



## MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'

### *Associazione Loïc Francis - Lee*



0	10/01/2020	Prima emissione	RSQ		DG	
<b>REV.</b>	<b>DATA</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>PREPARATO</b>	<b>SIGLA</b>	<b>APPROVATO</b>	<b>SIGLA</b>

Il presente documento è di proprietà dell'Associazione e non può essere riprodotto, neppure parzialmente, senza la preventiva autorizzazione scritta dell'Associazione stessa.

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 2 di 21</p>
---	--	---------------	---------------------

**INDICE**

<b>1</b>	<b>CONTESTO DELL'ASSOCIAZIONE LÖIC FRANCIS-LEE</b>	<b>3</b>
<b>1.1</b>	<b>DESCRIZIONE DELL'ASSOCIAZIONE</b>	<b>3</b>
<b>1.2</b>	<b>CONTESTO ECONOMICO E TERRITORIALE</b>	<b>4</b>
1.2.1	Profilo dell'Associazione Loïc Francis-Lee	4
1.2.2	Dati e informazioni aziendali	4
1.2.3	Contesto in cui opera il Centro Diurno	4
1.2.4	Clienti dell'Associazione Loïc Francis-Lee	5
1.2.5	Stakeholder	5
1.2.6	Sistema di Gestione per la Qualità	8
1.2.7	Analisi dettagliata del contesto produttivo, economico, sociale e culturale	8
1.2.7.1	Andamento fatturato	8
1.2.7.4	Andamento pazienti ospiti dell'Associazione	8
1.2.7.5	Concorrenti	9
1.2.7.7	Associazioni professionali	9
1.2.7.8	Personale dipendente e collaboratori	9
1.2.7.9	Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	10
1.2.7.10	Ambiente	10
1.2.7.11	Outsourcing	10
<b>1.3</b>	<b>SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE</b>	<b>11</b>
<b>1.4</b>	<b>SISTEMA GESTIONALE - RIFERIMENTI E DESCRIZIONE</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>POLITICA DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>STRUTTURA ORGANIZZATIVA – FUNZIONIGRAMMA – ORGANIGRAMMA</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>CRITERI GESTIONALI DEI PROCESSI</b>	<b>16</b>
4.1	RIESAME DELLA DIREZIONE	16
4.2	OBIETTIVI E PROGRAMMI FINALIZZATI AL MIGLIORAMENTO CONTINUATIVO DELLE PRESTAZIONI DEL SGQ	16
4.3	GESTIONE DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE	17
4.4	QUALIFICA FORNITORI	17
4.5	SERVIZI DI SUPPORTO	17
<b>5</b>	<b>ELENCO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE (Procedure Gestionali e Procedure Operative) PREDISPOSTE DALL'AZIENDA ALCUNE RICHIAMATE NEL PRESENTE MANUALE</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>HTA Health Technology Assessment</b>	<b>19</b>
<b>7</b>	<b>ANALISI DEI RISCHI E OPPORTUNITA'</b>	<b>20</b>
7.1	CRITERIO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO	21

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 3 di 21</p>
---	--	---------------	---------------------

## 1 CONTESTO DELL'ASSOCIAZIONE LÖIC FRANCIS-LEE

### 1.1 DESCRIZIONE DELL'ASSOCIAZIONE

---

L'Associazione Loïc Francis-Lee, "per la pedagogia curativa e la socioterapia steineriana", nasce nel 1989 per iniziativa di un gruppo di educatori e di genitori di ragazzi disabili che frequentavano in quel periodo la scuola dell'obbligo di ispirazione steineriana di Roma, con lo scopo di assicurare a questi ragazzi un presente e un futuro rispondente alla dignità umana.

Nel mese di dicembre 1989, viene inaugurata, in un prefabbricato di legno donato della Scuola Friedel Eder di Monaco di Baviera, la prima scuola-laboratorio "Casa Loïc" (dal nome di Loïc, figlio di amici fondatori), per giovani adolescenti portatori di disabilità mentale, nella campagna di Capena, su un terreno di 12 mila metri quadrati, acquistato con il contributo volontario dei soci fondatori.

Accanto alla storica "casa" di legno viene successivamente realizzato un edificio in muratura (inaugurato nel mese di febbraio 1994) di circa 450 metri quadrati, su tre piani, che funziona tuttora come Centro Diurno di Riabilitazione con attività riabilitative, lavorative e formative, artistiche e ricreative.

Il progetto iniziale di "promuovere l'assistenza, l'educazione e la cura dei portatori di handicap" si è materializzato nello sviluppo successivo con la realizzazione di centri di riabilitazione socio-sanitaria, nei quali i portatori di handicap vivono e lavorano insieme ad altre persone e acquisiscono una formazione adeguata alle loro potenzialità e utile al loro inserimento nella vita sociale.

**Il principio ispiratore che guida il metodo educativo dei nostri centri è quello di promuovere la dignità e il valore della persona disabile e il senso della sua presenza nel contesto sociale**

L'Associazione è iscritta all'albo regionale delle associazioni di volontariato (decreto n. 606 dell'11.4.1994) e pertanto ha la qualifica di ONLUS (ai sensi art.10, comma 8 del D.Lgs 4 dicembre 1997, n.460) e al Registro delle Persone Giuridiche (n.733/2010 del 10/09/2010).

