

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

## INDICE

1	PRESENTAZIONI .....	2
1.1	Presentazione della Associazione .....	2
1.2	Presentazione del Manuale della Qualità (MQ) .....	4
2	SCOPO E CAMPO D'APPLICAZIONE DEL SGQ .....	6
2.1	Scopo .....	6
2.2	Campo d'applicazione.....	6
2.3	Esclusioni .....	6
2.4	Riferimenti normativi e cogenti .....	6
3	TERMINI E DEFINIZIONI .....	6
3.1	Acronimi utilizzati.....	6
3.2	Definizioni .....	7
4	SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ (SGQ).....	7
4.1	Presentazione del SGQ e dei suoi processi .....	7
4.2	Documentazione e sua gestione.....	9
5	RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE .....	12
5.1	Impegno della Direzione.....	12
5.2	Attenzione focalizzata al cliente .....	12
5.3	Politica per la qualità.....	12
5.4	Pianificazione.....	14
5.5	Responsabilità, autorità e comunicazione .....	15
5.6	Riesame da parte della Direzione .....	16
6	GESTIONE DELLE RISORSE.....	17
6.1	Messa a disposizione delle risorse .....	17
6.2	Risorse umane.....	17
6.3	Infrastrutture .....	18
6.4	Ambiente di lavoro.....	19
7	REALIZZAZIONE DEI SERVIZI .....	21
7.1	Pianificazione della realizzazione dei servizi .....	21
7.2	Processi relativi al cliente .....	21
7.3	Progettazione e sviluppo .....	24
7.4	Approvvigionamento .....	24
7.5	Produzione ed erogazione dei servizi.....	26
7.6	Tenuta sotto controllo dei dispositivi di misurazione .....	34
8	MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO.....	35
8.1	Generalità .....	35
8.2	Monitoraggi e misurazioni.....	35
8.3	Tenuta sotto controllo dei servizi non conformi .....	38
8.4	Analisi dei dati .....	39
8.5	Miglioramento .....	40

## ALLEGATI

- All.1\_SGQ
- All.2\_Interazione Processi
- All.3\_Processi
- All.4\_Tabella di correlazione
- All.5\_Organigramma
- All.6\_Processo Ambulatorio
- All.7\_Processo Semiresidenziale
- All.8\_Processo Domiciliare

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

# 1 PRESENTAZIONI

## 1.1 PRESENTAZIONE DELLA ASSOCIAZIONE

### 1.1.1 LA STORIA

L'Associazione Assohandicap si costituisce nel 1986 da un gruppo di 27 famiglie di ragazzi diversamente abili, viene riconosciuta con personalità giuridica propria nel 1988 (Decreto Regionale n. 10716) e dal 1998 è stata iscritta all'anagrafe delle O.N.L.U.S. (Organizzazione non lucrativa d'utilità sociale).

Con il supporto dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma nasce il Centro di Riabilitazione Assohandicap autorizzata per l'erogazione delle prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali (ex. Art.26 Legge 833/1978).

Dal 1991 è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale e dal dicembre 2000 ha ottenuto l'accreditamento sperimentale (D.G.R. N° 2591), secondo il Decreto legislativo n. 517/93 e n. 229/99, per trattamenti riabilitativi in regime semiresidenziale e non residenziale (ambulatoriale e domiciliare).

Il lavoro di squadra, la determinatezza dimostrata, la voglia di fare, la massima personalizzazione dei servizi, la competenza del personale, i continui rapporti con i genitori, la scuola e l'università, ed i miglioramenti continui dei servizi erogati sono i punti di forza che hanno ispirato la Associazione nella realizzazione del Centro Assohandicap.

L'Associazione è sempre particolarmente impegnata su vari fronti, dialogando con associazioni di categoria ed enti pubblici al fine di fornire un "servizio di qualità" nel rispetto dei regolamenti.

## CENTRO ASSOHANDICAP

### 1.1.2 BACINO D'UTENZA

L'intervento educativo-riabilitativo è rivolto a soggetti con varie disabilità:

- disabilità motorie,
- disabilità neurologiche,
- disabilità cognitive,
- disabilità neuropsicologiche,
- disabilità psichiche,
- disabilità neurosensoriali.

Le fasce d'età sono:

- fino ai 18 anni, per il Settore Ambulatoriale,
- età adulta (dai 18 anni ai 65 anni), per il Settore Semiresidenziale,
- dall'infanzia all'età adulta per il Settore Domiciliare.

Gli utenti appartengono prevalentemente al comprensorio limitrofo dei Castelli Romani e di Roma sud.

### 1.1.3 I SERVIZI FORNITI

I servizi forniti agli utenti riguardano i seguenti Settori:

- Settore Ambulatorio;
- Settore Semiresidenziale;
- Settore Domiciliare;
- Soggiorni climatici nei mesi estivi presso la località balneare di Torvaianica;

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

I servizi erogati sono di seguito indicati.

#### 1.1.3.1 SETTORE AMBULATORIO

Il Settore Ambulatorio svolge i seguenti servizi:

- riabilitazione logopedica,
- riabilitazione neuromotoria,
- riabilitazione psicomotoria,
- riabilitazione cognitiva/neuropsicologica,
- terapia ortottica,
- intervento educativo,
- terapia psicologica.

#### 1.1.3.2 SETTORE SEMIRESIDENZIALE

Il Settore Semiresidenziale svolge i seguenti servizi:

- riabilitazione motoria,
- psicomotricità,
- trattamento neuro-cognitivo (procedure di assessment),
- trattamento cognitivo-comportamentale (abilità cognitive di base e superiori),
- attività occupazionali (ceramica, pittura, cartotecnica, ortovivaistica),
- attività educative (autonomia personale, cura e pulizia della persona, indipendenza, attività domestiche, attività di socializzazione e di animazione con finalità di integrazione sociale),
- terapia ortottica,
- terapia psicologica,
- musicoterapia.

Gli utenti del settore semiresidenziale usufruiscono del servizio di trasporto affidato alla Cooperativa Sociale integrata "Sorriso per tutti" onlus.

#### 1.1.3.3 SETTORE DOMICILIARE

Il Settore svolge i seguenti trattamenti riabilitativi :

- riabilitazione motoria,
- logopedia,
- terapia psicologica.

#### 1.1.4 L'ORGANICO

Alla data della presente revisione di questo Manuale, l'organico è formato da:

- Dipendenti: 23
- Collaboratori: 3
- Professionisti: 39
- Servizi in outsourcing: consulenze amministrative e marketing, servizio trasporto, servizio pulizie, servizio manutenzione. Totale addetti 39.

#### 1.1.5 LA SEDE

Il Centro Assohandicap è ubicato nel comune di Marino.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

La sede operativa ha una superficie di circa 738 mq, distribuita su due piani. La sede amministrativa ha una superficie di circa 70 mq.

La sede operativa dispone di un parcheggio per gli utenti del Centro.

Riferimenti:

- Sede legale e amministrativa: Assohandicap onlus – via Pietro Nenni, 16 – Marino (RM)
- Sede operativa: Centro di riabilitazione ex art.26 Assohandicap onlus via Pietro Nenni, 2 – Marino (RM)
- Telefono: 06-93667702 (centro di riabilitazione), 06-9388891 (amministrazione)
- Fax: 06-93800408 (centro di riabilitazione), 06-9387940 (amministrazione)
- Email: amministrazione@assohandicap.com ; info@assohandicap.com
- Sito web: www.assohandicap.com
- C.F.: 90009370587
- P. IVA: 02146781006

### 1.1.6 I PARTNER

L'Associazione Assohandicap onlus appartiene al gruppo "Area solidarietà" formato dalle seguenti realtà: Cooperativa sociale e integrata "Sorriso per tutti" onlus, Fondazione Futuro onlus, Associazione di volontariato Assomamicizia e Associazione sportiva di volontariato Assosport.

## 1.2 PRESENTAZIONE DEL MANUALE DELLA QUALITÀ (MQ)

Il MQ descrive sinteticamente il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) dell'Associazione; per approfondimenti, il MQ rimanda agli altri documenti del SGQ.

Il MQ è il documento di riferimento per operare, relativamente alla qualità, e per verificare come l'Associazione soddisfa i requisiti della norma UNI EN ISO 9001: 2008.

Per motivi di "assicurazione qualità", il MQ è impostato punto-punto con la norma UNI EN ISO 9001-2008. Per questo motivo non occorre una tabella di correlazione fra i punti della norma ed i capitoli del MQ.

Il MQ è emesso e tenuto aggiornato dal Gestore del SGQ, con la collaborazione attiva delle altre persone che lavorano in Assohandicap, ed è approvato dal Presidente/Direttore Generale, che approva anche gli aggiornamenti.

Gli aggiornamenti del MQ sono gestiti, come tutta la documentazione del SGQ soggetta ad evoluzione (vedere 4.2.3), con il numero d'edizione/revisione e con la data riportati sul frontespizio e sull'intestazione d'ogni pagina.

Precisamente, nel caso di revisione, le modifiche sono evidenziate nel testo con le seguenti modalità:

- Le correzioni, che non comportino modifiche al contenuto, non cambiano il numero d'edizione/revisione, pertanto non sono segnalate.
- Le parti modificate nel contenuto e quelle aggiunte portano una barra sul lato destro del foglio.
- Le parti soppresse sono barrate (es. eliminazione).

Sono evidenziate solo le variazioni rispetto alla revisione precedente. Non sono indicate invece le parti modificate se si tratta di una nuova edizione. Gli allegati al MQ seguono l'edizione/revisione del manuale stesso.

Il Gestore del SGQ ha l'autorità di decidere, in caso di aggiornamento, se cambiare la revisione o l'edizione.

Una descrizione sintetica delle modifiche è riportata sul frontespizio del MQ.

Il Gestore del SGQ tiene registrazione delle modifiche a mano a mano che si queste presentano e le introduce nel MQ, aggiornandolo, quando sono consistenti e sono state sperimentate. D'ogni edizione/revisione del MQ tiene, per memoria storica, una copia informatica.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

Il MQ è distribuito in forma controllata al Presidente/Direttore Generale, Direttore Amministrativo ed al Direttore Sanitario che lo tengono a disposizione degli operatori della Divisione Sanitaria e della Divisione Amministrativa rispettivamente; il Gestore del SGQ provvede a sostituire le copie superate con quelle aggiornate.

L'Associazione può consegnare il MQ ad Organizzazioni esterne od a Clienti, su loro richiesta o per scelta autonoma, sia in modo controllato sia non controllato.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

## 2 SCOPO E CAMPO D'APPLICAZIONE DEL SGQ

### 2.1 SCOPO

Il SGQ ha lo scopo di mettere in pratica la politica della qualità stabilita e di raggiungere gli obiettivi definiti nel modo più efficace ed efficiente.

### 2.2 CAMPO D'APPLICAZIONE

Il SGQ si applica a tutti i processi dell'Associazione. In sintesi il campo d'applicazione è il seguente:  
"Erogazione delle prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, in regime semiresidenziale e non residenziale".

### 2.3 ESCLUSIONI

Si considera escluso il requisito 7.3 della UNI EN ISO 9001:2008 "progettazione e sviluppo" in quanto l'Assohandicap eroga prestazioni convenzionate in regime di accreditamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale, svolgendo le attività esclusivamente sulla base delle prescrizioni ricevute dal Servizio Sanitario Nazionale o dai suoi rappresentanti (ASL), e secondo procedure già consolidate, linee guida o protocolli diagnostici e terapeutici standardizzati e scientificamente accettati.

### 2.4 RIFERIMENTI NORMATIVI E COGENTI

#### 2.4.1 RIFERIMENTI NORMATIVI

I riferimenti normativi sono:

- la UNI EN ISO 9000: 2005, per i fondamenti del SGQ e la terminologia;
- la UNI EN ISO 9001: 2008, per i requisiti del SGQ;
- la UNI EN ISO 9004: 2008, come linea guida per il SGQ;
- la UNI EN ISO 19011:2003, come linea guida per gli audit del SGQ;
- la UNI 11010, per i requisiti specifici nel campo della disabilità.

Questi riferimenti sono elencati nel documento DQ "Documenti del SGQ".

#### 2.4.2 RIFERIMENTI COGENTI

I riferimenti cogenti sono:

- le leggi riferite ai servizi per disabili;
- le norme e i regolamenti del S.S.N e regionali applicabili;
- le leggi e le direttive comunitarie riferite all'ambiente di lavoro, in particolare il T.U. 81/08, il D.Lgs. 196/03, (Regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004).
- CCNL Personale dipendente delle strutture sanitarie associate all'AIOP, ARIS, FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI.

Questi riferimenti sono elencati nel documento EL "Elenco leggi e regolamenti".

## 3 TERMINI E DEFINIZIONI

### 3.1 ACRONIMI UTILIZZATI

- SGQ: Sistema di Gestione per la Qualità

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

- MQ: Manuale della Qualità

Gli acronimi utilizzati negli allegati sono spiegati negli allegati stessi.

## 3.2 DEFINIZIONI

Il MQ fa riferimento alle definizioni contenute nella UNI EN ISO 9000: 2005, nel Supplemento Ordinario n° 7 al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 15 del 30 maggio 2002 e suoi aggiornamenti, nella norma UNI 11010 ed alle seguenti definizioni:

- Direzione: è formata dal Presidente, dal Direttore Generale e dal Direttore Amministrativo.
- Comitato Direttivo: è formato dai rappresentanti degli associati.
- Comitato Direzione Qualità: è costituito dal Presidente/Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario, dal Rappresentante della Direzione, dal Responsabile del Settore Amministrativo, dal Medico Responsabile del Settore Semiresidenziale, dal Medico Responsabile del Settore Ambulatorio e dal Medico Responsabile del Settore Domiciliare. Possono partecipare anche altri ruoli a discrezione della Direzione in relazione a specifiche esigenze.
- Servizi: i servizi oggetto di fornitura, indicati in 1.1.3.
- Clienti: ASL e, per alcuni servizi sociali, anche i Comuni.
- Utenti: i portatori di handicap che ricevono direttamente il servizio e loro famiglie.

## 4 SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

### 4.1 PRESENTAZIONE DEL SGQ E DEI SUOI PROCESSI

#### 4.1.1 SCHEMA GENERALE

Il SGQ di Assohandicap è costituito da una rete di processi, così raggruppati:

- Processi di pianificazione. Sono i processi relativi alla definizione della politica, degli obiettivi, della struttura organizzativa, delle regole per operare e per controllare. I risultati di questi processi sono i documenti del SGQ, il principale dei quali è questo MQ.
- Processi di gestione delle risorse. Sono i processi relativi alla disponibilità ed alla gestione delle risorse che supportano il SGQ.
- Processi di realizzazione dei servizi. Sono i processi che realizzano i servizi forniti agli Utenti.
- Processi di controllo e di miglioramento. Sono i processi relativi al controllo ed al miglioramento del SGQ.

Il SGQ opera secondo il ciclo Pianifica-Fa-Controlla-Agisci, dove:

- "Pianifica" corrisponde ai processi di pianificazione del SGQ ed ai processi di gestione delle risorse;
- "Fa" corrisponde ai processi di realizzazione dei servizi;
- "Controlla" e "Agisci" corrispondono ai processi di controllo e di miglioramento del SGQ, in particolare "Controlla" corrisponde ai processi di monitoraggio e di misurazione e "Agisci" corrisponde ai processi di correzione e di miglioramento.

Ogni processo, a sua volta, opera secondo lo stesso ciclo.

Lo schema generale del SGQ è illustrato nell'allegato 1.

Il SGQ evolve per adeguarsi all'evoluzione dell'Associazione e per migliorare la sua efficacia. Ad ogni modifica, il Gestore del SGQ controlla la coerenza fra la parte modificata e le rimanenti parti, in modo da garantire l'integrità del sistema.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

È impegno della Direzione migliorare continuamente l'efficacia e l'efficienza del SGQ anche attraverso il coinvolgimento dei professionisti afferenti al servizio e di tutti i membri dell'equipe sociosanitaria .

#### 4.1.2 PRESENTAZIONE DEI PROCESSI

Sono stati identificati i seguenti processi di pianificazione:

1. Definizione della politica e degli obiettivi.
2. Definizione della struttura organizzativa.
3. Definizione e gestione dei documenti del SGQ.

