

# l'imprevisto

MANUALE DELLA QUALITÀ  
SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ'  
"UNI EN ISO 9001:2015"

COPIA CONTROLLATA  N° 01

DISTRIBUITA A \_\_\_\_\_

Preparato (RGQ)



Verificato e Approvato  
(Pres. C.d.A.)



# l'imprevisto

## REVISIONE DEL PRESENTE MANUALE:

CAP	REV.	DEL	MOTIVO
TUTTI	00	01/07/2003	EMISSIONE DEL MANUALE
ALL.TO 2	01	27/01/2004	INSERIMENTO DEL SUPERVISORE IN ORGANIGRAMMA E NEL MANSIONARIO
ALL.TO 1	01	27/01/2004	INTEGRAZIONE DELLA POLITICA PER LA QUALITÀ CON NUOVI OBIETTIVI
ALL.TO 2	02	01/01/2009	MODIFICATO ORGANIGRAMMA E MANSIONARI
TUTTI	03	31/07/2009	RI-EMISSIONE DEL MANUALE QUALITÀ SECONDO LA NORMA UNI EN ISO 9001:08
CAP 2	04	31/01/2011	AGGIORNATA LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO
TUTTI	05	31/01/2020	EMISSIONE DEL MANUALE
TUTTI	06	15/09/2023	REVISIONE GENERALE ALLA LUCE DELLA RECENTE NORMATIVA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

# l'imprevisto

## INDICE

### 0. INTRODUZIONE

#### 0.1. PRESENTAZIONE

0.2. MATRICE DI CORRELAZIONE TRA LA NORMA UNI EN ISO 9001:2015 E REQUISITI DI ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO-SANITARIE AI SENSI DELL'ALLEGATO 1 ALLA PRES. C.D.A.R 1889/2001 (TDC – TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI/UTENTI) E DELLA PRES. C.D.A.R N. 169 DEL 2016 (D.G.R. 169 DEL 7 MARZO 2016 REST)