La nostra sede è situata in Via Grottaponga, 12 – 00060 CAPENA(RM)

I recapiti del Centro sono:

- Tel. 06.9033833
- Indirizzo mail: [info@assoziazioneLoic.org](mailto:info@assoziazioneLoic.org)
- Sito web: [www.assoziazioneLoic.org](http://www.assoziazioneLoic.org)

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 4 di 21</p>
---	--	---------------	---------------------

## 1.2 CONTESTO ECONOMICO E TERRITORIALE

Il Centro Diurno si colloca su un territorio estremamente popoloso, considerando la vicinanza con il comune di Roma, che costituisce il bacino di pazienti che necessitano dei servizi di assistenza e riabilitazione offerta, tenendo presenti il know-how aziendale e l'ottima reputazione acquisita in numerosi anni di attività all'interno delle istituzioni pubbliche e della rete territoriale che fornisce assistenza ai cittadini che necessitano di aiuto.

Pur nella considerazione di appartenere a un tessuto economico e territoriale importante per gli aspetti sopra sottolineati, il Centro Diurno opera significativamente anche con altri Comuni della Regione Lazio.

### 1.2.1 Profilo dell'Associazione Loïc Francis-Lee

Il profilo aziendale, la storia, la vision e la mission dell'Associazione è ampiamente descritta all'interno del Cap. 1 del presente documento per il profilo e al Cap. 6 per la politica che include la visione aziendale riferita agli aspetti organizzativi e gestionali.

### 1.2.2 Dati e informazioni aziendali

**Ragione Sociale:** Associazione Loïc Francis-Lee

**Sede:** Via Grottafonda, 12 – 00060 CAPENA (RM)

**Settore di appartenenza:** Centro Diurno ex art. 26

**Codici ATECO:** 87.20.00

**Codice IAF:** 38

**Presidente e Rappresentante Legale:** Dott. Paolo Salvini

**Scopo di certificazione:** Centro di riabilitazione ex art. 26 semiresidenziale per persone con disabilità cognitiva ad alto-medio carico assistenziale.

- Tel. 06.9033833
- Indirizzo mail: [info@associazioneloic.org](mailto:info@associazioneloic.org)
- Sito web: [www.associazioneloic.org](http://www.associazioneloic.org)

### 1.2.3 Contesto in cui opera il Centro Diurno

La Centro opera in un contesto adeguato alle esigenze per gli aspetti sotto elencati.

**Sede organizzazione:** la sede del Centro Diurno è collocata in un contesto naturale. Gli edifici di recente costruzione consentono di usufruire di ambienti di lavoro e di vita dei pazienti conformi alle normative

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 5 di 21</p>
---	--	---------------	---------------------

in materia di sicurezza e idoneità degli edifici sanitari, senza togliere il rispetto delle parti architettoniche storico artistiche.

**Localizzazione territoriale:** l'area geografica che costituisce il contesto operativo del Centro Diurno è prevalentemente legato al Comune di Capena, di Roma e Comuni della Regione Lazio.

**Contesto culturale aziendale:** il profilo professionale ai diversi livelli operativi è elevato e qualificato rispetto alle esigenze di servizio e organizzative. La cultura interna è mantenuta stimolata dai corsi, basati su materie altamente professionalizzanti e conoscitive rispetto alle patologie psico-fisiche-sensoriali, nonché sull'approccio alla diversità e all'umanizzazione degli interventi assistenziali e riabilitativi. Altrettanta importanza, da sempre, è data dalla tematica di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, con organizzazione di corsi, eventi informativi e frequenti incontri con il personale. L'Associazione rende disponibile, al proprio personale per ogni necessità operative di gruppo o personali private, la possibilità di ricevere sostegno-accompagnamento da parte di una figura professionale incaricata allo scopo. Inoltre, sono assicurati tutti i corsi tesi a specializzare e aggiornare, nonché ad elevare il grado conoscitivo del personale, in special modo per i ruoli che impattano sugli aspetti assistenziali, organizzativi e gestionali.

**Contesto culturale territoriale:** gli aspetti culturali del territorio, sono tenuti in considerazione e rendono particolarmente attiva l'Associazione con azioni di informazione, di incontro, di organizzazione o partecipazione ad eventi del territorio (es. fiere, organizzazione feste con invito alle famiglie e alla cittadinanza, ecc.), di confronto con i Servizi di Rete, anche organizzando o partecipando all'organizzazione di convegni, seminari e eventi di incontro.

#### **1.2.4 Clienti dell'Associazione Lōic Francis-Lee**

I committenti dei servizi resi dal centro, come già anticipato in precedenza, sono costituiti in primis dalla Regione Lazio secondo l'Accreditamento Sanitario riconosciuto e, in regime di compartecipazione, dai Municipi del Comune di Capena, di Roma, dagli altri Comuni della Regione Lazio e dagli utenti.

#### **1.2.5 Stakeholder**

I fattori rilevanti del contesto interno ed esterno è possibile determinare in modo corretto e preciso il perimetro del sistema di gestione. All'interno del perimetro di progettazione del sistema di gestione occorre prendere in considerazione, al pari dei fattori di contesto, gli Stakeholder rilevanti e le loro aspettative.

