT, il Ser.T. e la Farmacia, il Laboratorio e l'Anatomia Patologica.

A fronte della liquidazione dei compensi il personale dirigente dovrà prestare attività aggiuntiva di un'ora ogni 60 euro percepiti.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



## ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

Il fondo comune del personale del comparto sarà utilizzato prioritariamente per integrare il finanziamento del supporto diretto del personale del comparto il cui compenso è rideterminato in € 21,00 orari; una quota (non inferiore ad € 5.000,00) è destinata al personale che presta supporto indiretto ma necessario all'A.L.P. (attività istruttoria, organizzazione, prenotazione, contabilizzazione, liquidazione, ecc.), da ripartire secondo il criterio della effettiva partecipazione all'attività. L'importo orario dell'attività di supporto indiretto del personale del comparto è stabilito in € 19,00 ed a fronte della liquidazione dei compensi è dovuto il corrispondente plus orario.

Sono comunque esclusi dalla ripartizione dei fondi di perequazione e comune:

- Il personale medico extra moenia e quello con impegno orario ridotto;
- Il personale che abbia effettuato altre attività remunerate o incentivate in misura superiore ai compensi derivanti dalla perequazione (sedute operatorie, riconoscimento regionale per attività di dialisi, commissione invalidi, progetti ed iniziative aziendali ed altre attività che saranno escluse in accordo con le OO.SS.);
- Il personale con incarico libero professionale, di collaborazione coordinata e continuativa, con contratto di somministrazione di lavoro temporaneo e simili.

### Articolo 16: Incompatibilità e sanzioni

I Dirigenti del ruolo sanitario che hanno optato per l'esercizio della Libera Professione intramuraria possono svolgere attività sanitaria solo in nome e per conto dell'Azienda.

La violazione degli obblighi connessi all'esclusività delle prestazioni o l'insorgenza di situazione di conflitto d'interesse o che comunque implicino forme di concorrenza sleale, costituiscono grave violazione degli obblighi di servizio e sono fonte delle connesse responsabilità e sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto di lavoro.

Al personale della dirigenza del ruolo sanitario che abbia optato per l'esercizio della Libera Professione extramuraria è vietato l'esercizio, sotto qualsiasi forma, della libera professione intramuraria.

Previa segnalazione scritta dagli uffici preposti ai controlli sulle rilevazioni delle presenze, in caso di attività libero professionale fatta in orario di servizio, ovvero, di situazione di debito orario, si procederà alla rivalsa di quanto indebitamente percepito dal professionista per la prestazione resa in libero professione intramuraria. Le prestazioni prodotte verranno considerate rese nell'ambito della attività divisionale e come tale integralmente incamerata dall'Azienda ferma restando l'affluenza ai fondi del precedente art.13 delle percentuali indicate.

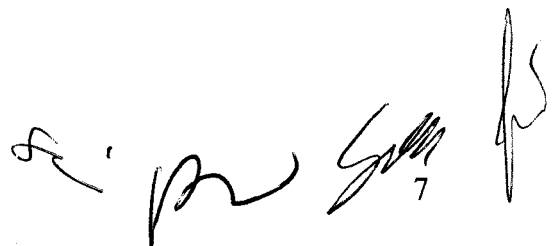
L'Amministrazione inoltre può con motivato provvedimento revocare l'autorizzazione all'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria qualora sussistano gravi e comprovate violazioni del presente Regolamento.

### Articolo 17: Assicurazioni.

L'Azienda garantisce a tutti i dirigenti che svolgono la Libera professione intramuraria, nonché al personale di supporto, una copertura assicurativa per la responsabilità civile, ai sensi del CCNL vigente (art. 24 CCNL comma 1, art. 25 CCNL comma 1)

### Articolo 18 : Attività ambulatoriale in struttura esterna.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



# ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

Il Direttore Generale, fino alla realizzazione di idonee strutture e spazi distinti per l'esercizio della libera professione intramoenia, può autorizzare il personale della dirigenza medica e sanitaria che abbia optato per l'esercizio intramurale della libera professione ad utilizzare, senza oneri aggiuntivi a carico dell'ente, spazi in strutture non accreditate con il SSN.

Le prenotazioni e le riscossioni saranno gestite direttamente dall'Azienda.

Le ricevute o fatture sono emesse su bollettario dell'Azienda.