### 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

### 2. RIFERIMENTI NORMATIVI

### 3. TERMINI E DEFINIZIONI

### 4. CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

#### 4.1. COMPRENDERE L'ORGANIZZAZIONE E IL SUO CONTESTO

#### 4.2. COMPRENDERE LE ESIGENZE E LE ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE

#### 4.3. DETERMINARE IL CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SGQ

#### 4.4. SGQ E RELATIVI PROCESSI

##### 4.4.1. PROCESSI PRINCIPALI E DI SUPPORTO E LORO INTERCONNESSIONI LOGICHE

### 5. LEADERSHIP

#### 5.1. LEADERSHIP E IMPEGNO

##### 5.1.2. FOCALIZZAZIONE SUL CLIENTE

#### 5.2 POLITICA

##### 5.2.1. STABILIRE LA POLITICA PER LA QUALITÀ

##### 5.2.2. COMUNICARE LA POLITICA PER LA QUALITÀ

##### 5.3.1. ORGANIGRAMMA

##### 5.3.2. PROFILI PROFESSIONALI

### 6. PIANIFICAZIONE

#### 6.1. AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI E OPPORTUNITÀ

#### 6.2. OBIETTIVI PER LA QUALITÀ E PIANIFICAZIONE PER IL LORO RAGGIUNGIMENTO

#### 6.3. PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE

### 7. SUPPORTO

#### 7.1. RISORSE

# l'imprevisto

7.1.1. RISORSE UMANE

7.1.2. PERSONALE

7.1.3. INFRASTRUTTURE

7.1.4. AMBIENTE DI LAVORO

7.1.5. RISORSE PER IL MONITORAGGIO E LA MISURAZIONE

7.1.6. CONOSCENZA ORGANIZZATIVA

7.2. COMPETENZA

7.3. CONSAPEVOLEZZA

7.4. COMUNICAZIONE

7.5. INFORMAZIONI DOCUMENTATE

7.5.1. GENERALITÀ

7.5.2. CREAZIONE E AGGIORNAMENTO

7.5.3. CONTROLLO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE

## **8. ATTIVITÀ OPERATIVE**

8.1. PIANIFICAZIONE E CONTROLLO OPERATIVI

8.2. REQUISITI PER I PRODOTTI E I SERVIZI

8.3. PROGETTAZIONE E SVILUPPO DI PRODOTTI E SERVIZI

8.4. CONTROLLO DEI PROCESSI, PRODOTTI E SERVIZI FORNITI DALL'ESTERNO

8.5. PRODUZIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI

8.5.1. CONTROLLO DELLA PRODUZIONE E EROGAZIONE DEI SERVIZI

8.5.2. IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ

8.5.3. PROPRIETÀ CHE APPARTENGONO AI CLIENTI O FORNITORI ESTERNI

8.5.4. PRESERVAZIONE

8.5.5. ATTIVITÀ DI POST CONSEGNA

8.5.6. CONTROLLO DELLE MODIFICHE

8.6. RILASCIO DI PRODOTTI E SERVIZI

8.7. CONTROLLO DEGLI OUTPUT NON CONFORMI

## **9. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

9.1. MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE

9.1.1. GENERALITÀ

9.1.2. SODDISFAZIONE DEL CLIENTE

# l'imprevisto

9.1.3. ANALISI E VALUTAZIONE

9.2. AUDIT INTERNO

9.3. RIESAME DI DIREZIONE

## **10. MIGLIORAMENTO**

10.1. GENERALITÀ

10.2. NON CONFORMITÀ E AZIONI CORRETTIVE

10.3. MIGLIORAMENTO CONTINUO

## **ALL. 1 POLITICA PER LA QUALITÀ**

## 0. INTRODUZIONE

### 0.1 PRESENTAZIONE

La Comunità terapeutica Educativa per minori e giovani adulti è sorta, come altre specifiche esperienze del Centro Italiano di Solidarietà, per l'intuizione del suo fondatore Don Gianfranco Gaudiano.

Entrambe le opere dal 1° Ottobre 1996 sono gestite dalla Cooperativa Sociale "L'IMPREVISTO" costituita da tutti gli operatori e volontari impegnati nella Comunità Terapeutica Educativa maschile (C.T.E.) e femminile ("Tingolo per tutti").

La Comunità terapeutica Educativa per minorenni e giovani adulti tossicodipendenti ha iniziato la sua attività il 1° ottobre 1990; si avvale di personale dotato di provata esperienza e con specifiche competenze psicopedagogiche.

La Cooperativa Sociale "L'IMPREVISTO", attraverso la Comunità Terapeutica Educativa e il Tingolo per Tutti, intende dare una concreta testimonianza impegnandosi a favore di queste nuove forme di sofferenza esistenziale e sociale. Appare, infatti, urgente adoperarsi contro il dilagante disimpegno che a più livelli ed in molte forme si esprime nella vita personale e civile degli uomini del tempo presente, ed in particolare dei giovani.

La Comunità, dunque, accoglie ragazzi minorenni e giovani adulti segnalati dagli operatori delle Unità Sanitarie locali, dagli operatori dei Comuni, dagli operatori dei Servizi Sociali dei Tribunali dei Minorenni, dagli uffici giudiziari e dai responsabili della Giustizia Minorile.

La Comunità Terapeutica Educativa svolge la sua attività in Pesaro e consta di due strutture, una situata in strada delle Marche al numero 69 e l'altra in Strada Panoramica Ardizio, 119- 121.

La prima è situata ad 1 Km immediatamente fuori Pesaro, lungo la strada nazionale tra Pesaro e Fano. Consta di una grande villa recentemente ristrutturata e dotata di tutti i servizi necessari, circondata da un vasto parco alberato. L'intero terreno che circonda la villa è di circa due ettari. L'immobile è di proprietà della Cooperativa Sociale "L'IMPREVISTO". L'edificio principale comprende, al piano terra, un grande salone per la refezione, le riunioni e la ricreazione, una cucina, attrezzata in modo "alberghiero", una dispensa, un altro salone per le riunioni e la ricreazione, utilizzato anche come sala TV, la sala riunioni dell'équipe terapeutica, l'ufficio operatori e la saletta per i colloqui.

Il reparto notte è diviso in due aree: la prima comprende quattro camere, di cui una per l'operatore, tre servizi igienici, due stanze adibite a deposito ed un balcone; la seconda organizzata su due piani comprende complessivamente dieci camere, di cui una dell'operatore e sei servizi igienici, oltre ad un ampio terrazzo. Nel piano seminterrato, una volta destinato a cantina, sono stati realizzati dei laboratori attrezzati con macchine utensili, la lavanderia e la stireria.

L'edificio secondario, costruito in seguito, comprende l'ufficio della direzione, la segreteria e gli uffici amministrativi.

Una parte del terreno è stata adibita a campo da calcio. È stato inoltre costruito un campo polivalente di pallacanestro, pallavolo e calcetto.