I processi di gestione delle risorse hanno lo scopo di individuare, rendere disponibili e gestire le risorse necessarie ed adeguate per mettere in pratica la politica dell'Associazione e per raggiungere gli obiettivi.

Sono stati identificati i seguenti processi di gestione delle risorse:

1. Gestione delle risorse umane.
2. Gestione delle infrastrutture
3. Gestione dell'ambiente di lavoro.

I processi di realizzazione dei servizi producono il risultato per gli Utenti, cioè i servizi. Sono i seguenti:

1. Gestione rapporti con i Clienti/Utenti.
2. Ambulatorio.
3. Semiresidenziale.
4. Domiciliare.
5. Approvvigionamento e gestione magazzino.

Il controllo del servizio, per verificare che le sue caratteristiche soddisfano i requisiti, e il trattamento del servizio non conforme fanno parte dei processi.

I processi di controllo e di miglioramento del SGQ sono i seguenti:

1. Monitoraggio della soddisfazione degli Utenti/Clienti.
2. Audit Interni.
3. Monitoraggio dei servizi, dei processi e del sistema.
4. Gestione delle Non Conformità e dei reclami.
5. Analisi dei dati.
6. Riesame da parte della Direzione.
7. Miglioramento.

#### 4.1.3 PROCESSI AFFIDATI ALL'ESTERNO

L'Associazione, alla data della presente revisione di questo MQ, affida all'esterno il servizio di trasporto disabili, che è affidato alla cooperativa "Sorriso per tutti".

Questo servizio è tenuto particolarmente sotto controllo, come indicato nella sezione 7.4.1 del presente MQ e nella procedura PG05 "Approvvigionamento e gestione magazzino".

#### 4.1.4 STRUTTURA DI UN PROCESSO

Ogni processo è costituito dai seguenti elementi, correlabili al ciclo Pianifica-Fa-Controlla-Agisci (i punti "a, b, c, f, g, " rappresentano il Pianifica; il punto "e" e "i" il Fa; il punto "d" , "h" e "l" il Controlla e l'Agisci).

a	Output del processo.	Sono i risultati che il processo produce.	Sono presentati nell'Allegato 03 del MQ
b	Obiettivi del output.	Sono gli obiettivi per i risultati.	
c	Input del processo.	Sono gli elementi che il processo tratta per ottenere i risultati; sono inclusi i vincoli rappresentati da leggi, regolamenti e normative di riferimento.	
d	Misura dell'efficacia e dell'efficienza del processo.	Sono gli indicatori che misurano quanto i processi hanno raggiunto i loro obiettivi. Annualmente si pianificano degli obiettivi da raggiun-	



ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

	gere per questi indicatori.	
--	-----------------------------	--

e	Attività del processo	Sono le attività che costituiscono il processo	Sono illustrati in questo MQ nel allegato 03, in cui sono indicati i riferimenti documentali (MQ e procedure) e le registrazioni della qualità prodotte.
f	Risorse utilizzate nel processo	Sono le risorse umane e strumentali utilizzate nel processo.	
g	Documenti di riferimento	Sono i documenti di riferimento per svolgere le attività.	
h	Controlli sul prodotto/servizio	Sono i controlli di conformità del prodotto/ servizio ai requisiti.	
i	Registrazioni da produrre	Svolgendo le attività si producono dati da registrare.	
l	Correzione e miglioramento	Sono le azioni svolte per rendere più efficaci i processi.	Sono trattati al punto 8.5 del presente MQ
m	Interazioni con gli altri processi	Sono i punti di contatto con gli altri processi del SGQ.	Le principali sono illustrate nello schema dell'allegato 02

Ogni processo migliora:

- elevando gli obiettivi da raggiungere per gli indicatori d'efficacia e d'efficienza;
- attuando le azioni correttive, preventive e di miglioramento determinate dagli audit, dall'analisi dei dati e dai riesami della Direzione (vedere 8.5).

## 4.2 DOCUMENTAZIONE E SUA GESTIONE

### 4.2.1 PRESENTAZIONE DEI DOCUMENTI DEL SGQ

I documenti del SGQ dell'Associazione sono suddivisi in:

- Documenti prescrittivi che descrivono il SGQ e contengono le regole di questo Sistema. Sono articolati su più livelli.
- Documenti di registrazione: contengono i risultati ottenuti dall'applicazione delle regole e forniscono evidenza delle attività svolte.
- Documenti operativi: supportano l'operatività.
- Carta dei servizi, provvedimenti aziendali (deliberazioni, Regolamenti, ecc).

I livelli dei diversi documenti prescrittivi sono:

- Livello 1: fornisce gli obiettivi e gli indirizzi e definisce la struttura ed i processi del SGQ. È costituito dal "Manuale della qualità" e dal documento "Piano obiettivi anno XXX".
- Livello 2: definisce "cosa fare". È costituito dalle "Procedure gestionali" (fra cui quelle richieste dalla norma UNI EN ISO 9001: 2008), dalle leggi, dai regolamenti, dalle norme pertinenti, dai documenti delle ASL.
- Livello 3: definisce "come fare". È costituito dalle "Istruzioni operative", che contengono le regole per svolgere e controllare le operazioni più complesse e da documenti vari.

Ogni livello produce registrazioni (fra cui quelle richieste dalla norma UNI EN ISO 9001: 2008).

I documenti d'ogni livello sono completi e sufficienti per il loro scopo, quando necessario per approfondimenti rimandano ad altri documenti di livello inferiore.

I livelli 2 e 3 contengono i documenti necessari all'Associazione per assicurare l'efficace pianificazione, funzionamento e controllo dei suoi processi.

L'elenco dei tutti i documenti del SGQ dell'Associazione, con il loro stato di aggiornamento, è riportato nel documento DQ "Documenti del SGQ". Questo documento è tenuto aggiornato dal Gestore del SGQ.

Nell'allegato 4 vi è una tabella di correlazione fra le procedure documentate e le registrazioni, richieste dalla norma UNI EN ISO 9001: 2008, e le corrispondenti del SGQ.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

## 4.2.2 MANUALE DELLA QUALITÀ

È il documento che descrive il SGQ nei suoi criteri generali. Include:

- il campo di applicazione del SGQ,
- le precisazioni in merito alle esclusioni,
- i riferimenti alle procedure documentate,
- uno schema con le interazioni tra i processi del SGQ.

Il MQ è presentato in modo più completo al punto 1.2.

## 4.2.3 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DOCUMENTI

I documenti del SGQ generati all'interno dell'Associazione sono identificati da una sigla, che indica la tipologia del documento, seguita da un numero d'ordine, dalla denominazione, e dalla data d'emissione.

Se il documento è soggetto ad evoluzione, lo stato di revisione è tenuto sotto controllo dal numero di edizione/revisione e dalla data dell'aggiornamento.

Modifiche limitate determinano l'avanzamento del numero di revisione; modifiche estese determinano l'avanzamento del numero d'edizione e il ritorno a zero del numero di revisione.

Nel caso di revisione, nel testo del documento sono evidenziate le modifiche rispetto alla revisione precedente. Se invece si tratta di una nuova edizione, non sono indicate le parti modificate.

Ad ogni variazione d'edizione/revisione di un documento, il Gestore del SGQ mantiene una copia informatica dell'edizione/revisione precedente, per memoria storica e per eventuali successivi confronti. Tutte le copie superate distribuite in forma controllata sono distrutte.

I documenti del SGQ come la Carta Europea dei diritti del malato, la Carta dei Servizi, sono distribuiti agli utenti e loro familiari in formato cartaceo e comunicati al personale in modo controllato (l'emittente garantisce la sostituzione della copia superata con quella aggiornata). La distribuzione in modo controllato garantisce che sui luoghi d'utilizzo sono presenti solo documenti aggiornati; eventuali copie superate trattenute per qualsiasi motivo portano l'indicazione di "superato" in modo ben visibile. Il Gestore del SGQ distribuisce in forma controllata i documenti del SGQ ai destinatari designati, indicati nella "Lista di distribuzione documenti", che viene firmata da quest'ultimi per avvenuta ricezione.

I moduli "non compilati" sono trattati come documenti separati, con la gestione di una propria edizione/revisione ma con sigla che richiama il documento di riferimento. Gli "allegati alle procedure" seguono la stessa edizione/revisione della procedura stessa.

Nel documento DQ "Documenti del SGQ" sono indicate, per ciascun documento, le funzioni incaricate della sua emissione, aggiornamento, verifica ed approvazione dell'adeguatezza e, se soggetto ad evoluzione, l'edizione/revisione aggiornata e la data relativa.

I documenti d'origine esterna sono, in parte, relativi ai clienti (es. Convenzioni con ASL, Comuni, comunicazioni con l'ARIS, Enti pubblici) ed ai fornitori (es. listini e cataloghi, offerte, manuali d'uso delle apparecchiature), in parte sono leggi, norme, regolamenti, documenti tecnico-scientifici e corrispondenza varia.

Tutti i documenti d'origine esterna mantengono l'identificazione originaria e, al loro ingresso, sono esaminati dal Direttore Generale e dal Direttore Amministrativo per il settore amministrativo e dal Direttore Sanitario per il settore sanitario, per controllarne la completezza e validarne il loro uso interno, protocollati e distribuiti in forma controllata agli interessati.

L'aggiornamento a leggi avviene attraverso abbonamenti a riviste, disposizioni fornite dalla Regione Lazio e dall'Associazione di Categoria ARIS, partecipazioni a corsi e congressi, comunicazioni fornite dalla Confcooperativa, collegamenti a internet, comunicazioni da parte dei Comuni per la partecipazione a convegni, invio delle

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

normative da parte della ASL e del Comune. Il responsabile dell'aggiornamento a leggi è il Responsabile Settore Amministrativo.

L'aggiornamento della documentazione tecnico-scientifica avviene attraverso la partecipazione a congressi, a corsi di formazione, abbonamenti a riviste, collegamenti a internet, ed è gestita dal Direttore Sanitario e dai Medici Responsabili di Settore.

Per approfondimenti sulle modalità di tenuta sotto controllo dei documenti e sulla gestione informatica dei dati, fare riferimento alla procedura gestionale PG 08 "Gestione dei documenti e dei dati".

#### 4.2.4 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE REGISTRAZIONI

Le registrazioni si possono suddividere in due categorie:

- a. Registrazioni che forniscono evidenza dell'applicazione delle regole, delle analisi, delle decisioni, delle azioni.
- b. Registrazioni dei risultati dei controlli.

I documenti di registrazione sono indicati e presentati nei diversi documenti prescrittivi. Molti sono moduli, utilizzati per registrare i risultati e guidare le registrazioni.

Nel documento DQ "Documenti del SGQ" sono elencati tutti i documenti di registrazione utilizzati in Assohandicap ed è specificato, per ognuno di essi, la responsabilità dell'emissione, della raccolta, dell'archiviazione, le modalità di conservazione, il tempo di conservazione e le modalità di eliminazione. L'edizione/revisione aggiornata del modulo non compilato è indicata nel documento RM "Raccolta Moduli".

I documenti di registrazione della Qualità possono essere sotto forma cartacea o informatica. Quando sono sotto forma cartacea, sono conservati negli archivi predisposti che garantiscono la protezione e la facile reperibilità. Quando sono sotto forma informatica, l'accesso è rapido e le frequenti copie di sicurezza garantiscono la loro protezione.

L'Assohandicap garantisce la corretta acquisizione e la gestione dei dati di registrazione e dei flussi informativi. Per approfondimenti sulle modalità di tenuta sotto controllo dei documenti di registrazione, fare riferimento alla procedura gestionale PG 08 "Gestione dei documenti e dei dati".

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

## 5 RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE

### 5.1 IMPEGNO DELLA DIREZIONE

La Direzione fornisce evidenza del suo impegno nello sviluppo e nell'attuazione del SGQ e nel miglioramento continuo della sua efficacia, stabilendo la politica (vedere 5.3) e gli obiettivi per la qualità controllandone il perseguimento (vedere 5.4.1), effettuando i riesami della direzione (vedere 5.6), fornendo le necessarie risorse (vedere 6), analizzando i dati (vedere 8.4), trasferendo a tutte le persone dell'Associazione la consapevolezza dell'importanza di capire i problemi degli Utenti e risolverli come pure l'importanza di ottemperare ai requisiti cogenti applicabili (vedere 7.2.1).

### 5.2 ATTENZIONE FOCALIZZATA AL CLIENTE

L'Associazione, per sua natura, è fortemente focalizzata agli Utenti. La Direzione, essendo formata da famigliari degli Utenti, comprende tutte le necessità degli Utenti e delle loro famiglie, anche quelle inesprese.

L'Assohandicap colloca gli utenti, e le loro famiglie, al centro dei propri servizi, fornendo prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dalla normativa vigente, privilegiando gli aspetti relativi all'umanizzazione e ad una migliore qualità della vita, oltre, naturalmente, alla cura delle disabilità e al rispetto della normativa di settore specifica.

### 5.3 POLITICA PER LA QUALITÀ

La politica è il quadro strutturato di riferimento per impostare le attività dell'Associazione e definire gli obiettivi da perseguire.

La politica per la qualità fa parte della politica generale e ne costituisce la parte preponderante. Include l'impegno dell'Associazione a rispettare i requisiti del SGQ, a migliorare continuamente la sua efficienza ed efficacia e a soddisfare le esigenze dei Clienti/Utenti.

La politica della qualità è la base del SGQ, perché lo scopo di questo è attuare la politica della qualità.

La politica è espressa come Missione, Visione, Valori dell'Associazione.

La Missione indica "chi siamo"; la Visione "dove vogliamo arrivare"; i Valori "cosa è importante per noi".

#### MISSIONE

L'Associazione è un'organizzazione senza scopo di lucro e opera nel settore della riabilitazione neuropsicomotoria e cognitiva – neuropsicologica per soggetti diversamente abili. Eroga trattamenti riabilitativi in regime semiresidenziale e non residenziale (ambulatoriale e domiciliare).

Uno staff di specialisti segue i Progetti Riabilitativi definiti per ogni Utente secondo l'età e le diverse esigenze.

#### VISIONE

La visione dell'Associazione per i prossimi anni è la seguente:

- Impiego ottimale di tutte le risorse umane, scientifiche e tecnologiche al fine di operare per il migliore reinserimento e recupero fisico, psicologico e sociale di ogni individuo colpito da patologie croniche o transitorie che lo rendano inabile temporaneamente o stabilmente nelle attività fisiche, psicologiche e sociali della sua vita.
- Apertura di un poliambulatorio specialistico privato che si occupi di approfondire la prevenzione, la diagnosi e la cura nell'ambito della disabilità.
- Soggiorni climatici e "di sollievo alle famiglie".
- Avvio dell'attività sportiva in piscina e utilizzo delle strutture del centro botanico.
- Incremento dell'attività ludico-sociale attraverso organizzazione di viaggi, manifestazioni, ecc.
- Scambi culturali con soggetti esteri, al fine di acquisire esperienze utili sui metodi di riabilitazione.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

- Effettuare manifestazioni e convegni anche al fine di raccolta fondi.
- Apertura della Residenza Sanitaria assistenziale per disabili per gestire il "dopo di noi".
- Miglioramento degli strumenti di controllo di gestione per dare sempre più un servizio efficace agli Utenti.
- Richiesta di ampliamento dei servizi accreditati per ridurre le notevoli liste d'attesa.
- Ottenimento della massima soddisfazione dei Clienti ASL e Comune e quindi mantenimento delle rispettive Accordi contrattuali nel rispetto dei requisiti previsti dall'accreditamento;
- Implementazione di un Sistema di Gestione per la Qualità conforme alla Norma UNI EN ISO 9001:2008 ed ottenimento della Certificazione da parte di un Organismo accreditato.

Alcune di queste dichiarazioni si trovano nella Carta dei Servizi come impegni presi sulla qualità del servizio.