Le parti esterne che provano interesse per l'Associazione e le motivazioni del loro interesse, sono:



- Soggetti interni all'organizzazione
  - Sicurezza
  - Clima aziendale
  - Opportunità di carriera
  - Solidità economica del Centro
  - Qualità dei servizi al paziente
- Soci
  - Risultati economici
  - Reputazione dell'Associazione
- Committenti della P.A.
  - Rispetto requisiti contrattuali e requisiti cogenti.
- Pazienti e loro congiunti, tutori, amministratori
  - Qualità dei servizi
  - Ambiente confortevole
  - Empatia e umanità del personale
  - Possibilità di visita
  - Condivisione scelte sul paziente
- Organi di controllo (ASL, NAS, SPRESAL, ARPA, SIAN, ecc.)
  - Comportamento responsabile
  - Conformità ambienti di lavoro
- Associazioni di categoria cui aderisce l'Associazione:
  - Comportamento responsabile
  - Partecipazione e contributo alla vita associativa
- Regione Lazio
  - Soddisfacimento aspettative
  - Mantenimento condizioni di Accreditamento
- Istituti di credito
  - Solvibilità
  - Affidabilità e comportamento responsabile
- Istituti assicurativi pubblici e privati
  - Affidabilità e comportamento responsabile
- Istituto previdenziale
  - Solvibilità
  - Affidabilità e comportamento responsabile
- Servizi territoriali per disabilità adulta nel Lazio
  - Soddisfacimento aspettative
  - Qualità dei servizi

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 7 di 21</p>
---	--	---------------	---------------------

- Accorciamento liste di attesa
- Associazioni socio-sanitarie analoghe
  - Scambi esperienziali
  - Partecipazione e contributo all'organizzazione di eventi comuni
- Ragionerie dei Comuni che intervengono, in compartecipazione, al pagamento delle rette di degenza
  - Correttezza costi addebitati
  - Puntualità presentazione fatture e utilizzo portali elettronici dedicati
- Forze dell'Ordine (Polizia Municipale e Carabinieri locali)
  - Comportamento responsabile
  - Adozione misure di sicurezza (sorveglianza, sistemi di allarme, ecc.)
- Servizi di emergenza 118 e 115
  - Comportamento responsabile
  - Segnalazione tempestiva necessità di intervento e chiara indicazione modalità accesso
- Fornitori di beni e servizi
  - Opportunità di lavoro.

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 8 di 21</p>
---	--	---------------	---------------------

### **1.2.6 Sistema di Gestione per la Qualità**

Il Centro ha predisposto e documentato un SGQ in accordo ai requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2015.

Il SGQ è strutturato in modo tale da assicurare un'efficace conduzione delle attività direttamente collegate alla qualità dei processi e dei prodotti, attraverso:

- L'identificazione dei processi di riferimento per il Sistema di Gestione e la loro applicazione nell'ambito dell'intera organizzazione.
- La definizione dei criteri per l'approccio gestionale ai diversi processi.
- La definizione delle modalità di monitoraggio, misurazione e analisi di processi, assicurando la disponibilità di risorse e informazioni adeguate all'espletamento di tali attività.
- L'attuazione delle azioni necessarie per conseguire gli obiettivi pianificati e per perseguire il miglioramento continuo dei processi e, di conseguenza, della qualità dei servizi erogati.

I processi sono gestiti in conformità alle norme di riferimento e in accordo con quanto definito nella documentazione del SGQ, in particolare nelle specifiche informazioni documentate.

### **1.2.7 Analisi dettagliata del contesto produttivo, economico, sociale e culturale**

#### **1.2.7.1 Andamento fatturato**

Il fatturato dell'Associazione è in linea con le proprie prestazioni e in linea con le rette stabilite dalla Regione Lazio per i pazienti in mantenimento medio e mantenimento elevato.

La fluttuazione del fatturato dipende dalle presenze dei pazienti e dal valore attribuito alle loro rette giornaliere, rimaste tal quali dal 2001 ad oggi.

Il fatturato ha sempre un andamento lineare, senza subire variazioni significative, poiché le presenze nel Centro Diurno sono sempre garantite nel numero di pazienti definito dall'Accreditamento.

#### **1.2.7.4 Andamento pazienti ospiti dell'Associazione**

Da sempre i pazienti dell'Associazione beneficiano di servizi di elevata qualità poiché la mission aziendale si fonda, dall'inizio dell'attività, sul principio reale di aiuto, mantenimento e miglioramento del ben-essere delle persone che ricevono i servizi. In tal senso, da sempre, sono previste riunioni di equipe on le figure coinvolte nei Programmi di Riabilitazione Individualizzati dei pazienti e, in generale, attraverso la partecipazione e il coinvolgimento di tutto il personale e dei professionisti che operano nel Centro, monitorando il grado di risposta dei pazienti e prevedendo azioni atte a sollecitare le loro reazioni migliorative, ovvero, nei casi in cui ciò non è ipotizzabile in funzione della patologia o condizione del paziente, si punta in ogni caso a garantire condizioni di partecipazione e di autonomia.

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 9 di 21</p>
---	--	---------------	---------------------

#### **1.2.7.5 Concorrenti**

Nel caso del Centro Diurno non si percepisce la presenza di competitors poiché sul territorio regionale sono presenti pochissimi Centri di assistenza e riabilitazione in grado di fornire i servizi e l'ospitalità a pazienti di media e alta gravità, dato confermato dalla insistenza dei servizi territoriali per la disabilità adulta nel richiedere l'accesso del maggior numero di pazienti.