## UTENZA

La Comunità terapeutica educativa per minori e giovani adulti tossicodipendenti con certificazione di tossicodipendenza rilasciata dal Servizio Territoriale per le dipendenze, si propone come obiettivo primario il recupero di ragazzi tossicodipendenti. Le persone accolte hanno una età compresa tra i quattordici e i venticinque anni.

La tipologia di questa particolare utenza è costituita da minori e giovani adulti coinvolti in maniera continuativa o occasionale, ma con evidente vocazione al proseguimento, nel giro della tossicodipendenza; Spesso coinvolti in un disagio psico-relazionale, per un ritardo evolutivo globale e/o parziale, con disturbo della personalità e/o che gestiscono la propria esistenza in condizioni di grave isolamento. Sono prevalentemente ragazzi soli, senza amici e riferimenti, che finiscono per trovarsi in situazioni a rischio; coinvolti, in modo più o meno occasionale, in esperienze di delinquenza (furti, risse, danneggiamenti, reati vari...) segnalati dal Tribunale per Minorenni; coinvolti in "gruppi di pari a rischio" (bande adolescenziali); talvolta coinvolti in disturbi alimentari psicogeni;

disoccupati problematici: quegli adolescenti che senza punti di riferimento sicuri sono impossibilitati ad immettersi nel mercato del lavoro o incapaci di farlo, e la cui conseguente inattività rappresenta una situazione a rischio;

espulsi dalla scuola media per motivi caratteriali, relazionali o di rendimento, senza o con scarse possibilità di continuare negli studi o di inserirsi autonomamente nel mondo del lavoro;

provenienti da un mondo familiare con gravi difficoltà o con genitori incapaci di guidarli in questo passaggio così delicato e critico per la loro formazione.

È certo che non per tutte le situazioni elencate nella tipologia dell'utenza si legittima e si impone la Comunità residenziale.

## ORGANIZZAZIONE

Presidente della Coop. L'Imprevisto è il Dott. Silvio CATTARINA.

Sono state introdotte le figure del Responsabile per la Gestione della Qualità e il Referente del sistema qualità ed accreditamento che, alle dirette dipendenze del Responsabile, coordinano lo sviluppo e la gestione del Sistema Qualità e Accreditamento.

**0.2 MATRICE DI CORRELAZIONE TRA LA NORMA UNI EN ISO 9001:2015 E REQUISITI DI AUTORIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE DI CUI ALLA DGR 937/2020 E DI ACCREDITAMENTO AI SENSI DELLA DGR 1572/2019**

Requisiti UNI EN ISO 9001:2015	Requisito Autorizzazione e Accreditemento
0. Introduzione	
1. Scopo e Campo di Applicazione	
2. Riferimenti Normativi	
3. Termini e Definizioni	
4. Contesto dell'Organizzazione	46 AUT
4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto	
4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate	
4.3 Determinare il campo di applicazione del Sistema di gestione per la qualità	
4.4 Sistema di gestione per la qualità e relativi processi	
5. Leadership	
5.1 Leadership e impegno	
5.2 Politica	
5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'Organizzazione	35 RMG AUT; 36 AUT; 41 AUT;
6. Pianificazione	
6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità	
6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento	46 RMG AUT
6.3 Pianificazione delle modifiche	
7. Supporto	
7.1 Risorse	
7.1.1 Generalità	
7.1.2 Persone	38 – 40 – 41 RMG AUT
7.1.3 Infrastruttura	
7.1.4 Ambiente per il funzionamento di processi	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13 – 14 – 15 – 16 – 20 – 29 RMG AUT



	1 – 2 – 3 – 10 RMS AUT
7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione	
7.1.6 Conoscenza organizzativa	
7.2 Competenza	35 bis RMG AUT
7.3 Consapevolezza	35B – 36 – 37 – 39 RMG AUT
7.4 Comunicazione	
7.5 Informazioni documentate	46 RMG AUT
7.5.1 Generalità	
7.5.2 Creazione e aggiornamento	
7.5.3 Controllo delle informazioni documentate	
8. Attività Operative	
8.1 Pianificazione e controllo operativi	
8.2 Requisiti per i prodotti e i servizi	10 RMG AUT, 30 RMG AUT, 33 RMG AUT, 56 RMG AUT 14 RMS AUT
8.2.1 Comunicazione con il cliente	
8.2.2 Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi	
8.2.3 Riesame dei requisiti relativi ai prodotti e servizi	
8.2.4 Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi	
8.3 Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi	32 RMG AUT, 45 RMG AUT, 11 RMS AUT
8.3.1 Generalità	
8.3.2 Pianificazione della progettazione e sviluppo	
8.3.3 Input alla progettazione e sviluppo	
8.3.4 Controlli della progettazione e sviluppo	
8.3.5 Output della progettazione e sviluppo	
8.3.6 Modifiche della progettazione e sviluppo	
8.4 Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno	
8.4.1 Generalità	
8.4.2 Tipo ed estensione del controllo	
8.4.3 Informazioni ai fornitori esterni	
8.5 Produzione ed erogazione dei servizi	