## VALORI

L'Associazione è sostenuta dai seguenti valori:

- serietà ed onestà nei rapporti con i Clienti/Utenti;
- qualifica, addestramento e competenza del personale;
- lavoro di équipe;
- attenzione a cogliere le esigenze espresse e inesprese degli Utenti al fine di garantirne il migliore recupero fisico, psicologico e sociale;
- impegno nell'ascoltare l'Utente e nel seguirlo;
- promozione di un elevato grado di motivazione, partecipazione e coinvolgimento del personale;
- massima personalizzazione del servizio;
- migliorare la qualità di vita dell'Utente cercando di individuare, attraverso la valutazione funzionale interdisciplinare, le abilità e le potenzialità da sviluppare dell'utente;
- impegno nel migliorare continuamente il servizio per renderlo sempre più rispondente alle attese dei Clienti ed Utenti ottenendo la loro massima soddisfazione;
- rispetto del disabile come persona e valorizzazione di ogni suo gesto;
- collaborazione con strutture universitarie;
- impegno a migliorare continuamente il proprio SGQ, perché sia sempre più efficiente ed efficace;
- rispetto delle leggi e dei regolamenti;
- aiuto alle famiglie attraverso il "Counseling";
- operare nel rispetto degli standard di qualità ed impegni definiti nella Carta dei Servizi e migliorarli in base alle esigenze dell'utente e alle novità in materia di trattamenti riabilitativi e di apparecchiature utilizzabili a tale scopo.

La politica dell'Associazione è preparata dal Presidente/Direttore Generale che la propone al Comitato Direttivo per l'approvazione. Dopo l'approvazione, la politica è enunciata formalmente a firma del Presidente/Direttore Generale.

La politica è riesaminata annualmente dal Presidente/Direttore Generale, all'inizio di ogni anno in occasione del Riesame della Direzione, per accertare la sua continua idoneità e per introdurre eventuali elementi per il miglioramento continuo. Se modificata, è approvata nuovamente dal Comitato Direttivo.

Un importante contributo al riesame della politica viene dal feedback dei processi di controllo e di miglioramento dei processi e del SGQ.

Per diffondere la politica ed assicurarsi che sia compresa e condivisa, il Presidente/Direttore Generale la illustra personalmente in apposita riunione ai membri del Comitato Direzione Qualità. Successivamente i Responsabili di ciascun Settore la spiegano a tutto il personale. Questa diffusione della conoscenza della politica si ripete ogni anno, anche in assenza di modifiche. La Politica della Qualità è affissa presso la Divisione Sanitaria e presso la Divisione Amministrativa.

Il Presidente/Direttore Generale, il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, nei loro continui rapporti con il personale, controllano che la politica sia compresa e che le persone operino secondo i principi enunciati.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

## 5.4 PIANIFICAZIONE

### 5.4.1 OBIETTIVI PER LA QUALITÀ

Il Presidente/Direttore Generale e gli altri membri del Comitato Direzione Qualità, avendo come riferimento la politica, il raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente, il feedback dei processi di controllo e di miglioramento del SGQ e le nuove opportunità, definiscono gli obiettivi del nuovo anno.

Tali obiettivi riguardano sia gli obiettivi a breve derivanti dalla Visione sia gli obiettivi posti sugli indicatori dei processi e del sistema che riguardano essenzialmente la soddisfazione dei Clienti/Utenti e l'efficacia e l'efficienza dei processi del SGQ.

Tra gli obiettivi che la struttura si prefigge attraverso le linee e le priorità della mission figurano:

- uniformità di accesso ai servizi
- qualità tecnica dei servizi assistenziali
- qualità organizzativa
- sicurezza degli operatori e degli utenti
- valorizzazione professionale
- diritti degli utenti
- customer satisfaction

Questi obiettivi sono definiti nel documento "Piano obiettivi anno XXX" e nel documento "Piano Indicatori". Sono stati definiti nei Piani Indicatori per ciascun Settore Sanitario e Amministrativo.

Il "Piano obiettivi anno XXX" ed il "Piano Indicatori" del Settore Amministrativo è approvato dal Presidente/Direttore Generale.

I "Piani Indicatori" dei Settori Sanitari.

Ogni obiettivo è espresso in forma numerica per misurarne il grado di raggiungimento.

Gli obiettivi sono espressi in termini di risultati da raggiungere, di attività da svolgere, di responsabilità per il loro raggiungimento e di scadenze da rispettare.

L'obiettivo di ottemperare ai requisiti dei servizi è implicito negli obiettivi definiti, poiché la rispondenza dei servizi ai requisiti dei Clienti/Utenti è un elemento di base della politica, essendo l'Associazione fortemente orientata alla risoluzione dei problemi dei Clienti/Utenti.

Gli obiettivi dell'anno in corso sono emessi e spiegati all'inizio di ogni anno.

Gli obiettivi sono illustrati dai Responsabili di Settore a tutti i collaboratori.

Il controllo del perseguimento degli obiettivi indicati nel "Piano Obiettivi anno XXX" è svolto dal Presidente/Direttore Generale con periodicità semestrale; i risultati sono registrati nello stesso documento.

Il calcolo degli indicatori definiti nei "Piani Indicatori" di ciascun Settore avviene con periodicità indicata sui Piani stessi; il controllo del perseguimento degli obiettivi posti su tali indicatori è svolto semestralmente dal Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo e discussi con il Presidente/Direttore Generale. A seguito delle valutazioni fatte, si attivano le opportune azioni correttive/preventive o, al limite, si provvede ad aggiornare ed emettere nuovamente tali documenti.

Sulla base degli obiettivi generali e degli obiettivi posti sugli indicatori dei processi, il Presidente/Direttore Generale e il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo definiscono delle precise responsabilità in merito al raggiungimento degli obiettivi stessi, attribuendo, quindi, ai diversi ruoli, obiettivi particolari. La valutazione del personale, che si effettua a fine anno, considera anche il raggiungimento di questi obiettivi particolari assegnati (vedi § 6.2.2).

Ogni anno il Comitato Direzione Qualità predispone una relazione sulla verifica degli standard definiti nella Carta dei Servizi e propone iniziative per migliorare i fattori di qualità dei servizi offerti definendo eventualmente nuovi indicatori ed eventualmente nuovi standard.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

## 5.4.2 PIANIFICAZIONE DEL SGQ

L'Associazione ha pianificato il proprio SGQ ed i propri processi come descritto al paragrafo 4.1, ha definito la propria politica e gli obiettivi, fra cui gli obiettivi per la qualità. Il sistema e le risorse disponibili sono adeguati per conseguire gli obiettivi.

Nel documento "Piano obiettivi anno XXX", a fronte d'ogni obiettivo sono definite le attività per raggiungerlo, i tempi e i responsabili delle attività; qualora occorra una pianificazione più complessa si utilizzeranno appositi diagrammi di Gantt.

## 5.5 RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ E COMUNICAZIONE

### 5.5.1 RESPONSABILITÀ E AUTORITÀ

Nell'allegato 5 è riportato l'organigramma gerarchico-funzionale dell'Associazione. La cui conformazione viene valutata con scadenza almeno annuale.

Nella procedura gestionale PG 10 "Organizzazione" è riportato l'organigramma nominativo e sono indicate le responsabilità e le autorità dei diversi ruoli; nella stessa procedura sono riportati, inoltre, gli organigrammi gerarchico-funzionali dei Settori: Amministrativo e Sanitario.

I contenuti dei ruoli descritti nella procedura "Organizzazione", benché definiscano chiare responsabilità, non vanno interpretati rigidamente ma, quando necessario, la Direzione può temporaneamente modificarli; le modifiche temporanee di ruolo e responsabilità o incarichi a termine sono notificati attraverso il documento "Foglio incarichi". Qualora necessario la Assohandicap garantisce la sostituzione dei Responsabili in caso di assenza, programmata e non, degli stessi.

### 5.5.2 RAPPRESENTANTE DELLA DIREZIONE

Il Rappresentante della Direzione ha la responsabilità e l'autorità per:

- a. assicurare che i processi del SGQ siano predisposti, attuati e tenuti aggiornati,
- b. riferire alla Direzione sulle prestazioni del SGQ e su ogni esigenza per il miglioramento,
- c. assicurare la promozione della consapevolezza dei requisiti del Cliente/Utente nell'ambito di tutta l'Associazione,
- d. tenere i collegamenti con organizzazioni esterne su argomenti che riguardano il SGQ.

### 5.5.3 COMUNICAZIONE INTERNA

La comunicazione interna verso tutti i livelli organizzativi può avvenire in maniera informale o attraverso comunicazioni scritte, ordini di servizio e riunioni verbalizzate.

La comunicazione formale dalla Direzione ai collaboratori è la seguente:

- la politica e gli obiettivi sono comunicati in apposite riunioni;
- lo stato di perseguimento degli obiettivi e l'andamento degli indicatori d'efficacia dei processi è reso noto tramite un documento e comunicato in apposite riunioni.

I collaboratori forniscono il loro contributo al miglioramento del SGQ comunicando suggerimenti o segnalando non conformità tramite un modulo predisposto.

Le informazioni necessarie per operare sono fornite ad ogni persona e tenute aggiornate. Il Gestore del SGQ assicura la distribuzione d'ogni documento aggiornato alle persone interessate tramite la Lista di distribuzione documenti ed attraverso la relazione annuale.

La Direzione garantisce lo scambio delle informazioni relativo alle Valutazioni ed ai criteri di premiazione relativi alle performance del personale.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

## 5.6 RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE

### 5.6.1 PIANIFICAZIONE DEI RIESAMI

L'azione sistematica di controllo del Presidente/Direttore Generale sull'andamento del SGQ avviene attraverso riunioni periodiche di "Riesame della Direzione". Queste riunioni hanno lo scopo di riesaminare l'adeguatezza e l'efficacia del SGQ in funzione di quanto indicato nella politica, negli obiettivi e nella normativa vigente.

Queste riunioni sono svolte periodicamente dal Comitato Direzione Qualità e registrate.

### 5.6.2 ELEMENTI IN INGRESSO PER IL RIESAME

Gli argomenti trattati nel corso del riesame sono quelli di seguito indicati, con la precisazione che tutti devono essere discussi almeno una volta in un ciclo annuale ed i più critici anche più volte:

1. Risultati dell'indagine di soddisfazione dei Clienti/Utenti.
2. Reclami dei Clienti/Utenti.
3. Stato delle non conformità.
4. Stato delle azioni correttive, preventive e di miglioramento e riesame delle stesse.
5. Analisi dei dati relativi ai fornitori.
6. Andamento degli indicatori dei processi e del SGQ.
7. Rispetto degli standard di qualità definiti nella Carta dei Servizi.
8. Risultanti delle verifiche ispettive interne e delle verifiche ispettive eseguite dall'Organismo di Certificazione.
9. Risultati dei controlli ASL ricevuti.
10. Adeguatezza delle risorse umane e strumentali, in funzione degli obiettivi, del mantenimento e miglioramento del sistema, del raggiungimento della soddisfazione dei Clienti/utenti.
11. Esigenze di formazione e relativo programma.
12. Applicazione della politica e grado di raggiungimento degli obiettivi dell'anno. Eventuale necessità d'aggiornamento della politica e degli obiettivi.
13. Soddisfacimento dei requisiti di legge e delle norme di riferimento.
14. Esigenze di modifiche al sistema ed ai processi per migliorarne l'efficacia.
15. Esito delle azioni conseguenti a decisioni prese in precedenti riesami.
16. Opportunità di miglioramento dei servizi e dei processi.
17. Validazione dei processi.
18. Relazione del Responsabile Gestione Qualità VEDI 8.1.4.

### 5.6.3 ELEMENTI IN USCITA DAL RIESAME

Al termine della riunione è emesso un "verbale di riesame da parte della Direzione" nel quale sono riepilogate gli argomenti trattati, fra quelli elencati al § 5.6.2., e le decisioni prese. Tale verbale è firmato dai partecipanti e archiviato fra i documenti di Registrazione della Qualità.

Si pone particolare attenzione ad evidenziare decisioni in merito a:

- miglioramento dei servizi erogati e dei relativi processi che li generano per renderli sempre meglio corrispondenti alle richieste ed anche in relazione alle necessità dei Clienti/utenti per ottenere la loro massima soddisfazione;
- miglioramento dell'efficienza interna per ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane;
- modifiche al SGQ per adeguarlo alle nuove necessità operative;
- adeguatezza delle risorse umane, delle apparecchiature e delle infrastrutture per raggiungere i propri obiettivi;
- modifica ed adeguamento degli obiettivi.



ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

Quando nel corso del riesame sono decise azioni da intraprendere, il Gestore del SGQ può attivare, quando necessario, la procedura delle azioni correttive/preventive/miglioramento, e le gestisce fino alla loro conclusione positiva.

## GESTIONE DELLE RISORSE

### 6.1 MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE

L'Associazione ha le risorse necessarie per raggiungere i suoi obiettivi, fra cui quello di soddisfare i Clienti/Utenti e di tenere attivo ed aggiornato il SGQ.

La Direzione pone continua attenzione perché le risorse siano adeguate per migliorare continuamente l'efficacia del SGQ e la soddisfazione dei Clienti/Utenti.

### 6.2 RISORSE UMANE

Per approfondimenti, fare riferimento alla procedura PG06 che assicura la applicazione delle normative vigenti

#### 6.2.1 GENERALITÀ

Per rendere evidenza oggettiva dell'istruzione e dell'esperienza delle persone che operano nell'Associazione, il Referente Gestione Risorse Umane controlla che le persone consegnino periodicamente il proprio curriculum professionale aggiornato.

Questo strumento, assieme alla valutazione annuale dell'abilità delle persone, permette di valorizzare al meglio la capacità, la competenza e l'esperienza d'ogni persona.

#### 6.2.2 COMPETENZA, CONSAPEVOLEZZA E ADDESTRAMENTO

Le competenze e le abilità necessarie dei diversi ruoli all'interno dell'Associazione sono definite e tenute aggiornate dai Responsabili di Settore e dal Direttore Sanitario o Amministrativo (a seconda del settore di competenza) e comprendono sia i requisiti minimi di ingresso per coprire i diversi ruoli, sia le competenze richieste e abilità necessarie per raggiungere gli obiettivi e per migliorare i risultati e la soddisfazione dei Clienti/Utenti, con inseriti i fascicoli individuali con informazioni su:

- Titoli di studio
- Percorso professionale
- Titoli scientifici
- Attività formative e di aggiornamento

Le necessità di formazione e d'addestramento emergono dal confronto fra le competenze e le abilità necessarie e le caratteristiche reali delle persone. Un addestramento sempre necessario è l'aggiornamento professionale continuo previsto dalle normative vigenti (corsi ECM).

Il personale addetto è appositamente formato- informato in materia di gestione dei dati e nel rispetto della normativa vigente

Le necessità di formazione e addestramento di ogni persona sono completate con considerazioni attinenti agli elementi che determinano la sua motivazione ad assumere un ruolo consapevole nel raggiungimento degli obiettivi. In particolare, è importante che ogni persona capisca i propri compiti ed i propri obiettivi, capisca lo scopo del proprio lavoro e il modo con cui questo influenza la qualità del servizio finale, conosca in quale misura i propri risultati hanno raggiunto gli obiettivi.

A fronte delle necessità individuate, i Responsabili di Settore, in collaborazione con il Direttore Sanitario e/o il Direttore Amministrativo definiscono e tengono aggiornato un "Piano di formazione e d'addestramento".

Il Piano di formazione e di addestramento è approvato dal Presidente/Direttore Generale, Direttore Sanitario e/o dal Direttore Amministrativo.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

La verifica dell'efficacia di ogni intervento formativo avviene sulla base dei risultati di test/esami svolti a fine corso, o su un giudizio, da parte del responsabile superiore, su quanto l'intervento ha risolto le necessità che l'hanno determinato, oppure, nel caso dei corsi ECM, su una valutazione dell'operatore che si basa su criteri quali: regolare svolgimento di tutti i corsi ECM pianificati, numero di punteggi acquisiti, l'attinenza dei corsi effettuati al lavoro svolto in Assohandicap, ecc. La verifica dell'efficacia degli interventi formativi svolti è registrata sulla modulistica relativa alla valutazione annuale delle prestazioni del personale.

I partecipanti registrano gli interventi di formazione e d'addestramento svolti su apposita modulistica e provvedono ad aggiornare i propri curricula professionali; la documentazione aggiornata è consegnata al Referente Gestione Risorse umane.

Il Presidente/Direttore Generale e/o il Direttore Sanitario e/o il Direttore Amministrativo, sulla base degli obiettivi generali e degli obiettivi posti sugli indicatori dei processi, attribuiscono ad ogni ruolo o persona degli obiettivi particolari annuali (vedere 5.4.1).