All'interno dell'Associazione è gestita la lista di attesa per il Servizio semiresidenziale che prevede i seguenti criteri di priorità: cronologico, segnalazione di urgenza dalla ASL competente, esito della prima visita per compatibilità coi gruppi esistenti, appartenenza al "genere" del posto disponibile. Alla consegna dell'Associazione della copia della "Autorizzazione" della ASL o al contatto con il familiare interessato, l'utente viene inserito in lista di attesa.

Tempi di attesa previsti 24 mesi – Tempi di attesa medi effettivi 18 mesi.

#### **1.2.7.7 Associazioni professionali**

L'Associazione è associata ad Associazioni di categoria che forniscono principalmente suggerimenti e indicazioni riguardanti le normative di settore e gli indirizzi per conformarsi ad esse. Allo stesso modo, soprattutto l'AIOP, si prodiga negli aspetti di contrattazione delle rette per i livelli medio e grave dei pazienti ricoverati all'interno delle strutture residenziali.

#### **1.2.7.8 Personale dipendente e collaboratori**

Il personale è regolarmente assunto a fronte del CCNL per il personale dipendente delle strutture sanitarie.

La retribuzione, secondo i livelli indicati dal CCNL adottato, prevede 13 mensilità annuali.

Al personale sono concessi premi di produzione e di riconoscimento dell'operato attraverso un sistema premiante, tenendo naturalmente conto degli aspetti qualitativi e portandolo a conoscenza dell'intero organico dell'Associazione. A tal proposito si evidenzia quanto segue: viene erogato ai dipendenti il premio incentivo rapportato ai giorni di assenza per malattia o altra causa; si è stabilito di ridistribuire ai dipendenti che si sono distinti per un numero di giornate di assenza minimo o irrilevante, l'importo del premio incentivo non attribuibile ai dipendenti che non hanno raggiunto il diritto di riceverlo; l'elevato livello qualitativo dei servizi prestati, pone i dipendenti nella condizione di ricevere il passaggio al livello superiore di contratto; in occasione di circostanze di particolare merito di uno o più dipendenti le lettere di encomio e di riconoscenza vengono rese pubbliche attraverso l'affissione all'interno delle bacheche dell'Associazione.

La tutela della salute dei lavoratori dipendenti, oltre alla copertura dei regolari aspetti contributivi e assistenziali (INPS-INAIL) è garantita dai regolari adempimenti in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 10 di 21</p>
---	--	---------------	----------------------

#### **1.2.7.9 Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**

dell'Associazione ha provveduto ad analizzare i rischi presenti nei propri luoghi di lavoro, emettendo il Documento di Valutazione dei Rischi – DVR, provvedendo a definire le migliori misure di prevenzione e di protezione.

Tutto il personale è stato formato, secondo Accordo Stato-Regioni 21/12/2011, per il modulo base giuridico e per la formazione specifica basata sui rischi presenti in azienda.

Sono stati designati e formati gli addetti all'emergenza antincendio e primo soccorso e, per quanto attiene le attività di cucina e somministrazione pasti la compliance si è estesa alla messa a punto dei Documenti di Autocontrollo secondo HACCP.

Gli ambienti di lavoro risultano adeguati in termini di igiene e sicurezza. Sono presenti e regolarmente mantenuti gli impianti antincendio, le cassette di pronto soccorso, le vie e uscite di emergenza, le porte allarmate per segnalare tentativi di fuga dei pazienti e le protezioni anticaduta alle finestre dei piani alti.

Gli impianti e le attrezzature di lavoro sono costantemente mantenuti e sottoposti a verifiche periodiche. Inoltre, sono costantemente resi disponibili i DPI necessari ai servizi (in particolar modo i guanti in nitrile o in vinile per le operazioni di igiene personale dei pazienti e igienizzazione loro ambienti di vita).

#### **1.2.7.10 Ambiente**

L'unico impatto ambientale che l'Associazione produce sul territorio è dato dallo smaltimento rifiuti. I rifiuti prodotti nel caso di manutenzioni agli impianti restano a carico dei fornitori che se rendono produttori per il contratto secondo il quale gli elementi rimossi (es. tubi al neon, filtri, ecc.) sono smaltiti o assoggettati a recupero dal fornitore del servizio manutentivo.

L'Associazione produce RSU per le normali attività di pulizia, ufficio e cucina, inoltre produce rifiuti sanitari speciali per le attività di cura e igiene della persona e pratiche infermieristiche. Le procedure di raccolta differenziata, degli RSU, seguono la regolamentazione prevista dal Comune con utilizzo di contenitori dedicati, mentre i rifiuti speciali sanitari sono raccolti e smaltiti da società specializzata.

#### **1.2.7.11 Outsourcing**

L'Associazione non affida alcun processo in *outsourcing*. Per le prestazioni professionali si avvale anche di professionisti esterni, preventivamente qualificati, che operano attraverso contratti o incarichi prestazionali.

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 11 di 21</p>
---	--	---------------	----------------------

### 1.3 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo del presente documento è di portare lo strumento a conoscenza del personale, della Pubblica Amministrazione committente, dei pazienti e loro familiari e dei fornitori le disposizioni, le direttive e gli orientamenti aziendali riguardanti i procedimenti da seguire per garantire sia la piena rispondenza dei servizi assistenziali e di riabilitazione ai requisiti di qualità prescritti.