## Articolo 19: Tariffario per l'A.L.P. in regime di ricovero.

Nel rispetto dei principi di cui all'art.52 del Nuovo Codice Deontologico, il Medico determina le prestazioni erogabili in regime libero-professionale e fissa i relativi oneri in contraddittorio con l'Azienda. Al predetto onorario vengono applicate per la tariffazione all'utente le percentuali di maggiorazione previste nell'allegato prospetto. Dette percentuali costituiscono il limite massimo per il compenso da richiedere all'utente, mentre possono essere assegnate ad un numero di destinatari liberamente decisi dal medico prescelto. L'A.L.P. resa in regime di ricovero comprende tutti gli interventi di diagnosi e cura medici e chirurgici, nonché le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, normalmente connesse ai singoli interventi o tipologie o episodi di ricovero, comprese anche le prestazioni necessarie per le eventuali complicanze. Non comprende invece le quote non riconosciute dalla Regione (DRG e protesi).

La tariffa a carico del paziente comprende:

- Gli oneri del medico prescelto;
- Le tariffe per gli interventi di diagnosi e cura medici e chirurgici per le prestazioni anestesologiche nonché i corrispettivi per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi;
- I compensi per le prestazioni delle équipes di supporto diretto ed indiretto;
- Una quota a favore dell'Azienda per recupero oneri sostenuti per l'A.L.P. e per utile Aziendale;
- la quota parte del DRG non riconosciuta dalla Regione;

La tariffa medesima sarà integrata dall'eventuale costo del materiale protesico (protesi vascolari, ortopediche, acustiche, ecc.) non utilizzate nell'attività istituzionale o comunque non coperte dal rimborso regionale, calcolato per la parte eccedente i costi medi della protesi di normale utilizzo e dagli oneri per eventuali altre prestazioni aggiuntive richieste dal paziente quali consulenze e consulti.

Per quanto non previsto nel presente regolamento si rinvia alla normativa nazionale, regionale e contrattuale.

\*\*\*\*\*



## AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VALLECAMONICA-SEBINO

Sede Legale: Via Nissolina, 2 - 25043 - Breno (BS) - Tel. 0364/329.1 - Fax 0364/329310

[www.aslvallecamonicasebino.it](http://www.aslvallecamonicasebino.it)

Codice Fiscale e Partita Iva n. 02072150986

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Fuschini

Tabelle di ripartizione dei proventi

*[Handwritten signatures and initials]*

## ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

**a) Attività ambulatoriale individuale con supporto senza utilizzo apparecchiature (visite e certificazioni)**

Onorario dirigente	Supporto diretto	Fondo perequazione	Supporto indiretto	Quota Azienda (*)
78%	4%	5%	3%	10%

**b) Attività ambulatoriale individuale con supporto con utilizzo apparecchiature di base e piccoli interventi**

Onorario dirigente	Supporto diretto	Fondo perequazione	Supporto indiretto	Quota Azienda (*)
66%	4%	5%	3%	22%

**c) Attività di diagnostica radiologica tradizionale con supporto**

Onorario dirigente	Supporto diretto	Fondo perequazione	Supporto indiretto	Quota Azienda (*)
44%	22%	5%	3,5%	25,5%

**d) Attività di diagnostica radiologica con supporto con utilizzo apparecchiature tecnologiche di livello elevato (Mammografia - TAC - RNM)**

Onorario dirigente	Supporto diretto	Fondo perequazione	Supporto indiretto	Quota Azienda (*)
41%	22%	5%	3,5%	28,5%

**e) Attività diagnostica con supporto con utilizzo apparecchiature tecnologiche di livello medio (metodiche ecografiche)**

Onorario dirigente	Supporto diretto	Fondo perequazione	Supporto indiretto	Quota Azienda (*)
63%	4%	5%	4%	24%

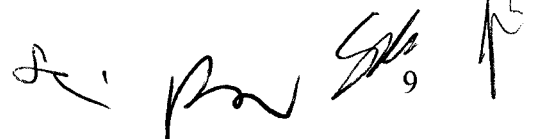
**f) Attività di endoscopia con supporto diretto**

Onorario dirigente	Supporto diretto	Fondo perequazione	Supporto indiretto	Quota Azienda (*)
66%	4%	5%	3%	22%

**g) Onde d'urto con supporto diretto**

Onorario dirigente	Supporto diretto	Fondo perequazione	Supporto indiretto	Quota Azienda (*)
66%	4%	5%	3%	22%

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini



## ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

### h) Attività ambulatoriale individuale senza supporto senza utilizzo apparecchiature (visite e certificazioni)

Onorario dirigente	Fondo perequazione	Supporto indiretto	Quota Azienda (*)
82%	5%	3%	10%

### i) Attività ambulatoriale individuale senza supporto con utilizzo apparecchiature di base e piccoli interventi

Onorario dirigente	Fondo perequazione	Supporto indiretto	Quota Azienda (*)
70%	5%	3%	22%

### l) Attività diagnostica senza supporto con utilizzo apparecchiature tecnologiche di livello medio (metodiche ecografiche)