Ogni persona è valutata annualmente sulla base dei risultati ottenuti, considerando principalmente il raggiungimento degli obiettivi particolari loro assegnati, e sulla base della capacità dimostrata (abilità) e dei comportamenti (fra cui il rapporto con l'Utente). La valutazione è svolta dal Responsabile di Settore, unitamente al Coordinatore di Settore, e portata all'attenzione del Direttore Sanitario e/o il Direttore Amministrativo e al Presidente/Direttore Generale che in base ai criteri stabiliti definisce ed attua le forme di premiazione previste.

## 6.3 INFRASTRUTTURE

### 6.3.1 EDIFICIO ED AREE

Le strutture del Centro risultano idonee per lo svolgimento delle attività e per garantire la conformità ai requisiti dei servizi forniti.

L'edificio e le strutture interne rispettano le normative relative alla sicurezza dei lavoratori e degli utenti (D.Lgs 81/08).

### 6.3.2 MAGAZZINI

L'Associazione ha un magazzino di materiali di consumo presente presso la sede Amministrativa e gestito dal Referente Ufficio Supporto Logistico. Le attrezzature ed apparecchiature di processo sono presenti presso i locali dove sono utilizzate.

I materiali sono conservati in luoghi idonei a preservare da eventuali danni e opportunamente identificati (vedi 7.5.5). Per la gestione del magazzino vedi PG 05 "Approvvigionamento e gestione magazzino".

### 6.3.3 ARCHIVI

Presso il Settore Amministrativo sono presenti archivi, quali: un archivio con la documentazione dei fornitori, un archivio con i documenti commerciali e la contabilità dei clienti e dei fornitori, un archivio con i documenti relativi al personale dipendente e collaboratori, un archivio con i documenti del SGQ ed un archivio con le leggi e normative.

Presso la Segreteria è presente un archivio con la documentazione degli utenti (Schede Utenti, impegnative mediche, ecc), un archivio con le richieste di inserimento e mantenimento in Lista d'attesa, un archivio con gli accessi svolti dagli operatori e dagli utenti, ecc. Presso ciascun Settore (Semiresidenziale, Ambulatorio e Domiciliare) è presente un archivio contenente le Cartelle Cliniche in corso, un archivio contenente le Cartelle Cliniche chiuse, un archivio con i documenti del SGQ ed archivi con tutta la documentazione di pianificazione e registrazione dei processi (vedi PG 01,02,03) .

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

Questi archivi sono gestiti dagli incaricati designati. Gli archivi sono protetti e permettono una facile reperibilità dei documenti.

L'Associazione gestisce archivi cartacei e archivi informatici. Gli archivi ed i relativi responsabili sono indicati nelle relative procedure e nel DQ "Documenti del SGQ".

#### 6.3.4 APPARECCHIATURE DI PROCESSO

L'Associazione dispone e dove necessario provvede ad eventuali sostituzioni di apparecchiature sanitarie (es. elettroencefalografi, sfingomanometri), di strumenti di misura (es. termometri per misurare la temperatura dei cibi e dei frigoriferi) e di attrezzature (es. ausili per la deambulazione). Queste apparecchiature, strumenti di misura ed attrezzature sono inserite in apposito Elenco.

Le apparecchiature e le attrezzature la cui funzionalità può degradare nel tempo o con l'uso, sono soggette ad operazioni di manutenzione preventiva programmata per contribuire ad assicurare la costanza delle loro prestazioni. Tutte, in caso di guasto, sono soggette a manutenzione straordinaria (riparazione).

La manutenzione preventiva programmata è svolta da ditte specializzate o da personale interno opportunamente addestrato e di cui si è verificata la preparazione, secondo modalità operative indicate nei manuali d'uso delle apparecchiature.

La manutenzione straordinaria è svolta da ditte specializzate.

Ad ogni apparecchiatura e attrezzatura soggetta a manutenzione preventiva programmata è intestata una "Scheda Tecnica" nella quale sono registrati tutti i dati caratteristici dell'apparecchiatura, le operazioni di manutenzione programmata con la loro frequenza, il referente della manutenzione e le registrazioni degli interventi di manutenzione programmata e/o straordinaria effettuati.

#### 6.3.5 DISPOSITIVI DI MISURAZIONE

Per il controllo dei dispositivi di misurazione si rimanda al punto 7.6.

#### 6.3.6 SISTEMA INFORMATIVO

L'Associazione dispone del sistema informativo SPRING, per la gestione della contabilità, e di un sistema informativo GICAR, per l'inserimento in Lista d'attesa, per la gestione degli accessi e della Scheda Utente e per la fatturazione.

Per la gestione informatica dei dati vedere PG 08 "Gestione dei documenti e dei dati".

#### 6.3.7 SITO WEB

È a disposizione un sito Web per presentare al mondo esterno l'Associazione.

### 6.4 AMBIENTE DI LAVORO

L'Associazione è stata accreditata dal S.S.N per l'erogazione delle prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali, pertanto è in possesso dei requisiti ambientali necessari per la corretta esecuzione delle attività.

I locali e le attrezzature sono distribuiti in modo razionale per lo svolgimento efficace delle attività.

L'ambiente è accogliente e familiare per l'Utente ospite. Sono sviluppate attività di sostegno per il recupero e per l'integrazione, quali:

- a. promozione della qualità della vita;

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

- b. promozione della socializzazione;
- c. promozione della salute psicofisica dell'utente;
- d. promozione della formazione e/o dell'orientamento ed eventuale inserimento al lavoro.

Gli Utenti sono coinvolti nella gestione della quotidianità.

La zona in cui si trova la struttura garantisce una facile accessibilità dell'Utente ai servizi sociali esterni.

Le operazioni di pulizia e sanificazione dei locali del Centro sono svolte da personale dipendente o di cooperativa. La pulizia e sanificazione avviene con procedure consolidate, mediante l'utilizzo di prodotti idonei e previsti dalla normativa vigente.

L'utilizzo di tali prodotti avviene sulla base delle norme d'uso riportate sul prodotto stesso. Gli interventi di pulizia e sanificazione si svolgono con periodicità giornaliera o, quando necessario, anche più volte al giorno. Periodicamente ditte specializzate svolgono operazioni di derattizzazione e disinfestazione.

La struttura rispetta le leggi relative al superamento delle barriere architettoniche, alla sicurezza sui luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/08), al controllo degli alimenti ((Regolamento (CE) n. 852/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004)), alla tutela della privacy (L.196/2003).

Lo smaltimento dei rifiuti speciali è effettuato da una ditta specializzata.

Come previsto dal D.M.S. del 15 luglio 2003 n° 388, sono presenti in Assohandicap Cassette di Pronto Soccorso, le cui giacenze e scadenze sono controllate periodicamente (come indicato nell'Ordine di Servizio, Prot. N° 2/ D.S del 22.04.07, emesso dal Direttore Sanitario), il cui esito è registrato. Per maggiori dettagli vedere la PG 05 "Approvvigionamento e gestione magazzino".

L'ambiente di lavoro umano è basato su rapporti interpersonali amichevoli. Alle persone è lasciata autonomia decisionale nell'ambito delle responsabilità affidate. Il Presidente/Direttore Generale ha cura di utilizzare al meglio le potenzialità delle persone.

Tutte le persone, direttamente o indirettamente, sono a conoscenza dei problemi relativi all'erogazione del servizio ed ai rapporti con i Clienti/Utenti.

Tutti sono a conoscenza delle politiche e degli obiettivi generali dell'Associazione, oltre che dei propri (vedere 5.4.1).

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

## 7 REALIZZAZIONE DEI SERVIZI

### 7.1 PIANIFICAZIONE DELLA REALIZZAZIONE DEI SERVIZI

I processi di realizzazione dei servizi, presentati nel cap. 4.1 e nell'all. 3, sono i seguenti:

- Gestione Rapporti con i Clienti/Utenti.
- Ambulatorio.
- Semiresidenziale.
- Domiciliare.
- Approvvigionamento e gestione magazzino.

Fra questi, "Ambulatorio", "Semiresidenziale" e "Domiciliare" sono i processi d'erogazione dei servizi.

Per ogni processo sono stabiliti:

- gli indicatori d'efficacia e/o d'efficienza (vedere 8.2.3) e i relativi obiettivi, alcuni dei quali sono i fattori di qualità del servizio erogato percepiti dall'utente (vedere Carta dei Servizi);
- le attività del processo, i percorsi diagnostico-terapeutici, le risorse utilizzate e i documenti di riferimento (vedere nel seguito della sezione 7 del presente manuale);
- le verifiche e i monitoraggi sul servizio erogato e i relativi criteri d'accettazione (vedere 8.2.4);
- le registrazioni che forniscono evidenza che il processo e il servizio hanno soddisfatto i requisiti (vedere 8.2.3 e 8.2.4).

L'Associazione eroga prestazioni in regime d'accreditamento da parte del S.S.R, sulla base delle prescrizioni normative ricevute dal S.S.N stesso o dai suoi rappresentanti (ASL) e sulla base linee guida e protocolli diagnostici e terapeutici standardizzati e validati. Per questo motivo, lo "sviluppo del progetto riabilitativo" personalizzato di ciascun utente è trattato come pianificazione dell'erogazione del servizio (7.1) e non come progettazione, in accordo al documento Accredia RT04.

Gi indicatori di processo e di esito (efficacia dei trattamenti riabilitativi) permettono di valutare la corretta applicazione delle linee guida e dei protocolli e la loro efficacia. Sono attivi processi di miglioramento.

I risultati di queste attività sono considerati durante le riunioni d'equipe e durante il Riesame della Direzione.

Nell'ambito delle fasi d'erogazione del servizio, l'Associazione mette in atto, ove necessario, azioni finalizzate ad attuare il coordinamento e l'integrazione con gli altri servizi territoriali (ASL, comune, scuola, medico di famiglia); in particolare cura l'integrazione sociale dell'Utente (possibilità di svago, amicizie e relazioni di parentela, ecc.).

L'Associazione è aperta all'integrazione con il territorio, in particolare:

- incoraggia la partecipazione alla vita della comunità sociale;
- partecipa ad attività di confronto e di programmazione territoriale.

Per sottolineare la caratura scientifica del Centro vi sono i tirocini e le numerose ricerche universitarie che hanno prodotto risultati di sicura rilevanza, con forte impatto sulla programmazione riabilitativa del Centro.

### 7.2 PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE

Per approfondimenti, fare riferimento alla procedura PG04.

#### 7.2.1 DETERMINAZIONE DEI REQUISITI RELATIVI AL SERVIZIO

##### 7.2.1.1 ACCREDITAMENTO CON S.S.R.

I servizi offerti in accreditamento con il S.S.R. riguardano servizi sanitari riabilitativi erogati in regime non residenziale (Ambulatoriale, Domiciliare) e Semiresidenziale.

I requisiti sono indicati nel Decreto 424/06 e s.m.i.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

Nella D.G.R. 2591/2000 con la quale la Assohandicap è stata accreditata sperimentalmente è indicato il numero massimo di prestazioni giornaliere o il numero medio di posti disponibili. Nella DGR 583/2002 sono indicate le modalità operative per la trasmissione alla ASL e al SIAR del Progetto riabilitativo che specifici i particolari tipi di prestazione con il periodo di trattamento, gli impegni e i requisiti di cui l'Associazione deve assicurare il rispetto. La ASL effettua periodicamente accertamenti e verifiche attraverso l'Unità Clinica di Valutazione in merito all'attuazione da parte del Centro delle prestazioni erogate e ulteriori verifiche sull'idoneità della struttura, l'adeguatezza delle risorse umane e gli standard previsti.

### 7.2.1.2 CONVENZIONI CON I COMUNI

L'Assohandicap può stipulare convenzioni con i Comuni che riguardano essenzialmente i servizi sociali.

A seguito di richieste specifiche da parte dell'Utente, i Comuni, tramite gli Assistenti sociali, fanno richiesta scritta all'Assohandicap sulla necessità di servizi.

Il rapporto con i Comuni si consolida in una Convenzione che contiene i requisiti relativi al servizio da erogare.

### 7.2.1.3 CONTRATTO CON L'UTENTE

Le sorgenti d'informazione, per la definizione dei requisiti del servizio da fornire all'utente, sono le seguenti:

- elementi anamnestici e clinici rilevati dai Medici responsabili dei Settori interessati,
- elementi rilevati dal medico curante,
- requisiti esplicitamente richiesti dall'Utente o dalla famiglia,
- requisiti inclusi nei regolamenti del SSN e ASL.

Nella Carta dei Servizi l'Assohandicap dichiara e specifica quanto è in grado di realizzare e quanto è tenuto a rispettare nell'erogazione delle prestazioni. In altre parole, la Carta dei Servizi rappresenta "l'offerta" che Assohandicap propone all'utente.

## 7.2.2 RIESAME DEI REQUISITI RELATIVI AI SERVIZI

Per quanto riguarda il Cliente ASL, il Presidente/Direttore Generale riesamina il contratto con la ASL sia per verificare la coerenza con la Proposta presentata sia per valutare l'effettiva capacità dell'Associazione a garantire il rispetto dei requisiti indicati sulla stessa, in termini di posti disponibili, di personale (presenza e competenze necessarie) e di apparecchiature da impiegare; tale riesame è svolto in collaborazione con il Direttore Amministrativo e con il Direttore Sanitario. La firma del Presidente/Direttore Generale sul Contratto è l'evidenza del risultato del riesame.

Per quanto riguarda il Cliente Comune, il Presidente/Direttore Generale effettua unitamente al Direttore Amministrativo, prima di emettere o accettare la Convenzione, un riesame per valutare l'effettiva capacità da parte dell'Associazione di erogare il servizio richiesto in termini di disponibilità dei posti, personale ed attrezzature. La firma del Presidente/Direttore Generale sulla Convenzione è l'evidenza del risultato del riesame.

Per quanto riguarda gli Utenti, il riesame dei requisiti relativi al servizio da fornire al singolo utente avviene durante i seguenti momenti:

- Inserimento nella Lista d'attesa: L'utente che necessita di terapia riabilitativa si rivolge alla Segreteria e fa richiesta di inserimento in Lista d'attesa, compilando apposita modulistica. La Segreteria verifica che tale richiesta abbia per oggetto un qualunque trattamento riabilitativo tra quelli di competenza dell'Associazione. Il Medico Responsabile di Settore esprime il suo parere tecnico-sanitario per l'inserimento in Lista d'attesa il cui esito è registrato.
- Aggiornamento della Lista d'attesa: L'inserimento dell'utente in Lista d'attesa è limitato a un periodo di tempo di 1 anno, scaduto il quale l'utente deve richiedere il mantenimento in Lista d'attesa compilando apposita modulistica e presentando eventuale documentazione sanitaria aggiornata.
- Individuazione nella Lista d'attesa degli utenti da sottoporre a trattamento: l'individuazione dell'utente dalla Lista d'attesa è svolta dai Medici Responsabili di Settore, considerando criteri diversi a seconda del Settore di pertinenza (vedi PG 01,02,03).

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

- Presa in carico dell'utente: la presa in carico dell'utente avviene dopo aver svolto visite o colloqui con l'utente, dopo aver valutato le sue disabilità, attraverso opportuni Test di valutazione standardizzati, e dopo aver valutato l'effettiva capacità dell'Associazione di soddisfare i bisogni individuati. La firma del Medico Responsabile di Settore sul Progetto Riabilitativo e sulla Scheda Utente è l'evidenza del risultato del riesame (vedi PG 01,02,03).
- Consegna della richiesta medica: l'utente preso in carico consegna l'impegnativa del medico curante o di altra figura specialistica alla Segreteria che verifica la correttezza della stessa. L'archiviazione dell'impegnativa unitamente alla Scheda Utente attesta l'avvenuto riesame.

### 7.2.3 COMUNICAZIONE CON IL CLIENTE

Per il Cliente "ASL" il canale di comunicazione è rappresentato, per gli aspetti amministrativi riguardanti le Richieste e stipule di nuove Convenzioni, dal Presidente/Direttore Generale e dal Direttore Amministrativo, per gli aspetti amministrativi riguardanti i rinnovi ed aggiornamenti di vecchie Convenzioni, dal Responsabile Settore Amministrativo e, per gli aspetti relativi alle attività riabilitative erogate dalla Segreteria. Per gli aspetti sanitari il canale di comunicazione è rappresentato dal Direttore Sanitario.