Scopo di certificazione del SGQ del Centro:

**CENTRO DI RIABILITAZIONE EX ART. 26 SEMIRESIDENZIALE PER PERSONE CON DISABILITÀ COGNITIVA AD  
ALTO-MEDIO CARICO ASSISTENZIALE. (Settore IAF: 38)**

### 1.4 SISTEMA GESTIONALE - RIFERIMENTI E DESCRIZIONE

Le informazioni documentate del SGQ sono state predisposte avendo assunto a riferimento lo standard internazionale UNI EN ISO 9001:2015 Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti.

Le informazioni sono costituite dalla politica aziendale, dal presente Modello Generale, dalle procedure gestionali, dalle procedure operative, dai modelli documentali associati alle procedure, dai registri di annotazione eventi giornalieri di servizio, dai Programmi di Intervento Individuali e a tutta la documentazione, interna/esterna, che descrive le metodologie esecutive dei servizi e di dettaglio per le attività di supporto.

La struttura del presente Modello si compone di:

- Descrizione azienda e suo contesto economico e territoriale
- Analisi del contesto.
- Scopo e campo di applicazione
- Riferimenti normativi
- Politica aziendale
- Struttura organizzativa per funzioni
- Descrizione dei criteri di gestione dei processi trattati attraverso specifica procedura.
- Elenco procedure gestionali

I suoi allegati sono costituiti da:

- Organigramma funzionale
- Organigramma nominativo
- Carta dei Servizi
- Mappatura dei processi
- Valutazione dei rischi
- Definizione degli indicatori
- Manuale gestione documentazione sanitaria (SIAR)

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 12 di 21</p>
---	--	---------------	----------------------

- Manuale per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti (Risk Management)
- Piano per la Prevenzione delle Infezioni di Comunità
- Piano per l’Umanizzazione e la Personalizzazione dell’Assistenza
- Piano Annuale di Risk Management (PARM)
- Procedura per la gestione dei dati sensibili
- Piano annuale del percorso assistenziale

Il SGQ è strutturato in modo tale da assicurare un’efficace conduzione delle attività direttamente collegate alla qualità dei processi e delle attività assistenziali e riabilitative, attraverso:

- L’identificazione dei processi di riferimento per il Sistema di Gestione e la loro applicazione nell’ambito dell’intera organizzazione.
- La definizione dei criteri per l’approccio gestionale ai diversi processi.
- La definizione delle modalità di monitoraggio, misurazione e analisi di processi, assicurando la disponibilità di risorse e informazioni adeguate all’espletamento di tali attività.
- L’attuazione delle azioni necessarie per conseguire gli obiettivi pianificati e per perseguire il miglioramento continuo dei processi e, di conseguenza, della qualità dei servizi erogati.

I processi sono gestiti in conformità alla norma di riferimento, ai vincoli legali che impattano sull’organizzazione e in accordo con quanto definito nella documentazione del SGQ, in particolare nelle specifiche informazioni documentate.

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 13 di 21</p>
---	--	---------------	----------------------

## **2 POLITICA DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'**

Costituisce fermo principio dell'Associazione erogare i propri servizi, perseguendo l'obiettivo di fornire prestazioni affidabili e innovative. La politica per la qualità è definita e documentata dalla Direzione Generale e dalla Direzione Sanitaria nell'ambito della definizione del SGQ. La politica indica la vision, i valori essenziali e le convinzioni dell'Associazione in materia di assicurazione della promozione della salute dei propri pazienti, dei loro care giver e, per quanto riguarda il personale, si estende al tema della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e serve a definire la direzione, i principi d'azione e i risultati a cui tendere ed esprime l'impegno del vertice aziendale nel promuovere nel personale la conoscenza degli obiettivi, la consapevolezza dei risultati a cui tendere, l'accettazione delle responsabilità e le motivazioni.

La presente Politica aziendale nasce anche allo scopo di dimostrare verso l'interno:

- L'impegno dell'Associazione verso il mantenimento di un elevato standard qualitativo dei servizi erogati.
- L'impegno dell'Associazione verso la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori nei propri ambienti di lavoro.

e, verso l'esterno, che:

- esiste un impegno concreto, da parte dell'Associazione, che include:
  - la vision di centralità del cliente e dell'umanizzazione dei rapporti professionali riferiti ai servizi prestati;
  - l'impegno continuativo a erogare servizi secondo i principi di qualità, efficienza ed efficacia;
  - l'impegno a collaborare e ad integrarsi coerentemente ed efficacemente nella rete dei servizi;
  - l'impegno ad assicurare un lavoro di squadra in tutte le attività che riguardano gli ospiti dell'Associazione;
  - L'impegno a fornire tutto il supporto psicologico necessario alle pazienti e ai loro familiari e care givers;
  - l'impegno a osservare la normativa vigente in materia di responsabilità amministrativa delle imprese, adottando un proprio Modello Organizzativo e Gestionale in ottemperanza al D.Lgs. 231/001, supportato dalle azioni mirate alla formazione di tutto il personale, all'adozione del Codice Etico e alla nomina di un Organismo di Vigilanza, secondo le disposizioni normative adottate;
  - l'impegno ad assicurare costantemente l'integrazione tra aspetto clinico, riabilitativo, psicologico e assistenziale, attraverso canali di comunicazione efficaci tra le diverse figure professionali coinvolte nei servizi;
  - l'impegno al miglioramento continuo delle proprie prestazioni, tramite percorsi formativi e di sviluppo delle risorse umane impiegate;