Onorario dirigente	Fondo perequazione	Supporto indiretto	Quota Azienda (*)
67%	5%	4%	24%

### m) Attività intramoenia c.d. "allargata" (al netto della quota della struttura), consulenze, consulti e simili

Onorario dirigente	Fondo perequazione	Supporto indiretto	Quota Azienda (*)
80%	5%	1,5%	13,5%

(\*) compreso IRAP. In caso di diminuzione dell'IRAP la quota corrispondente incrementerà il supporto diretto.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini

# ASL DI VALLECAMONICA-SEBINO

## Libera professione in regime di ricovero area chirurgica:

- a) Medico/i che effettua/no direttamente la prestazione: quota base dell'onorario prestabilito, ripartita secondo le quote stabilite dal Responsabile dell'équipe o dal Medico prescelto;
- b) Personale di supporto diretto (strumentista, nurse, ecc.): 8% della quota Medici;
- c) Fondo perequazione personale della dirigenza sanitaria : 5% dell'onorario;
- d) Personale che partecipa all'attività libero - professionale quale componente di una équipe o personale di supporto nell'ambito della normale attività di servizio - art.4, comma 1.a del D.M. 31.7.1997: 4,5% dell'onorario, distribuito in ragione di due quote per il personale dirigente, una quota e mezzo per il personale di coordinamento, una quota e venti per il personale infermiere e di una quota per il restante personale;
- e) Personale del ruolo tecnico (O.T.A. e Ausiliario) di sala operatoria che collabora per assicurare l'esercizio dell'attività libero - professionale: 1,5% dell'onorario,
- f) Fondo comune personale del comparto che partecipa all'organizzazione, alle attività amministrative connesse, ecc. 3,5% dell'onorario;
- g) IRAP, in misura dell'8,5% sui compensi di cui sopra;
- h) Quota partecipazione alla spesa: 30% del DRG;
- i) Costi generali: 5% del DRG;
- j) Utile Aziendale: 5% del DRG.

## Libera professione in regime di ricovero area medica:

- a) Medico prescelto che effettua direttamente la prestazione: quota base dell'onorario prestabilito;
- b) Personale Medico del reparto: 20% della quota Medici ripartita in parti uguali;
- c) Fondo perequazione personale della dirigenza sanitaria: 5% dell'onorario;
- d) Personale del comparto che partecipa all'attività libero - professionale quale componente di una équipe o personale di supporto nell'ambito della normale attività di servizio - art.4, comma 1.a del D.M. 31.7.1997: 4,5% dell'onorario, distribuito in ragione di due quote per il personale di coordinamento, una quota e mezzo per il personale infermiere e di una quota per il restante personale;
- e) Fondo comune personale del comparto che partecipa all'organizzazione, alle attività amministrative connesse, ecc. 3,5% dell'onorario;
- k) IRAP, in misura dell'8,5% sui compensi di cui sopra;
- f) Quota partecipazione alla spesa: 30% del DRG;
- g) Costi generali: 5% del DRG;
- h) Utile Aziendale: 5% del DRG.

\*\*\*\*\*

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Angelo Foschini





# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VALLECAMONICA-SEBINO

Sede Legale: Via Nissolina, 2 - 25043 - Breno (BS) - Tel. 0364/329.1 - Fax 0364/329310

www.aslvallecamicasebino.it

Codice Fiscale e Partita Iva n. 02072150986

## COLLEGIO SINDACALE

ASL di Vallecamerica - Sebino



Prot. Nr. 0032299/09 ARRIVO  
del 21/10/2009

Allegato n. 3 al Verbale n. 08/2009 del 21.10.2009

### Parere di compatibilità finanziaria sul Contratto Collettivo Integrativo Aziendale

Il Collegio Sindacale nella seduta del 21/10/2009 ha esaminato le ipotesi di contratto collettivo integrativo aziendale relative alla Dirigenza Medica e Veterinaria ed alla Dirigenza Sanitaria non medica, professionale, tecnica ed amministrativa, nelle versioni oggi illustrate dal funzionario dell'area gestione risorse umane Dott.ssa Angela Colicchio, ed allegate alle note prot. n. 32151/09 e 32153/09 del 20/10/2009 che si acquisiscono agli atti.

Considerato che gli oneri conseguenti risultano finanziati mediante costituzione di fondi sufficienti per la relativa copertura, come da risultanze appostate nel bilancio dell'anno in corso, il collegio sindacale esprime parere favorevole alla sottoscrizione dei citati contratti.

IL PRESIDENTE DEL COLLEGIO SINDACALE  
(Dr. Mauro Golino)

#### I COMPONENTI

Rag. Amedeo Gambino

Dr. Massimiliano Patti