Per gli Utenti, ossia per i disabili e le loro famiglie, la comunicazione è gestita:

- dalla Segreteria, per le accettazioni, i chiarimenti, i quesiti inerenti l'accesso alle prestazioni erogate;
- dai Medici Responsabili di Settore o altri operatori coinvolti nel Progetto Riabilitativo, per quanto concerne chiarimenti o quesiti inerenti i trattamenti effettuati;
- dal Medico Responsabile di Settore e/o Coordinatore di Settore, per quanto attiene ai reclami, segnalazioni dell'utente e questionari di soddisfazione;
- attraverso la distribuzione della Carta dei Servizi, per quanto riguarda servizi offerti, standard di qualità, impegni e programmi;
- dal Coordinatore di Settore, per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, gli aspetti relativi all'accoglienza e attraverso la distribuzione del Regolamento Interno;
- da tutto personale a diretto contatto con l'Utente, per quanto riguarda gli aspetti relativi alle prestazioni erogate;

La Carta dei Servizi contiene informazioni sui servizi offerti dall'Associazione, sulle modalità di accesso e fruizione delle prestazioni e sugli standard di qualità del servizio.

La Carta dei Servizi è un documento dinamico, soggetto a verifica e a miglioramento. Annualmente è analizzata dal Comitato Direzione Qualità che verifica il rispetto degli standard definiti e propone iniziative per migliorare i fattori di qualità dei servizi offerti, definendo eventualmente nuovi indicatori ed eventualmente nuovi standard.

Un altro canale di comunicazione è costituito da interviste, questionari, reclami. Queste informazioni sono gestite all'interno in modo formale.

La persona che riceve reclami o segnalazioni da parte degli Utenti registra il reclamo/segnalazione sul modulo predisposto e attiva, unitamente al Coordinatore del Settore ed al Responsabile di Settore, le azioni necessarie per la soluzione dell'inconveniente emerso.

Per il dettaglio delle attività e delle responsabilità relative alla gestione dei reclami si rimanda al cap. 8.3 del presente MQ ed alla Procedura PG07 "Controllo e miglioramento del SGQ".

Comunicazioni scritte sono messe a disposizione del pubblico mediante affissione nei luoghi d'accesso al servizio.

L'Associazione mette a disposizione degli Utenti un giornale dal titolo "Amico 2000", con uscita annuale, in cui sono indicate le attività svolte dall'Associazione, gli avvenimenti accaduti, le iniziative dell'Associazione, i progetti realizzati o in corso di realizzazione, le interviste fatte, ecc.

È a disposizione un sito Web per presentare al mondo esterno l'Associazione.

Tutto il materiale informativo e pubblicitario è riesaminato dal Direttore Sanitario e dal Presidente/Direttore Generale per assicurare correttezza ed adeguatezza.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

L'Associazione, inoltre, partecipa a trasmissioni televisive e interviene in convegni, mostre e manifestazioni organizzati dalla Regione, dai Comuni.

## 7.3 PROGETTAZIONE E SVILUPPO

Il Requisito normativo 7.3 è stato escluso, come motivato al cap. 2.3 "Esclusioni" del presente Manuale.

## 7.4 APPROVVIGIONAMENTO

### 7.4.1 PROCESSO D'APPROVVIGIONAMENTO

I prodotti ed i servizi acquistati che hanno influenza sulla qualità dei servizi che Assohandicap fornisce, sono riconducibili alle seguenti tipologie:

- Materiale di consumo (es. materiali per pulizia e materiale parasanitario, prodotti chimici per l'igiene, materiale didattici) e materiali per la sicurezza (cassette per la sicurezza T.U. 81/08).
- Attrezzature (es. spalliere e supporti, ausili per la deambulazione, attrezzature varie per terapie).
- Servizi (es. manutenzione dell'ascensore, degli impianti, smaltimento rifiuti speciali, derattizzazione, disinfezione, consulenze, manutenzione PC, tarature/verifiche/manutenzioni apparecchiature).
- Apparecchiature e strumentazione medica e (es. elettroencefalografo, sfigmomanometri, termometri).
- Processo in outsourcing: trasporto disabili.
- Prestazioni professionali presso Assohandicap (medici, tecnici laureati, terapisti, personale amministrativo di cooperativa, personale di assistenza e di pulizia, prestazioni mediche specialistiche svolte da medici di strutture ospedaliere, tirocinanti pre e post laurea provenienti da strutture universitarie).

Per approfondimenti, fare riferimento alla procedura PG 05 "Approvvigionamento e gestione magazzino".

I fornitori di prestazioni professionali, che hanno un contratto di collaborazione con Assohandicap, sono gestiti come personale interno (vedi PG 06 "Gestione Risorse Umane").

#### a – Scelta dei prodotti/servizi

La scelta dei prodotti rilevanti per la qualità del servizio è basata sui seguenti criteri:

- ricerca di una migliore qualità del prodotto per un livello prezzi medio;
- prove di campionature del prodotto quando possibile e significativa;
- analisi della letteratura commerciale e partecipazione a mostre e fiere;
- per quanto riguarda le apparecchiature, scelta di modelli affermati sul mercato.

La scelta dei servizi coincide con quella dei fornitori, come indicata al successivo punto b.

#### b- Valutazione e qualifica iniziale dei fornitori

I fornitori scelti sono preventivamente qualificati ed inseriti nel "elenco fornitori qualificati".

Per essere inserito nell'elenco, un fornitore è soggetto ad una "valutazione iniziale". Se il fornitore fornisce l'Associazione da tempo in modo soddisfacente (fornitore storico), questa motivazione può sostituire la prima valutazione.

Per la valutazione iniziale dei fornitori, in assenza di dati storici, i criteri considerati sono:

- Presenza sul mercato consolidata e, per alcuni prodotti, rilevante.
- Competenza referenziata.
- Affidabilità di consegna.
- Prezzi.
- Esito positivo della visita di valutazione svolta al fornitore, laddove necessaria.



ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

Questi criteri pesano in modo diverso in dipendenza del tipo di servizio o servizio.

Il risultato della valutazione iniziale, o la motivazione di fornitore storico, è registrata.

Per i fornitori in outsourcing i criteri considerati sono:

- referenze circa attività simili già svolte in passato con successo;
- prezzi;
- capacità di adeguarsi alle procedure di Assohandicap pertinenti;
- definizione precisa degli aspetti contrattuali e delle responsabilità delle parti;
- rispetto dei requisiti di legge e presenza di autorizzazioni per operare;
- accettazione di ricevere audit di qualità da parte di Assohandicap.

La valutazione iniziale, laddove sia necessario, richiede una visita presso il fornitore svolta dal Direttore Generale e dal Direttore Sanitario.

### c – Valutazione periodica dei prodotti/servizi e de fornitori

In seguito all'inserimento nell'elenco, ogni fornitore è soggetto a "valutazioni periodiche", che possono confermare il suo mantenimento nell'elenco o ne determinano l'esclusione.

La periodicità delle valutazioni periodiche è normalmente annuale, ma può essere diversa in dipendenza della frequenza dell'acquisto.

Le valutazioni periodiche, svolte dal Direttore Generale, dal Referente Supporto Logistico, in collaborazione con le funzioni che hanno utilizzato il prodotto/servizio nel periodo considerato, si basano sui risultati registrati delle varie forniture e riguardano: le Non Conformità relative a difettosità o inadeguatezze dei prodotti/servizi, i reclami pervenuti attribuibili alla fornitura, la soddisfazione degli utenti, il livello di qualità dei prodotti/servizi forniti, e dell'assistenza fornita. Considerano, inoltre, l'esito delle verifiche ispettive svolte presso i locali del fornitore.

Per i fornitori del trasporto disabili (fornitori in outsourcing), il controllo avviene continuamente in quanto sui pulmini sono presenti operatori Assohandicap che costantemente monitorano il servizio offerto.

Nella valutazione di questi fornitori si considerano aspetti quali: non conformità rilevate durante l'erogazione del servizio e le azioni conseguenti, reclami pervenuti dagli utenti, esito delle verifiche svolte presso di loro, rispetto delle procedure e dei Regolamenti Assohandicap, evidenza di avvenuta manutenzione dei pulmini, evidenza dell'effettuazione dei controlli periodici delle giacenze dei presidi di pronto soccorso contenuti nei pacchetti di medicazione presenti sui pulmini.

Se una valutazione periodica non è positiva, l'Associazione chiede al fornitore azioni correttive e il fornitore resta nell'elenco in forma provvisoria. Se le azioni correttive sono fatte e sono risultate efficaci, è confermata la qualifica del fornitore. Se le azioni correttive non sono fatte o sono risultate inefficaci, il fornitore è escluso dall'elenco fornitori qualificati. Nel caso di fornitore unico, questo resta nell'elenco ma l'Associazione si attiva per trovare un'alternativa.

Le valutazioni periodiche sono registrate.

Per il dettaglio delle attività e delle responsabilità si rimanda alla procedura PG 05 "Approvvigionamento e gestione magazzino".

## 7.4.2 INFORMAZIONI PER L'APPROVVIGIONAMENTO

La fase d'acquisto inizia con una "Richiesta materiali " o "Richiesta di intervento tecnico" proveniente dai Responsabili/Coordinatori dei Settori richiedenti e inviata al Referente Ufficio supporto Logistico.

La richiesta d'acquisto contiene tutte le informazioni che precisano in modo inequivocabile il prodotto o il servizio.

A seguito della richiesta, Il Referente Supporto Logistico, se il materiale non è disponibile o nel caso di richiesta di intervento tecnico, prepara l'ordine di acquisto verso fornitori inseriti nell'elenco fornitori qualificati. L'acquisto attrezzature, di interventi tecnici e di materiali non presenti a magazzino di importo superiori ad un valore definito €

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

è preceduto dalla richiesta di preventivi a diversi fornitori che sono firmati, per approvazione dal Presidente/Direttore Generale.

L'ordine, oltre a identificare i prodotti da acquistare, contiene le date di consegna richieste, le clausole commerciali e, quando necessario, a seconda della tipologia del prodotto, riferimenti a procedure di esecuzione, qualificazione del personale utilizzato, requisiti di sistema di gestione per la qualità, specifiche dei controlli in accettazione.

La firma dell'ordine garantisce che i requisiti sono stati riesaminati per verificarne l'adeguatezza prima di inviare l'ordine al fornitore.

Per il dettaglio delle attività e delle responsabilità si rimanda alla procedura PG 05 "Approvvigionamento e gestione magazzino"

### 7.4.3 VERIFICA DEI PRODOTTI APPROVVIGIONATI

Tutti i prodotti acquistati sono controllati alla ricezione dal Referente Supporto Logistico, come coerenza fra bolla e ordine e integrità dell'imballo. Rientrano fra le non conformità di ricezione i ritardi di consegna.

I prodotti non conformi sono identificati, registrati, gestiti come definito nella PG 07 e accantonati nella zona di segregazione, in attesa del provvedimento preso.

Le ricezioni parziali determinano solleciti.

L'accettazione funzionale del prodotto avviene durante l'utilizzo del prodotto stesso ed è eseguita da chi utilizza il prodotto che comunica il risultato dell'accettazione al Referente Ufficio Supporto Logistico.

I servizi sono verificati sia durante la loro erogazione, specialmente i servizi dei processi in outsourcing (vedere 7.4.1) sia in relazione al risultato.

L'accettazione di un prodotto o servizio è registrata e condiziona il pagamento al fornitore.

Per il dettaglio delle attività e delle responsabilità si rimanda alla procedura PG 05 "Approvvigionamento e gestione magazzino"

## 7.5 PRODUZIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI

### 7.5.1 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE DEI SERVIZI

Le fasi in cui sono raggruppate le attività dei processi d'erogazione dei servizi (Ambulatorio, Semiresidenziale e Domiciliare) sono le seguenti:

- Ammissione e presa in carico dell'utente.
- Definizione e gestione del Progetto Riabilitativo.
- Definizione e gestione della Cartella Clinica.
- Trattamento.
- Dimissione.

Di seguito si descrivono gli elementi di queste fasi comuni ai diversi processi d'erogazione e gli elementi specifici di ogni processo. Per approfondimenti vedere PG 01 "Ambulatorio", PG 02 "Semiresidenziale", PG 03 "Domiciliare".

#### 7.5.1.1 ELEMENTI COMUNI DEI PROCESSI

##### 7.5.1.1.1 Ammissione e presa in carico dell'utente

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

L'utente che necessita di trattamento riabilitativo si rivolge alla Segreteria e fa richiesta di inserimento in Lista d'attesa, compilando apposita modulistica. Il Medico Responsabile di Settore esprime il suo parere tecnico-sanitario per l'inserimento definitivo in Lista d'attesa, il cui esito è registrato.

L'inserimento dell'utente in Lista d'attesa è limitato a un periodo di tempo di 1 anno, scaduto il quale l'utente deve richiedere il mantenimento in Lista d'attesa compilando apposita modulistica e presentando eventuale documentazione sanitaria aggiornata.

Quando si rende disponibile un inserimento, la scelta dell'utente dalla Lista d'attesa da parte dei Medici Responsabili di Settori, avviene secondo criteri indicati nelle relative procedure (PG 01, PG 02, PG 03).

Il Medico Responsabile di Settore svolge visite o colloqui con l'utente per raccogliere informazioni socio-ambientali, informazioni sulla attività riabilitativa pregressa dell'utente e tutte le altre informazioni cliniche utili per definire e condividere gli obiettivi dell'intervento.

Successivamente si svolgono delle valutazioni iniziali multidimensionali all'utente, al fine di valutare le sue disabilità e definire, quindi, un Progetto individualizzato sulla base dei bisogni individuati.

Nelle valutazioni multidimensionali, le caratteristiche di disabilità dell'Utente sono raccolte, documentate e analizzate secondo metodologie e strumenti standardizzati (Test di valutazione) e validati dal Medico Responsabile di Settore e dal Direttore Sanitario (vedi "Linee guida e riferimenti scientifici"). L'utilizzo di questi strumenti consente di poter in qualsiasi momento verificare le disabilità dell'utente, con criteri oggettivi e misurabili, di confrontare i risultati e monitorare nel tempo l'andamento terapeutico, oltre di poter garantire l'omogeneità degli interventi e dei comportamenti entro la struttura e la fruibilità della documentazione clinica per gli operatori sanitari coinvolti nel progetto riabilitativo.

La fase d'ammissione si conclude con la presa in carico dell'Utente nella struttura e con l'elaborazione del Progetto Riabilitativo individualizzato.

Qualora, invece, la fase d'ammissione non si concluda con la presa in carico dell'utente nella struttura, il Responsabile di Settore informa l'Utente e la famiglia sulle motivazioni che ne sconsigliano l'ingresso e, quando possibile, li orientano verso un altro servizio che possa soddisfare le specifiche esigenze.

#### 7.5.1.1.2 Definizione e gestione del Progetto Riabilitativo

Dopo la presa in carico dell'Utente, sulla base dei risultati ottenuti dalle valutazioni iniziali multidimensionali e dai bisogni individuati, l'equipe incaricata sviluppa un Progetto Riabilitativo individualizzato per definire le prestazioni da fornire, le attività, le modalità, i tempi e le risorse da mettere a disposizione per raggiungere gli obiettivi riabilitativi definiti nel Progetto; tali obiettivi riguardano la cura o riabilitazione, l'integrazione sociale, rispondendo alle esigenze dell'utente e potenziando le risorse personali di cui egli è dotato.

Il progetto riabilitativo individualizzato è definito sulla base:

- delle caratteristiche dell'utente, dei suoi bisogni e del suo contesto familiare e sociale;
- dei risultati che si vogliono ottenere;
- della capacità di risposta dell'Associazione in termini organizzativi.

L'Utente e la famiglia sono coinvolti nello sviluppo del progetto e nell'attuazione degli interventi.

Il progetto individualizzato comprende:

- le attività e caratteristiche per tipo di intervento;
- gli obiettivi a medio e lungo termine;
- gli strumenti e i metodi di intervento;
- i tempi di realizzazione e la frequenza degli interventi;
- gli operatori incaricati di seguire l'utente;
- le modalità di verifica;
- le procedure e i tempi per le modifiche in itinere;
- le modalità di informazione e di coinvolgimento della famiglia.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

Il Progetto include:

- le attività riabilitative;
- le attività educative indirizzate all'autonomia personale e all'acquisizione e/o mantenimento delle capacità comportamentali, cognitive ed affettivo-relazionali;
- le attività di socializzazione;
- le attività occupazionali.