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 14 di 21</p>
---	--	---------------	----------------------

- l’affermazione che le responsabilità nella gestione di servizi, di elevato livello qualitativo, riguarda l'intera organizzazione aziendale, dalla Direzione Generale sino ad ogni lavoratore, ciascuno secondo le proprie mansioni e competenze;
- l’impegno a considerare la salute e sicurezza nel luogo di lavoro ed i relativi risultati come parte integrante della gestione aziendale;
- l’impegno a fornire le risorse professionali e strumentali necessarie a mantenere l’elevato livello qualitativo atteso;
- l’impegno a riesaminare periodicamente la presente Politica e la Carta dei Servizi, che la include, e il Sistema di Gestione per la Qualità attuato;
- l’impegno a definire e diffondere all'interno dell’Associazione gli obiettivi periodici e i relativi programmi di attuazione.
- l’organizzazione aziendale tende all’obiettivo del miglioramento continuo.

La Politica dell’Associazione e i suoi obiettivi sono comunicati tramite affissione in bacheca e pubblicazione all’interno del sito istituzionale in modo da garantirne la conoscenza e la divulgazione a tutto il personale e agli stakeholder in generale.

Sia la Politica dell’Associazione che gli obiettivi possono essere aggiornati in funzione delle mutate esigenze aziendali ed è comunque compito della Direzione Generale unitamente alla Direzione Sanitaria, individuare i nuovi principi e renderli noti a tutto il personale. Tale evento avviene, generalmente, in occasione dei previsti riesami della direzione in materia di SGQ.

A tal fine la Direzione Generale congiuntamente alla Direzione Sanitaria, si assume il compito di:

- definire e applicare il Sistema di Gestione per la Qualità;
- eseguire periodici riesami del Sistema di Gestione per la Qualità;
- garantire la disponibilità di adeguate risorse umane (competenze e qualifiche) e tecniche (infrastrutture, laboratori, etc.)
- promuovere le azioni necessarie per prevenire il verificarsi di non conformità di servizio fornito ai pazienti e del Sistema di Gestione per la Qualità;
- verificare l'attuazione delle soluzioni adottate
- nominare un proprio Rappresentante in qualità di Responsabile per la Gestione del Sistema Qualità che gestisca l’operatività del Sistema di Gestione per la Qualità;
- incaricare professionisti esperti per condurre i cicli di internal audit;
- stabilire le metodologie di misurazione delle prestazioni dell’Associazione per accertarsi del conseguimento degli obiettivi pianificati;
- tali metodologie comprendono in via minimale ed esemplificativa:
  - misurazioni delle prestazioni dei processi aziendali;
  - valutazioni del livello di soddisfazione delle famiglie degli ospiti in merito ai servizi erogati ed alla qualità da questi percepita;
  - valutazione dei rapporti emessi da parte di Organismi di controllo esterni;
- agire prontamente con azioni correttive, individuando i responsabili e i tempi di attuazione,

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 15 di 21</p>
---	--	---------------	----------------------

al verificarsi di scostamenti dagli obiettivi aziendali evidenziati da reclami o lamentele da parte delle famiglie degli ospiti;

- assicurare il costante monitoraggio e aggiornamento, in ogni caso di necessità, della valutazione dei rischi e delle opportunità di impresa, nonché, ancora più importante, la valutazione del rischio clinico associato alle attività cliniche svolte dell'Associazione.

Al fine di poter rispettare quanto stabilito nella Politica Aziendale e di garantire il raggiungimento degli obiettivi, la Direzione Generale sentendo in merito la Direzione Sanitaria, ritiene fondamentale:

- coinvolgere, motivare e valorizzare le proprie risorse umane, attraverso la divulgazione della Politica e degli obiettivi aziendali, utilizzando come strumento il Sistema di Gestione per la Qualità, garantendo l'informazione, la formazione, l'addestramento e l'aggiornamento necessari;
- individuare la criticità dei processi aziendali che concorrono all'erogazione dei servizi, in modo da attuare azioni atte a monitorarle e se necessario a risolverle;
- definire obiettivi per il miglioramento continuo dei servizi erogati dell'Associazione nel rispetto delle prescrizioni legislative, che sono la normativa ed i regolamenti dei livelli istituzionali sovraordinati regolamentari e contrattuali, della volontà di garantire lo sviluppo delle proprie risorse e la crescita professionale del personale;
- assicurare il rispetto delle leggi in materia di sicurezza e salute dei lavoratori;
- assicurare la diffusione della presente Politica, della Carta dei Servizi e del Codice Etico a tutte le parti esterne interessate, attraverso il sito web dell'Associazione.
- affermare che la responsabilità nella gestione della qualità riguarda l'intera organizzazione aziendale, dai vertici sino ad ogni lavoratore, ciascuno secondo le proprie attribuzioni e competenze;
- impegnarsi a fornire le risorse umane e strumentali necessarie alla corretta gestione del Sistema di Gestione per la Qualità;
- impegnarsi a far sì che i lavoratori siano sensibilizzati e formati per svolgere i loro compiti in sicurezza e per assumere le loro responsabilità in materia di qualità dei servizi prestati.
- La Direzione Sanitaria assicura che tutte le professionalità siano coinvolte nei programmi di valutazione e miglioramento della qualità

La Direzione Generale e la Direzione Sanitaria, in collaborazione con il Responsabile del Sistema di gestione per la Qualità, periodicamente, in occasione del Riesame della Direzione verificano il rispetto degli impegni sopra elencati, il raggiungimento degli obiettivi e definiscono azioni volte a recuperare eventuali scostamenti e a pianificare azioni di miglioramento.