Il Progetto Riabilitativo, indicato in Cartella Clinica, è firmato dal Medico Responsabile di Settore, dagli operatori coinvolti nell'attuazione del Progetto e dalla famiglia dell'utente che firma anche il Consenso Informato al trattamento.

Tutta la documentazione sanitaria prodotta durante la durata del Progetto è riportata in Cartella Clinica.

La valutazione dei risultati riabilitativi ottenuti dall'utente avviene attraverso l'utilizzo di Test di valutazione, diversi a seconda delle specifiche disabilità e delle aree di intervento, in cui sono esplicitati i criteri sulla base dei quali si valutano le disabilità, consentendo di valutare i risultati raggiunti, monitorare l'andamento del recupero e/o le modificazioni delle disabilità e gli effetti dell'intervento riguardo alla situazione iniziale e agli obiettivi che erano stati fissati. Nelle valutazioni periodiche si utilizzano gli stessi Test utilizzati per le valutazioni iniziali.

I risultati delle valutazioni svolte, insieme con eventuali nuove informazioni raccolte, sono utilizzati per ridefinire il progetto riabilitativo e le procedure interne adottate e, se necessario od opportuno, per modificare gli obiettivi dell'intervento.

L'equipe incaricata svolge periodicamente delle analisi o riesami del Progetto Riabilitativo, in apposite riunioni d'equipe, documentate, per verificare quanto gli obiettivi definiti sono stati raggiunti.

Le riunioni d'equipe si svolgono allo scopo di :

- elaborare il progetto riabilitativo individuale;
- definire, nelle linee generali, gli obiettivi del trattamento;
- programmare le azioni e determinare le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
- verificare periodicamente la validità degli interventi programmati e valutare i risultati ottenuti;
- discutere su eventuali problemi riscontrati o posti dall'utente. e per definire eventuali interventi di supporto ai soggetti fragili
- individuare condizioni cliniche che possono determinare situazioni critiche per il paziente
- Assicurare la condivisione delle informazioni sui trattamenti e sullo stato del paziente

Si effettuano anche delle riunioni di micro-equipe tra il personale tecnico coinvolto nel Progetto allo scopo di organizzare e programmare il lavoro riabilitativo da svolgere, di monitorare l'andamento delle terapie, di ottimizzare le strategie d'intervento e realizzare un'utile scambio informativo.

I risultati raggiunti sono riportati in Cartella Clinica e condivisi con i familiari dell'utente.

I servizi erogati e le modalità di erogazione degli stessi sono documentate in apposite procedure (vedi PG 01 "Ambulatorio", PG 02 "Semiresidenziale", PG 03 "Domiciliare"), per garantire l'applicazione sistematica ed omogenea delle modalità operative, e registrate, per garantire che le modalità seguite abbiano rispettato quanto definito. Nel documento DQ "Documenti del SGQ" sono indicate tutte le registrazioni da produrre durante l'erogazione dei servizi.

Alla chiusura del Progetto riabilitativo, si analizzano le disabilità a fine intervento, i risultati delle valutazioni effettuate, gli obiettivi raggiunti con la decisione di interrompere o proseguire il trattamento.

#### 7.5.1.1.3 Definizione e gestione della Cartella Clinica

Per ciascun utente preso in carico, il Medico Responsabile di Settore apre una Cartella Clinica. La Cartella Clinica riporta le seguenti informazioni:

- a. i dati anagrafici;

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

- b. i dati anamnestici, sociali e sanitari;
- c. i risultati dell'inquadrimento multidimensionale;
- d. il progetto riabilitativo e il percorso individuato;
- e. i dati sugli interventi sanitari e socio-sanitari fruiti, sia all'interno sia all'esterno della struttura, che sono funzionali al progetto riabilitativo individualizzato;
- f. i risultati dei periodici controlli e valutazioni svolte all'utente "in itinere";
- g. l'esito delle riunioni d'equipe;
- h. la registrazione degli interventi svolti dagli operatori coinvolti nel Progetto Riabilitativo;
- i. i risultati della verifica finale;
- j. chiusura del progetto riabilitativo.

Le modalità di identificazione, compilazione, archiviazione, protezione, reperibilità delle Cartelle Cliniche sono trattate nelle rispettive procedure gestionali (PG 01, PG 02, PG 03).

Le Cartelle Cliniche sono conservate in appositi archivi chiusi a chiave e solo le persone autorizzate possono accedere. Chiunque prelevi dall'archivio una Cartella Clinica o un documento in essa contenuto e lo porti in posto diverso dall'archivio registra sul apposita modulistica il suo nominativo, la data e l'ora di prelievo o di consegna ed è tenuto a riportarla nell'apposito archivio entro la fine dell'orario di lavoro.

Alla chiusura del progetto riabilitativo, il Medico Responsabile di Settore chiude la Cartella Clinica e, in base alle disabilità a fine intervento, ai risultati delle valutazioni effettuate ed agli obiettivi raggiunti, decide di interrompere o proseguire il trattamento.

Copia della Cartella Clinica può essere consegnata alla famiglia dell'utente su sua richiesta, firmata dal Medico Responsabile di Settore su ogni sua pagina. Essendo la Cartella Clinica un dato sensibile, secondo quanto prescritto dalla legge sulla privacy, il ritiro della stessa può essere effettuato dalla famiglia dell'utente stesso o da persone da essa delegate muniti di delega e di documento di riconoscimento.

#### 7.5.1.1.4 Trattamento

Il trattamento segue il Progetto Riabilitativo definito. È previsto un processo di sviluppo progressivo del trattamento congruente con i bisogni dell'Utente.

Gli Operatori della Riabilitazione svolgono i trattamenti riabilitativi sulla base di metodi standardizzati, linee guida e protocolli consolidati e validati dal Medico Responsabile di Settore e dal Direttore Sanitario (vedi Elenco linee guida e riferimenti scientifici).

Tutti gli accessi e gli interventi effettuati sono registrati dagli operatori.

Si svolgono incontri periodici per la programmazione, il coordinamento e la verifica degli interventi definiti tra il Medico Responsabile di Settore, gli operatori coinvolti nell'attuazione del Progetto e, se necessario, anche gli specialisti.

Si svolgono incontri iniziali e successivamente periodici con i familiari dell'utente per informarli circa l'andamento terapeutico dell'utente e per fornire agli stessi anche un sostegno psicologico e un supporto informativo per la gestione dell'utente stesso.

Inoltre, per gli utenti in età scolare, si svolgono incontri periodici con la scuola e con la ASL di appartenenza dell'utente.

L'Associazione attua azioni volte alla promozione e alla programmazione della vita di relazione e/o attività di socializzazione all'interno del gruppo, in modo da garantire la più ampia integrazione sociale (studio, lavoro e tempo libero). Inoltre, pone particolare attenzione alla continuità delle relazioni umane tra l'Utente e il nucleo di provenienza.

L'Assohandicap offre agli utenti attività o interventi aggiuntivi rispetto a quelli previsti dalla normativa vigente, a conferma della forte attenzione all'Utente e del suo impegno a migliorare la soddisfazione dell'utente stesso.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

#### 7.5.1.1.5 Dimissione

L'avvio della fase di dimissione, salvo circostanze indipendenti dalla volontà degli Operatori Sanitari (quali manifesta volontà dell'Utente e/o dei familiari, ecc.) è subordinata al documentato raggiungimento degli obiettivi definiti nel progetto riabilitativo o al reale decadere delle condizioni necessarie per la realizzazione/proseguimento del progetto individualizzato.

Le dimissioni dell'utente, riportate in Cartella Clinica, sono firmate dal Medico Responsabile di Settore, dagli operatori responsabili e dalla famiglia dell'utente.

In caso di dimissione si rilascia opportuna documentazione in cui si esplicitano:

- lo stato di salute del paziente
- i trattamenti effettuati

#### 7.5.1.1.6 Flusso informativo con le Autorità Sanitarie Pubbliche

Il flusso informativo con le Autorità Sanitarie Pubbliche avviene attraverso la compilazione e l'invio, da parte della Segreteria, della "Scheda Utente", predisposta dalla Regione, e attraverso l'inserimento dei dati in essa contenuti nel sistema informativo SIAR (Sistema Informativo per l'Assistenza Riabilitativa). La Scheda Utente, relativa al Progetto riabilitativo in corso, è firmata dal Medico Responsabile di Settore e dalla famiglia dell'utente ed inviata alla ASL all'inizio, a metà ed alla fine del Progetto riabilitativo (per maggiori dettagli vedi PG 04 "Gestione Rapporti con i Clienti/Utenti).

Annualmente è inviata alla ASL una rendicontazione sui dati di struttura, di personale e sui dati relativi al numero di utenti assistiti e di accessi erogati nei diversi Settori (MODULO RIA11).

### 7.5.1.2 ELEMENTI SPECIFICI DEL PROCESSO AMBULATORIO

Il processo Ambulatorio si svolge in regime non residenziale ed è rivolto prevalentemente ad utenti in età evolutiva. I trattamenti riabilitativi consistono in:

- riabilitazione logopedica,
- riabilitazione neuromotoria,
- riabilitazione psicomotoria,
- riabilitazione cognitiva/neuropsicologica,
- intervento educativo,
- terapia psicologica,
- terapia ortottica.

Il settore si articola in tre Servizi:

1. Servizio di valutazione e terapia logopedica-cognitiva-neuropsicologica,
2. Servizio di valutazione e terapia neuro-psico-motoria,
3. Servizio di valutazione e terapia psicologica.

L'ottica multidisciplinare con cui è organizzato permette di rispondere alle richieste di intervento riabilitativo su tutte le patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva: problemi motori, problemi relazionali, problemi cognitivi, problemi neuropsicologici e neurosensoriali.

Ha come referenti i genitori del bambino e tutte le persone che con lui vengono in contatto: operatori sociali e sanitari, educatori, insegnanti, ecc. Il costante rapporto con la scuola, in ottemperanza a quanto previsto dalla legge 104/92, ha lo scopo di coadiuvare gli insegnanti nell'elaborazione di un piano educativo individualizzato, sulla base di una diagnosi funzionale che preveda l'individuazione delle difficoltà e le relative conseguenze sui processi di apprendimento e che segnali anche le potenziali risorse del bambino in relazione ai diversi aspetti: cognitivo, psicomotorio, emotivo-affettivo.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

Il flusso delle attività principali del processo è rappresentato nell'allegato 6, in cui sono riportate le interazioni con gli altri processi di erogazione dei servizi.

Le autorità e responsabilità dei ruoli coinvolti nel processo sono indicate nella procedura PG 01 "Ambulatorio" e nella procedura PG 10 "Organizzazione". In particolare i ruoli includono le seguenti competenze professionali, come richiesto dal Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n° 15 del 30 maggio 2002, supplemento ordinario n° 7, e suoi aggiornamenti, quali:

- Neuropsichiatria infantile.
- Psicologo clinico.
- Logopedista.
- Terapista della neuro e psicomotricità in età evolutiva.
- Fisioterapista.
- Medici specialisti (fisiatra, neurologo, dermatologo).
- Educatore professionale.
- Ortottista.

Il responsabile del processo è il Medico Responsabile di Settore, con qualifica di neuropsichiatria infantile, che ha l'autorità di fare o di coordinare le azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi. Il Medico Responsabile di Settore è coadiuvato dal Medico Responsabile di Progetto.

Per erogare il servizio sono presenti strutture, apparecchiature e attrezzature adeguate (vedere § 6.3.4 - § 7.6).

Per approfondimenti vedere la Procedura Gestionale PG01 "Ambulatorio" che richiama gli altri documenti prescrittivi e le registrazioni della qualità pertinenti.

### 7.5.1.3 ELEMENTI SPECIFICI DEL PROCESSO SEMIRESIDENZIALE

Il processo Semiresidenziale si svolge in regime semiresidenziale ed è rivolto ad utenti adulti, con disabilità medio-gravi.

Le attività tipiche di questo processo sono:

- riabilitazione motoria,
- psicomotricità,
- trattamento neuro-cognitivo (procedure di assessment),
- musicoterapia,
- terapia ortottica,
- terapia psicologica,
- trattamento cognitivo-comportamentale (abilità cognitive di base e superiori),
- attività occupazionali (ceramica, pittura, cartotecnica, ortovivaistica).
- attività educative (autonomia personale, cura e pulizia della persona, indipendenza, attività domestiche, attività di socializzazione e di animazione con finalità di integrazione sociale).

L'attività riabilitativa investe numerose aree di sviluppo delle capacità, abilità e competenze, quali: area motoria, area cognitiva, area della comunicazione, area psicomotoria, area senso percettiva, area delle autonomie personali, area delle autonomie sociali.

I risultati riabilitativi vengono periodicamente valutati mediante incontri ad hoc ai quali partecipano di volta in volta i consulenti e gli operatori interessati al caso specifico. Particolare rilievo è stato accordato al coinvolgimento dei genitori, attuato mediante colloqui, incontri di formazione e di aggiornamento annuale per quanto concerne l'evoluzione dei loro figli.

Il Centro fornisce anche il servizio di trasporto dei disabili affidato alla cooperativa "Sorriso per tutti".

Gli utenti del Settore Semiresidenziale usufruiscono del servizio mensa, fornito da una ditta specializzata, i cui cibi in entrata vengono giornalmente controllati registrandone l'esito. La dieta è prestabilita e concordata con il

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

Medico Responsabile di Settore che richiede eventuali variazioni della stessa in rapporto alle esigenze degli utenti.

I farmaci somministrati agli utenti e consegnati dagli stessi, sono valutati dal Medico Responsabile di Settore e registrati su apposita modulistica, in cui si annota il nome del farmaco, il dosaggio da somministrare, l'orario di somministrazione, la data di consegna da parte della famiglia e la scadenza del farmaco. Tale modulistica, ogni qualvolta viene consegnato il farmaco, è firmata dal Medico Responsabile di Settore e dalla famiglia dell'utente per autorizzazione alla somministrazione.

I farmaci sono conservati in armadietto farmaceutico, accessibile solo alle persone autorizzate, le cui giacenze e scadenze sono controllate periodicamente dal Medico Responsabile di Settore.

In questo armadietto, oltre ad essere conservati i farmaci in uso per la terapia corrente riservata agli utenti, sono conservati anche farmaci, il materiale sanitario e la strumentazione da utilizzare per interventi di pronto soccorso (elencati nell'allegato n° 3 dell'Ordine di Servizio emesso dal Direttore Sanitario - prot. N° 2/D.S. del 22.04.07)

Il flusso delle attività principali del processo è rappresentato nell'allegato 7.

Le autorità e responsabilità dei ruoli coinvolti nel processo sono indicate nella procedura PG 02 "Semiresidenziale" e nella procedura PG 10 "Organizzazione". In particolare i ruoli includono le seguenti competenze professionali, come richiesto dal Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n° 15 del 30 maggio 2002, supplemento ordinario n° 7, e suoi aggiornamenti, quali:

- neuropsichiatra,
- psicologo con competenze educative, psicopedagogiche e cliniche,
- fisiatra,
- ortottista,
- educatori professionali,
- terapisti della riabilitazione,
- musicoterapista;
- maestro d'arte;
- operatori socio-sanitari (OSS).

Il responsabile del processo è il Medico Responsabile di Settore, con qualifica di neuropsichiatria, che ha l'autorità di fare o di coordinare le azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi.

Per erogare il servizio sono presenti strutture, apparecchiature e attrezzature adeguate (vedere e § 6.3.4 - § 7.6).

Vengono effettuate consulenze medico specialistiche neurologiche, fisiatriche e dermatologiche.

Il flusso delle attività principali del processo è rappresentato nell'allegato 7, in cui sono riportate le interazioni con gli altri processi di realizzazione.

Per approfondimenti vedere la Procedura Gestionale PG02 "Semiresidenziale" che richiama gli altri documenti prescrittivi e le registrazioni della qualità pertinenti.

Gli utenti del Semiresidenziale, durante i mesi estivi, fruiscono del servizio di "Soggiorno climatico" presso la località balneare di Torvaianica. Le terapie e le attività svolte nel Soggiorno climatico sono quelle previste dal Progetto Riabilitativo in corso, con particolare attenzione agli aspetti di integrazione sociale, all'esperienza con l'esterno e all'approfondimento di aree di trattamento relative all'aspetto motorio e cognitivo-educativo.

#### 7.5.1.4 ELEMENTI SPECIFICI DEL PROCESSO DOMICILIARE

Il processo Domiciliare è rivolto ad utenti adulti o in età evolutiva assistiti in regime non-residenziale domiciliare, con modalità di intervento assistenziale estensivo e di mantenimento, ed impegno riabilitativo lieve-medio-elevato.

Le attività tipiche di questo processo sono:

- riabilitazione motoria,



ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

- logopedia,
- terapia psicologica.

Il Servizio ricopre il territorio dei castelli Romani ed è coordinato dal Medico Responsabile di Settore, con qualifica di Medico fisiatra, e da un assistente fisiatra, che visitano gli utenti periodicamente e, insieme ai terapisti, concordano il progetto riabilitativo di ogni singolo utente.

Il flusso delle attività principali del processo sono rappresentate nei diagrammi di flusso dell'allegato 8, in cui sono riportate le interazioni con gli altri processi di realizzazione.

Per approfondimenti vedere la Procedura Gestionale PG03 "Domiciliare" che richiama gli altri documenti prescrittivi e le registrazioni della qualità pertinenti.

Le autorità e responsabilità dei ruoli coinvolti nel processo sono indicate nella procedura PG 03 "Domiciliare" e nella procedura PG 10 "Organizzazione". In particolare i ruoli includono le seguenti competenze professionali, come richiesto dal Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n° 15 del 30 maggio 2002, supplemento ordinario n° 7, e suoi aggiornamenti, quali:

- fisiatra,
- psicologo,
- fisioterapisti,
- logopedisti.

Il responsabile del processo è il Medico Responsabile di Settore, con qualifica di Medico fisiatra, che ha l'autorità di fare o di coordinare le azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi.

## 7.5.2 VALIDAZIONE DEI PROCESSI DI EROGAZIONE DEI SERVIZI

I processi di erogazione dei diversi trattamenti sono validati da anni d'esperienza nel campo.

La capacità di questi processi è assicurata da

- competenza del personale;
- attrezzature ed apparecchiature professionali;
- metodi e protocolli consolidati;
- registrazione e controllo dei risultati;
- prescrizioni normative ricevute dal S.S.N stesso o dai suoi rappresentanti (ASL);
- infrastrutture adeguate per lo scopo;
- controlli periodici delle ASL.

Ogni processo d'erogazione dei servizi è formalmente rivalidato periodicamente nelle riunioni del Comitato Direzione Qualità.

## 7.5.3 IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ

L'identificazione e, quando necessaria, la rintracciabilità avvengono nel seguente modo:

1. La documentazione sanitaria, prodotta dall'Associazione a partire dalla prima fase di contatto con l'Utente fino alle dimissioni, è identificata attraverso i dati anagrafici dell'Utente che consentono, anche, la rintracciabilità. Tale documentazione è conservata nella Cartella Clinica di ciascun Utente.
2. Le Cartelle Cliniche sono identificate dal nome dell'utente, da un numero progressivo e dall'anno.
3. Le Schede Utenti sono identificate da un codice oltre che dal nome dell'Utente.
4. Le prestazioni erogate sono identificate dalla registrazione dei singoli interventi, con data e firma dell'operatore.
5. I farmaci mantengono l'identificazione originaria. I farmaci di struttura ed i farmaci portati dall'utente sono registrati in apposito elenco. Quelli portati dall'Utente, per la somministrazione relativa alla terapia

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

corrente riservata agli utenti, hanno indicato sulla confezione originale il nome dell'Utente che dovrà assumerlo. La somministrazione quotidiana dei farmaci è registrata.

6. Le apparecchiature e gli strumenti di misura presenti sono identificate dal numero di matricola attribuito dalla casa costruttrice e da un numero d'inventario.
7. Lo stato dei controlli delle disabilità dell'utente è indicato nelle Schede di Valutazione funzionale e nei verbali di riunione d'equipe, conservati in Cartella Clinica.

Per ulteriori dettagli vedere PG 01-02-03-09.

#### 7.5.4 PROPRIETÀ DEL CLIENTE

Tutte le informazioni che riguardano l'Utente sono tenute riservate, come richiesto dal D. Lgs. 30-06-2003 n° 196.

La gestione della documentazione sanitaria dell'Utente avviene nel rispetto delle prescrizioni di legge.

L'Associazione non conserva referti originali o altra documentazione sanitaria dell'Utente. Se necessario, l'Associazione trattiene una copia di tale documentazione che la conserva nella Cartella Clinica.

I farmaci, consegnati dall'utente, per la terapia corrente, sono identificati, protetti, salvaguardati, conservati in ambiente idoneo e controllati come giacenza e scadenza (per maggiori dettagli vedere la PG 02 "Semiresidenziale").

Ogni oggetto portato da casa dall'Utente è custodito e protetto.

Qualora le proprietà dell'Utente siano perse, danneggiate o siano riscontrate inadeguatezze d'utilizzazione, ciò è comunicato al Coordinatore di Settore che provvede, unitamente al Medico Responsabile di Settore, alla registrazione e gestione dell'evento, dandone comunicazione all'Utente.

#### 7.5.5 CONSERVAZIONE DEI PRODOTTI

Per la conservazione dei farmaci, materiali e attrezzature utilizzate per l'erogazione dei servizi (materiale per terapie, ausili, farmaci, materiale di consumo) l'Associazione assicura:

- adeguata identificazione;
- posizionamento in luoghi idonei a preservare da eventuali danni (chi utilizza tali materiali e attrezzature ne controlla la conformità sia prima dell'utilizzo sia successivamente prima di riporli negli spazi dedicati);
- i farmaci sono conservati in apposito armadietto accessibile solo alle persone autorizzate, le cui scadenze e giacenze sono controllate periodicamente dal Medico Responsabile del Settore Semiresidenziale.
- le Casette di Pronto Soccorso sono collocate in ambienti idonei, le cui giacenze e scadenze sono controllate periodicamente, registrandone l'esito.

#### 7.6 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DISPOSITIVI DI MISURAZIONE

Gli strumenti di misura considerati sono quelli inclusi nelle apparecchiature mediche che indicano dei valori che hanno influenza sul servizio erogato all'Utente (es. misuratori di pressione sanguigna, elettroencefalogrammi, ecc.) e nelle apparecchiature non mediche (es. termometro che misura la temperatura dei cibi e quello che misura la temperatura dei frigoriferi, carrello scaldavivande). Questi dispositivi sono elencati in apposito Elenco (vedi PG 09).

Per ognuno di queste apparecchiature esiste una "Scheda Tecnica" che contiene

- identificazione dell'apparecchiatura,
- requisiti da rispettare per la taratura o la verifica,
- il responsabile della taratura o verifica,

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

- risultati delle tarature o verifiche.

Quando il risultato di una taratura evidenzia una incertezza superiore o uguale alla tolleranza di utilizzo oppure il risultato della verifica evidenzia che il dispositivo non ha le caratteristiche entro i limiti dati dal costruttore o da una Norma di riferimento o requisiti di utilizzo, l'apparecchiatura interessata è messa fuori uso e segregata in una zona che precluda il suo uso involontario, in attesa di una sua riparazione oppure, se è impossibile la riparazione, di un suo declassamento o rottamazione (vedi § 8.3)

Quando ci si trova in questa situazione, si valutano le misurazioni fatte in precedenza con questa apparecchiatura e, se la misura rende dubbia la conformità del servizio fornito, si ripete il servizio. Questa evenienza è registrata come non conformità.

I dispositivi di misurazione sono adeguatamente protetti contro regolazioni che potrebbero invalidare i risultati.

## MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO

### 8.1 GENERALITÀ

L'Associazione ha definito i processi di monitoraggio, di misurazione, d'analisi e di miglioramento per dimostrare la conformità dei servizi erogati, assicurare la conformità del SGQ, migliorare in modo continuo l'efficacia del SGQ. Questi processi sono presentati nell'allegato 3.

### 8.2 MONITORAGGI E MISURAZIONI

#### 8.2.1 SODDISFAZIONE DEI CLIENTI/UTENTI

L'Associazione rileva la percezione dei Clienti e degli Utenti su quanto l'associazione stessa abbia soddisfatto i loro requisiti attraverso:

- Questionari di soddisfazione degli Utenti.
- Assemblee con i soci.
- Verifiche periodiche all'Assohandicap da parte della ASL per verificare il rispetto degli standard e dei requisiti per l'accreditamento.
- Counseling (incontri con le famiglie degli Utenti in cui si discute sull'andamento terapeutico degli Utenti, sulle attività educative, riabilitative e sanitarie svolte dagli Utenti).
- Incontri con la scuola G.L.H. (Gruppo Lavoro Handicap), a cui partecipano gli insegnanti, gli operatori del Settore, la Struttura sanitaria, i Servizi Sociali e le famiglie degli Utenti, allo scopo di discutere sulle problematiche relative al rapporto tra l'attività scolastica e l'evoluzione terapeutica.
- Visite mediche periodiche all'utente svolte dai medici della ASL.

I Questionari di soddisfazione degli Utenti sono somministrati alle famiglie degli Utenti con periodicità annuale. Nei Questionari sono considerati aspetti relativi all'informazione, ai trattamenti riabilitativi, all'accoglienza, alla relazione, all'ambiente di lavoro ed al rispetto dei diritti del paziente. I Coordinatori di Settore provvedono a raccogliere i questionari compilati e ad analizzarli unitamente al Medico Responsabile di Settore ed al Gestore del SGQ. Sono stati definiti indicatori di soddisfazione tesi a misurare la capacità di rispondere alle esigenze dell'utente e di valutare la loro percezione della qualità del servizio/prestazione rispetto alle loro aspettative (vedi 8.2.3).

La rilevazione della soddisfazione del Cliente ASL avviene attraverso l'analisi di reclami/segnalazioni o dall'esito delle viste periodiche effettuate dalla ASL presso Assohandicap, per la verifica del rispetto degli standard e dei requisiti per l'accreditamento. In riferimento all'esito dei controlli ASL è stato definito un apposito indicatore (vedi Piano Indicatori Amministrazione).

I risultati dell'indagine di soddisfazione degli Utenti e dei Clienti sono discussi nelle riunioni del Comitato Direzione Qualità.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

Tutto il personale di contatto con gli Utenti ha il compito di raccogliere e registrare le percezioni, impressioni, giudizi, esigenze, attese degli stessi e di inviare tutte le informazioni al Coordinatore di Settore o al Medico Responsabile di Settore per l'analisi.

## 8.2.2 AUDIT INTERNI

Per approfondimenti, fare riferimento alla procedura PG07.

### 8.2.2.1 FINIZIONE DEI CRITERI DELLA VERIFICA

Gli Audit interni sono svolte a fronte della Politica e degli Obiettivi definiti, dei requisiti della norma UNI EN ISO 9001: 2008, delle regole definite nei documenti del SGQ e dei requisiti cogenti e contrattuali. al fine di 7.2.1

### 8.2.2.2 COMPILAZIONE DELLA LISTA DI RISCONTRO

Le verifiche sono condotte con l'ausilio di una Lista di Riscontro standardizzata.

La Lista di Riscontro è compilata a fronte dei criteri della verifica e tocca i punti critici dei processi del SGQ. È costituita da asserzioni che devono trovare conferma con le evidenze della verifica. La valutazione è espressa come "Conforme", "Non Conforme", "Da migliorare".

Le valutazioni, accompagnate dalle evidenze oggettive, sono registrate nella Lista di Riscontro (rilievi).

La Lista di Riscontro è un documento approvato dal Presidente/Direttore Generale che si arricchisce nel tempo per rendere la verifica ispettiva sempre più efficace. In occasione di ogni verifica la Lista di Riscontro può essere completata di volta in volta con domande relative a problematiche particolari presenti nel momento in cui si svolge la verifica.

### 8.2.2.3 PROGRAMMAZIONE DELLE VERIFICHE

Gli Audit Interni sono gestite dal Gestore del SGQ mediante il " Programma annuale degli Audit Interni", preparato dal Gestore del SGQ e approvato dal Presidente/Direttore Generale.

Tali verifiche sono programmate in modo tale che ogni area/processo del SGQ sia controllata con una frequenza non superiore a 12 mesi.

La frequenza degli Audit Interni tiene conto della criticità e dell'importanza dell'area/processo da verificare, nonché delle condizioni pregiudizievoli ai fini della qualità, che hanno avuto origine nell'area stessa.

### 8.2.2.4 ESECUZIONE DELLA VERIFICA

Ogni Verifica è svolta con la metodologia indicata nella Procedura PG 07, seguendo la guida della Lista di Riscontro. I rilievi che identificano carenze più gravi sono registrati come non conformità. Le carenze più lievi e gli aspetti da migliorare sono messi in evidenza nel Rapporto.

L'esecuzione delle verifiche è svolta dal Gestore del SGQ opportunamente qualificato.

### 8.2.2.5 RAPPORTAZIONE DELLA VERIFICA

Il risultato d'ogni Verifica Ispettiva Interna è registrato nel "Rapporto di verifica ispettiva" in cui il Gestore del SGQ documenta l'esito della VI ed esprime un proprio giudizio sull'efficacia del SGQ nel conseguire gli obiettivi . Nel Rapporto sono elencate le non conformità e le raccomandazioni per il miglioramento.

Il Rapporto è consegnato al Presidente/Direttore Generale e portato all'attenzione del Direttore Sanitario e/o Direttore Amministrativo a seconda del settore sottoposto a verifica.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

Naturale conseguenza della verifica ispettiva è l'apertura di azioni correttive tese a rimuovere le cause che hanno generato le non conformità. Per la loro gestione si rimanda al cap. 8.5 di questo MQ.

Lo stato d'attuazione delle azioni poste in essere per la risoluzione delle non conformità, è rimesso all'attenzione del Presidente/Direttore Generale in sede di Riesame da parte della Direzione.

### 8.2.3 MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PROCESSI

Il monitoraggio e la misurazione dei processi, per dimostrare e verificare la capacità di ottenere i risultati pianificati (obiettivi), ai processi di realizzazione dei servizi che hanno carattere di continuità ed a cui partecipano tutte le professionalità presenti in Assohandicap, illustrati nel cap. 7 di questo MQ sono:

- Gestione rapporti con i Clienti/Utenti.
- Ambulatorio.
- Semiresidenziale.
- Domiciliare.
- Approvvigionamento e gestione magazzino.

Il monitoraggio e la misurazione di questi processi e del SGQ avviene tramite indicatori d'efficacia e/o d'efficienza, indicati nel "Piano Indicatori"; è stato predisposto un "Piano Indicatori" specifico per ciascun Settore (Settore Semiresidenziale, Settore Ambulatorio, Settore Domiciliare e Settore Amministrativo). Su questi indicatori sono posti obiettivi annuali e sono indicate le azioni da svolgere ed i responsabili per il loro raggiungimento.

Questi indicatori, che misurano l'efficacia e/o l'efficienza dei processi e del SGQ, riguardano:

- misure in punti critici dei processi,
- misurano prestazioni particolari indicate nella Carta dei Servizi,
- l'efficienza nell'uso delle risorse;
- reclami;
- rispetto degli standard di personale a contatto con l'utente;
- esito dei controlli ASL effettuati;
- il livello di soddisfazione degli Utenti;
- il numero di accessi svolti dall'utente e dagli operatori;
- numero e fatturato dei Progetti aperti;
- dati contabili.

La periodicità del calcolo degli indicatori ed il risultato del calcolo stesso sono riportati sui "Piani Indicatori". Il controllo del perseguimento degli obiettivi posti su tali indicatori è svolto dai Responsabili di Settore e discussi con il Presidente/Direttore Generale nelle riunioni del Comitato Direzione Qualità. A seguito delle valutazioni fatte, si attivano le opportune azioni correttive/preventive o, al limite, si provvede ad aggiornare ed emettere nuovamente tali documenti (vedi 8.4).

Qualora l'andamento degli indicatori metta in evidenza eventuali situazioni o tendenze di inefficacia e/o inefficienza dei processi e del SGQ sono intraprese azioni correttive per assicurare la conformità dei servizi offerti.