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 16 di 21</p>
---	--	---------------	----------------------

### **3 STRUTTURA ORGANIZZATIVA – FUNZIONIGRAMMA – ORGANIGRAMMA**

Il Funzionigramma e l'organigramma dell'Associazione sono riportati in allegato al presente Modello. L'organigramma indica i nominativi dei responsabili di funzione, mentre il restante personale e relative qualifiche è riportato all'interno del documento "organico aziendale".

### **4 CRITERI GESTIONALI DEI PROCESSI**

#### **4.1 RIESAME DELLA DIREZIONE**

La Direzione Generale e il Direttore Sanitario, almeno annualmente, si riuniscono per riesaminare il sistema di gestione per la qualità; in tale occasione sono predisposte le azioni per il miglioramento continuo e sono definiti gli obiettivi annuali.

Il fine del riesame è quello di determinare la costante adeguatezza e efficacia del SGQ, per ridefinire il quadro di indicatori, rischi/opportunità, per l'attuazione della politica e per il conseguimento degli obiettivi previsti in tema di qualità.

Il riesame del SGQ può essere effettuato con cadenza più intensificata, se ritenuto opportuno e, i criteri esecutivi sono espressi all'interno della procedura PRG-04.

#### **4.2 OBIETTIVI E PROGRAMMI FINALIZZATI AL MIGLIORAMENTO CONTINUATIVO DELLE PRESTAZIONI DEL SGQ**

La Direzione Generale e il Direttore Sanitario, stabilisce degli "obiettivi annuali" in linea con la Politica aziendale dichiarata e prevedendo indicatori che consentano il monitoraggio e la misurazione finale del grado di raggiungimento.

Le decisioni tese al miglioramento aziendale sono indicate nel documento "Obiettivi annuali". A tale scopo le analisi eseguite da RSQ, attraverso specifiche schede di elaborazione dei dati, si propongono di documentare il monitoraggio periodico, nonché l'individuazione del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati e di verificare l'adeguatezza e la regolarità dei processi che hanno interessato l'azienda durante l'anno trascorso.

Le schede di elaborazione costituiscono il *format* all'interno del quale fornire informazione documentata riferita ai monitoraggi, alle misurazioni delle performance aziendali, oltre a divenire anche documentazione degli input decisionali.

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 17 di 21</p>
---	--	---------------	----------------------

#### **4.3 GESTIONE DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE**

Vengono di seguito descritte le fasi di produzione ed emissione delle informazioni documentate del SGQ:

- Redazione e identificazione
- Controllo o verifica
- Approvazione
- Distribuzione
- Modifiche
- Revisioni

In funzione del documento, alcune fasi possono conglobarne altre che non figureranno quindi presenti nel documento.

L'architettura delle informazioni documentate componenti il SGQ è mantenuta sotto controllo, per gli aspetti di revisione e data di approvazione e di successiva entrata in vigore, da RSQ che provvede a mantenerle elencate all'interno del modello "Elenco informazioni documentate del SGQ".

#### **4.4 QUALIFICA FORNITORI**

La qualificazione di un fornitore è effettuata per i fornitori di merci di servizi di tenuta, manutenzione, verifica della struttura e delle infrastrutture.

I professionisti contrattualizzati/incaricati di svolgere prestazioni professionali sono valutati sulla base del CV, dei titoli, della esperienza e dei dati storici di conoscenza della loro competenza, conoscenza e affidabilità all'interno dell'Associazione.

La qualificazione dei fornitori di merci e di tenuta, manutenzione e verifica della struttura e delle infrastrutture è registrata all'interno dell'elenco fornitori qualificati. Per i professionisti si provvede, invece, a elencare i nominativi, il ruolo relativo al contratto/incarico ricevuto e la verifica periodica del mantenimento dei requisiti e dei titoli iniziali.

#### **4.5 SERVIZI DI SUPPORTO**

Il Centro definisce, fornisce e mantiene la struttura e le infrastrutture necessarie per ottenere la conformità delle prestazioni assistenziali e di riabilitazione inclusi gli ambienti di lavoro utilizzati come uffici, laboratori, studi medici, cucina, refettorio e gli ambienti di soggiorno dei pazienti.

L'Associazione, allo scopo di assicurare l'idoneità degli ambienti di lavoro, dispone di un Documento di Valutazione dei Rischi e dispone all'interno dei propri locali di adeguate misure di sicurezza; inoltre garantisce programmi di pulizia e igienizzazione costante dei locali, nonché di manutenzione alla struttura e alle infrastrutture, incluse le verifiche periodiche.

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 18 di 21</p>
---	--	---------------	----------------------

All'interno dell'Associazione è disponibile la strumentazione hardware, dotata dei software necessari all'esecuzione delle attività organizzative e gestionali. La strumentazione informatica, è messa a disposizione di ogni figura dell'organico aziendale operante all'interno degli uffici della segreteria, delle Direzioni e presso gli studi medici, i laboratori e l'infermeria.

Sono assicurati programmi di *back up* dei dati e di protezione e sicurezza degli stessi in linea con il Regolamento UE 2016/679.

Il corretto andamento del SGQ, la sua efficacia ed efficienza, sono garantiti dalla fluente ed efficace comunicazione, garantita in forma bidirezionale, ossia dai vertici aziendali al personale operativo e viceversa. I canali sono: verbali in ogni circostanza di incontro tra membri dell'equipe relativamente allo svolgimento delle attività; scritte affisse e rese disponibili a tutto il personale quanto riferite a direttive, orientamenti, decisioni relative alle attività dell'Associazione; a mezzo posta elettronica quando rivolte a uno o più specifici soggetti o indirizzate all'esterno dell'Associazione, naturalmente in questo caso l'eventuale esigenza di ufficialità indur all'utilizzo dell'indirizzo PEC.

**5 ELENCO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE (Procedure Gestionali e Procedure Operative)  
PREDISPOSTE DALL'AZIENDA ALCUNE RICHIAMATE NEL PRESENTE MANUALE**

<b>PROCEDURE GESTIONALI</b>	
<b>CODICE</b>	<b>TITOLO</b>
PRG-01	Formazione, competenza, consapevolezza
PRG-02	Gestione delle attività interne di <i>auditing</i> sul rispetto dei criteri del SGQ
PRG-03	Gestione eventi non conformi, reclami e azioni correttive
PRG-04	Gestione dei servizi dell'Associazione
PRG-05	Gestione del riesame della Direzione
PRG-06	Gestione delle informazioni documentate del SGQ
PRG-07	Gestione obiettivi e programmi
PRG-08	Gestione dei servizi infermieristici
PRG-09	Approvvigionamento
PRG-10	Comunicazione e flussi informativi
<b>PROCEDURE OPERATIVE</b>	
<b>CODICE</b>	<b>TITOLO</b>
PRO-01	Gestione cadute
PRO-02	Gestione emergenze mediche
PRO-03	Gestione paziente epilettico
PRO-04	Gestione terapia al bisogno
PRO-05	Gestione aggressività del paziente
PRO-06	Gestione della prevenzione errori da somministrazione farmaci

**6 HTA Health Technology Assessment**

L'Health Technology Assessment (HTA) è un processo di valutazione multidisciplinare delle ricadute sotto i profili medico, economico, organizzativo, sociale ed etico relative all'introduzione di nuove tecnologie sanitarie.

L'obiettivo dell'HTA è quello di supportare i processi decisionali di politica Sanitaria sia a livello generale come, per esempio, il Ministero della salute e gli Assessorati regionali alla salute, sia a livello intermedio

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 20 di 21</p>
---	--	---------------	----------------------

per le scelte gestionali delle singole strutture sanitarie, sia, infine, a livello professionale per le scelte compiute dai singoli professionisti nella pratica assistenziale quotidiana.

L'Associazione, nella valutazione delle metodologie HTA, si rivolge esclusivamente alle proposte di innovazione o aggiornamento di tecnologie sanitarie, sviluppando valutazioni multidisciplinari delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto ed indiretto, nel breve e lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie proposte.

A tale proposito sono in corso di valutazione i criteri di adozione dell'HTA nell'ambito delle attività proprie dell'Associazione, ossia l'assistenza e la riabilitazione di pazienti affette da patologie che dispongono a disabilità fisiche, psichiche e sensoriali di media e grave entità.

L'approccio alle HTA, in considerazione della base olistica di assistenza e di pratiche di recupero motorio, psichico e sensoriale su cui si fonda la prassi terapeutica dell'Associazione, prevede la gestione di fasi ben definite che coinvolgono in prima linea l'intero vertice aziendale: Direzione Sanitaria e Direzione Generale.

Questo approccio prevede:

- Predisposizione modulo di richiesta di acquisto di nuove tecnologie e pubblicazione dello stesso sul sito aziendale;
- Raccolta centralizzata di tutte le richieste ad opera della Segreteria;
- Verifica della corretta e completa compilazione del modulo di richiesta da parte del richiedente e rinvio al mittente delle richieste incomplete per il perfezionamento;
- Valutazione delle tecnologie sanitarie ed elaborazione di mini-report.
- Promuovere la partecipazione dei vertici alle iniziative regionali di formazione dell'ambito dell'HTA.
- Diffondere la documentazione in materia di HTA, le raccomandazioni e le linee di indirizzo emanate dalla Regione.

## **7 ANALISI DEI RISCHI E OPPORTUNITA'**

 <p><b>Associazione Loïc Francis – Lee</b></p>	<p><b>MODELLO GENERALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b></p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pag. 21 di 21</p>
---	--	---------------	----------------------

### **7.1 CRITERIO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

L'analisi dei rischi e delle opportunità è stata oggetto di valutazione nell'ambito del processo decisionale valutata sulla base dei criteri specificati all'interno dell'Allegato al presente documento, in questa sede, si rinvia.