L'analisi degli indicatori fornisce alla Direzione ed ai Responsabili di Settore i dati oggettivi con cui prendere decisioni di correzione, di prevenzione o di porre obiettivi di miglioramento in merito ai processi.

### 8.2.4 MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PRODOTTI

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

Il monitoraggio e la misurazione dei prodotti (per prodotti si intendono i risultati dei trattamenti riabilitativi, intesi come risultati in termini di beneficio per la salute dell'utente e/o di raggiungimento dell'obiettivo diagnostico terapeutico) avviene attraverso l'utilizzo di Test o Scale di valutazione, che possono essere sia quantitativi che qualitativi. I Test di valutazione utilizzati, specifici per le varie disabilità e delle aree di intervento, sono quelli indicati e richiesti dalla Regione oppure sono scelti dall'equipe tra i vari Test standardizzati ufficiali disponibili e validati dal Medico Responsabile di Settore e dal Direttore Sanitario (vedi "Linee guida e riferimenti scientifici").

I risultati dei Test consentono di valutare i risultati raggiunti dall'utente, monitorare l'andamento del recupero e/o le modificazioni delle disabilità e gli effetti dell'intervento riguardo alla situazione iniziale e agli obiettivi che erano stati fissati (l'efficacia dei singoli trattamenti riabilitativi). L'analisi del raggiungimento degli obiettivi riabilitativi (conformità del servizio) e le azioni seguenti sono indicate in Cartella Clinica e discussi in apposite riunioni d'equipe.

Per alcune aree di intervento è definito un sistema oggettivo e misurabile di valutazione dei risultati clinici con la definizione di indicatori di esito ed elaborazione statistica dei dati.

Inoltre, in relazione ad alcune aree di intervento, alla fine del Progetto riabilitativo si estraggono i dati sull'acquisizione o meno dell'obiettivo proposto che sono registrati su apposita modulistica e visualizzati in grafici (vedi 8.4).

### 8.3 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI SERVIZI NON CONFORMI

Per approfondimenti, fare riferimento alla procedura PG 07 "Controllo del SGQ".

Ogni non conformità di servizio va eliminata, dall'operatore coinvolto, prima che l'Utente/Cliente ne sia interessato. Quando questo non è possibile perché il servizio è già stato erogato si provvede a eliminare le eventuali conseguenze negative che possono accadere o ad una nuova erogazione del servizio.

Le situazioni di non conformità sono registrate, su apposita modulistica, da chiunque le rilevi e consegnate al Coordinatore di Settore che, unitamente all'area interessata alla non conformità, decide la risoluzione. Il Gestore del SGQ e/o il Coordinatore di Settore si assicura della risoluzione della non conformità stessa e trattiene il modulo completamente compilato per successive analisi (cap. 8.4).

Le non conformità rilevate sono discusse nelle riunioni del Comitato Direzione Qualità.

Nella descrizione dei processi di erogazione dei servizi sono indicate le modalità e le responsabilità del trattamento delle non conformità.

Le non conformità possono interessare:

- ogni elemento del SGQ,
- le attività di ogni processo,
- la documentazione del SGQ,
- i prodotti e servizi acquistati,
- le apparecchiature utilizzate,
- risultati di controlli effettuati.

Queste non conformità sono trattate con provvedimenti risolutivi e, se si ha evidenza immediata che la non conformità ha una causa che potrebbe determinare altre non conformità simili, il Responsabile di Settore, unitamente al Gestore del SGQ, provvede ad attivare la procedura delle azioni correttive (cap. 8.5.2).

I reclami sono particolari situazioni trattate inizialmente come non conformità; nel caso in cui il reclamo ha una causa che bisogna rimuovere il reclamo è gestito con un'azione correttiva, come definito al successivo § 8.5.2.

I reclami possono arrivare all'Associazione con mezzi diversi, anche verbali, ed a persone diverse, quelle che l'Utente ritiene più adatte o con cui ha un rapporto. La persona che riceve il reclamo, sia scritto che verbale, provvede a registrarlo su apposito modulo ed a consegnarlo al Coordinatore di Settore o al Responsabile del Set-

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

tore interessato al reclamo che individuano la persona incaricata a risolverlo. L'incaricato valuta la fondatezza del reclamo stesso e propone le azioni per risolverlo; tali provvedimenti sono approvati dal Responsabile di Settore. Il Coordinatore di Settore interessato al reclamo, unitamente al Medico Responsabile di Settore ed al Gestore del SGQ, si assicura della risoluzione del reclamo e trattiene la registrazione per successive analisi (vedi 8.4). I rapporti con l'Utente che ha inviato il reclamo sono tenuti dal Responsabile del Settore o dal Coordinatore di Settore interessato al reclamo. Il reclamo si considera chiuso quando tutte le azioni per risolverlo sono state svolte con piena soddisfazione dell'Utente. I reclami degli sono analizzati nelle riunioni del Comitato Direzione Qualità.

## 8.4 ANALISI DEI DATI

### 8.4.1 DATI DA ANALIZZARE

I dati da individuare, raccogliere ed analizzare al fine di dimostrare l'adeguatezza e l'efficacia del SGQ e per valutare dove possono essere apportati miglioramenti continui dell'efficacia del SGQ, riguardano:

- le registrazioni della qualità (tra cui le non conformità ed i reclami);
- andamento dei processi e del SGQ (indicatori dei processi Semiresidenziale, Ambulatorio, e Domiciliare);
- andamento degli indicatori di esito;
- i risultati della rilevazione della soddisfazione dei Clienti/Utenti;
- i dati di interesse dell'Associazione (es. n° di progetti aperti o numero di utenti in carico, fatturato progetti, personale a contatto con l'utente e confronto con lo standard previsto dalla Regione, media degli accessi settimanali Non Residenziali, numero di personale, dati di bilancio);
- dati relativi ai fornitori;
- i dati richiesti dalle ASL (dati di struttura, dati di personale, dati relativi al numero di accessi svolti).

I documenti di registrazione della qualità (fra cui quelli richiesti dalla norme UNI EN ISO 9001: 2008) sono indicati e presentati nei singoli documenti del SGQ. Nel documento DQ "Elenco documenti del SGQ" sono elencati tutti i documenti di registrazione utilizzati dall'Associazione.

La completa e corretta compilazione delle registrazioni ed il calcolo degli indicatori è il presupposto di analisi e decisioni corrette ed efficaci.

### 8.4.2 ELABORAZIONE DEI DATI

Alcuni dati, ad esempio quelli relativi ai Settori Semiresidenziale, Ambulatorio, Domiciliare e Amministrativo, sono raccolti e utilizzati per il calcolo di indicatori, espressi in termini percentuali (vedi "Piano Indicatori"). La periodicità del calcolo ed i responsabili del raggiungimento degli obiettivi posti sugli indicatori sono indicati sullo stesso Piano.

Alla fine del progetto riabilitativo, per alcune aree di intervento, si estraggono i dati sull'acquisizione o meno dell'obiettivo proposto che sono registrati su apposita modulistica e visualizzati in grafici.

I dati di esito, ossia i risultati dei trattamenti riabilitativi, raccolti mediante l'utilizzo di Scale/Test di valutazione, per alcune aree di intervento, sono elaborati statisticamente e visualizzati in grafici (quali diagrammi lineari, diagrammi a torta, istogrammi, ecc.), per ricavare andamenti, tendenze e per visualizzare nel tempo l'andamento terapeutico-riabilitativo dell'utente.

I dati relativi ai Questionari di soddisfazione degli Utenti sono utilizzati per il calcolo di indicatori, quali la media totale delle valutazioni espresse nei questionari oppure la media delle valutazioni d'ogni singola domanda del Questionario (vedi "Piano Indicatori" dei Settori Semiresidenziale, Ambulatorio e Domiciliare"), la cui periodicità del calcolo ed i responsabili del raggiungimento degli obiettivi posti sugli indicatori sono indicati sui Piani stessi.

Alcuni dati, ad esempio quelli richiesti dalla ASL (dati di struttura, dati di personale, dati relativi al numero di accessi svolti) sono analizzati senza elaborazione statistica e sintetizzati su stampe e/o file e conservati.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

### 8.4.3 ANALISI DEI DATI

I risultati delle elaborazioni dei dati sono analizzati dai Responsabili di Settore e/o Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, dal Presidente/Direttore Generale e discussi nelle riunioni del Comitato Direzione Qualità (riunioni di Riesame da parte della Direzione) per valutare l'adeguatezza e l'efficacia del SGQ e per valutare dove possono essere apportati miglioramenti continui dell'efficacia del SGQ.

Sono analizzati dal Comitato Direzione Qualità anche i rapporti annuali inviati dalla ASL sui risultati ottenuti.

### 8.4.4 AZIONI SUCCESSIVE

L'analisi dei dati può comportare l'adozione di azioni correttive e/o preventive e/o di miglioramento, la cui gestione è indicata nel MQ cap. 8.5.2 e cap. 8.5.3.

## 8.5 MIGLIORAMENTO

### 8.5.1 MIGLIORAMENTO CONTINUO

Le fonti di opportunità per intraprendere azioni per migliorare l'efficacia del SGQ sono:

- Politica e obiettivi della qualità: la politica della qualità contiene importanti indirizzi per migliorare il SGQ, i processi ed i servizi; questi indirizzi trovano concretezza negli obiettivi annuali e nelle azioni richieste perché questi obiettivi siano raggiunti.
- Audit Interni: durante l'esecuzione delle verifiche si possono evidenziare opportunità di miglioramento, descritte nel rapporto della verifica.
- Proposte del personale: l'Associazione stimola il personale ad individuare e proporre suggerimenti i prodotti ed i processi.
- Analisi dei dati: le registrazioni della qualità sono alla base per opportunità di miglioramento.
- Azioni correttive e preventive.
- Riesami da parte della Direzione

Le decisioni in merito alle azioni di miglioramento sono prese dal Presidente/Direttore Generale nelle riunioni del Comitato Direzione Qualità, che analizza le diverse fonti d'informazione e decide in merito. Le azioni decise sono indicate nei Verbali di riunione. Parte delle azioni confluiscono nel "Piano Obiettivi" e nel "Piano Indicatori".

Le azioni di miglioramento sono condotte dal Gestore del SGQ insieme alla funzione coinvolta.

La procedura di gestione delle azioni di miglioramento è analoga a quella delle azioni correttive/preventive (8.5.2 e 8.5.3).

Le azioni di miglioramento possono portare a rivedere vari aspetti dell'Associazione: strategici, organizzativi, tecnici e gestionali.

### 8.5.2 AZIONI CORRETTIVE

Per approfondimenti, fare riferimento alla procedura PG 07.

Le "azioni correttive" non sono provvedimenti per risolvere le specifiche non conformità riscontrate, ma sono azioni sulle cause delle non conformità riscontrate per eliminare le cause stesse ed impedire che si presentino nuovamente le stesse non conformità.

Le attività svolte sono le seguenti.



ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

#### 8.5.2.1 ELEMENTI IN ENTRATA

Le condizioni che possono determinare l'attivazione di azioni correttive emergono da:

- verifiche ispettive (interne o esterne),
- non conformità gravi o ripetute,
- riesami della Direzione,
- reclami,
- misure della soddisfazione dei Clienti/Utenti.

#### 8.5.2.2 ANALISI DEGLI ELEMENTI IN ENTRATA

Quando l'analisi degli elementi in entrata al processo evidenzia una situazione di non conformità non dovuta al caso ma a cause individuabili, si attiva il processo "azioni correttive".

#### 8.5.2.3 RICHIESTA DI AZIONE CORRETTIVA

A fronte di questa situazione di non conformità, la Direzione e/o il Responsabile superiore dell'area interessata alla non conformità, emette formalmente una "richiesta di azione correttiva" (RAC), su apposita modulistica, indirizzata a chi incarica di attuarla.

#### 8.5.2.4 RICERCA DELLE CAUSE DELLA NON CONFORMITÀ

L'incaricato della risoluzione ricerca la sua causa e propone l'azione per eliminarla e la data di completamento dell'azione. Indica anche il costo dell'azione, se significativo, da confrontare con i benefici.

#### 8.5.2.5 ATTUAZIONE DELL'AZIONE CORRETTIVA

L'azione correttiva proposta, approvata dalla Direzione e/o dal Responsabile superiore dell'area interessata alla non conformità, è attuata dall'incaricato designato entro i tempi proposti.

#### 8.5.2.6 VERIFICA DELL'EFFICACIA DELL'AZIONE CORRETTIVA

Attuata l'azione correttiva e dopo il tempo ritenuto necessario, il Gestore del SGQ verifica se l'azione ha eliminato la causa (verifica dell'efficacia). Se ciò è avvenuto e la Direzione e/o il Responsabile superiore ritiene valido il risultato, chiude la RAC, in caso contrario richiede una nuova azione correttiva. La RAC compilata contiene la registrazione del risultato dell'azione.

Informazioni attinenti alle azioni intraprese e ai relativi risultati sono sottoposte al Presidente/Direttore Generale.

Le RAC chiuse sono consegnate al Gestore del SGQ e analizzate durante le riunioni del Comitato Direzione Qualità.

#### 8.5.2.7 RIESAME DELL'AZIONE CORRETTIVA

Le azioni correttive, una volta concluse, sono riesaminate al fine di verificarne l'impatto sul Sistema di Gestione per la Qualità (modifica di regole, processi, documenti, ecc.). Tale riesame può avvenire durante le riunioni di riesame del Comitato Direzione Qualità.

### 8.5.3 AZIONI PREVENTIVE

Per approfondimenti, fare riferimento alla procedura PG 07.

ASSOHANDICAP	MANUALE DELLA QUALITÀ	
--------------	-----------------------	--

Le "azioni preventive" sono azioni per eliminare le cause di non conformità potenziali per impedire che possano accadere.

Le attività svolte sono le seguenti.

#### 8.5.3.1 ELEMENTI IN ENTRATA

Le condizioni che possono determinare l'attivazione di azioni preventive emergono da:

- verifiche ispettive (interne o esterne),
- non conformità gravi o ripetute,
- riesami della Direzione,
- reclami,
- misure della soddisfazione dei Clienti/Utenti,
- carenze potenziali segnalate dalle tendenze negative di indicatori.

#### 8.5.3.2 ANALISI DEGLI ELEMENTI IN ENTRATA

Le non conformità potenziali del SGQ e dei processi (non conformità che potrebbero accadere) emergono sia dagli Audit Interni, sia dall'analisi dei dati, sia da tendenze negative segnalate dagli indicatori.

#### 8.5.3.3 RICHIESTA DI AZIONE PREVENTIVA

A fronte di una non conformità potenziale, la Direzione e/o il Responsabile superiore dell'area interessata alla non conformità, emette formalmente una "richiesta di azione preventiva" (RAP), indirizzata a chi incarica di attuarla.

#### 8.5.3.4 RICERCA DELLE CAUSE DELLA NON CONFORMITÀ

L'incaricato della risoluzione ricerca la causa della carenza e propone l'azione per eliminare la causa e la data d'attuazione dell'azione. Indica anche il costo dell'azione, se significativo, da confrontare con i benefici.

#### 8.5.3.5 ATTUAZIONE DELL'AZIONE PREVENTIVA

La proposta di azione preventiva, approvata dalla Direzione e/o dal Responsabile superiore, è attuata dall'incaricato designati entro i tempi proposti.

#### 8.5.3.6 VERIFICA DELL'EFFICACIA DELL'AZIONE PREVENTIVA

Attuata l'azione preventiva e dopo il tempo ritenuto necessario, il Gestore del SGQ verifica se l'azione ha eliminato la causa (verifica di efficacia). Se questo è avvenuto, la Direzione e/o il Responsabile se giudica valido il risultato chiude la RAP, in caso contrario richiede una nuova azione preventiva. La RAP compilata contiene la registrazione del risultato dell'azione.

Informazioni attinenti alle azioni intraprese e ai relativi risultati sono sottoposte al Presidente/Direttore Generale.

Le RAP chiuse sono consegnate al Gestore del SGQ e analizzate durante le riunioni di riesame del Comitato Direzione Qualità.

#### 8.5.3.7 RIESAME DELL'AZIONE PREVENTIVA

Le azioni preventive, una volta concluse, sono riesaminate al fine di verificarne l'impatto sul Sistema di Gestione per la Qualità (modifica di regole, processi, documenti, ecc.). Tale riesame può avvenire durante le riunioni di riesame del Comitato Direzione Qualità.