8.5.1 Controllo della produzione e dell'erogazione dei servizi	34 RMG AUT
8.5.2 Identificazione e rintracciabilità	15 – 16 – 17 RMS AUT 40 RMG AUT
8.5.3 Proprietà che appartengono ai clienti o ai fornitori esterni	
8.5.4 Preservazione	
8.5.5 Attività post-consegna	
8.5.6 Controllo delle modifiche	
8.6 Rilascio di prodotti e servizi	
8.7 Controllo degli output non conformi	
9. Valutazione delle prestazioni	
9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione	
9.1.1 Generalità	
9.1.2 Soddisfazione del cliente	
9.2 Audit interno	
9.3 Riesame di direzione	
9.3.1 Generalità	
9.3.2 Input al riesame di direzione	
9.3.3 Output del riesame di direzione	
10. Miglioramento	
10.1 Generalità	
10.2 Non conformità e azioni correttive	
10.3 Miglioramento continuo	

## 1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

### A. SCOPO

---

Scopo del presente Manuale Qualità (di seguito chiamato MQ) è quello di descrivere i requisiti del Sistema di gestione per la qualità della COOP. L'IMPREVISTO.

Tali requisiti vengono descritti al fine di:

- dimostrare la capacità a fornire sistematicamente servizi conformi ai requisiti del cliente e ai requisiti di legge ed ai regolamenti interni
- mirare alla soddisfazione del cliente e utente finale del servizio attraverso una efficace ed efficiente gestione del proprio SGQ, inclusi i processi relativi al miglioramento continuo.
- mirare alla prevenzione di non conformità.

Il presente MQ ha anche lo scopo di dimostrare la conformità del SGQ descritto, alla norma di riferimento UNI EN ISO 9001:2015.

### B. CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SISTEMA QUALITÀ

---

Il presente MQ viene applicato a tutti i processi della COOPERATIVA L'IMPREVISTO relativi a:

- Progettazione ed erogazione di servizi educativi e terapeutici per minorenni e giovani adulti tossicodipendenti
- Design and provision of educational and therapeutic service for juvenile and adult delinquents and drug addicts

### C. ESCLUSIONI AMMESSE

---

Tutti i requisiti della norma UNI EN ISO 9001:15 risultano applicabili.

## 2. RIFERIMENTI NORMATIVI

Il presente MQ è formulato secondo le indicazioni e gli indirizzi espressi dalle norme e dalla legislazione:

- UNI EN ISO 9001:2015 Sistemi di Gestione della Qualità-Requisiti
- LR 21/2016, disciplina l'autorizzazione alla realizzazione, l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie.
- Regolamento regionale del 1° febbraio 2018, n. 1
- DGR 937 e 938 del 2020 sull'Autorizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale
- DGR 1572/2019 Manuale di accreditamento

Il Sistema Qualità della COOP. L'IMPREVISTO recepisce inoltre le prescrizioni riportate nelle normative di settore applicabili indicate nell'**Elenco generale delle Leggi e Norme applicabili**.

- Decreto del Ministero della Sanità 19/2/1993: Approvazione di schema-tipo di convenzione tra unità sanitarie locali ed enti, società cooperative o associazioni che gestiscono comunità terapeutiche per soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope;
- D.lgs. 81/2008: Testo unico sulla sicurezza;
- LEGGE REGIONALE 2 gennaio 1992, n. 1: Istituzione degli albi regionali degli enti gestori di strutture per la riabilitazione e il reinserimento sociale dei tossicodipendenti (Iscrizione all'albo regionale degli enti ausiliari senza fine di lucro);
- DGR 221 del 31/1/94: Modalità per l'istruttoria della domanda per l'iscrizione agli albi regionali;
- Provvedimento 5 agosto 1999 (pubbl. sulla G.U. n. 231 del 1° ottobre 1999): Atto d'intesa Stato-Regioni - requisiti minimi per autorizzazione e accreditamento comunità terapeutiche;
- Regolamento UE n. 679/2016: General Data Protection Regulation;
- Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, aggiornato al D.lgs. 101/2018: Norme per la tutela della privacy;
- Convenzione con Ministero di grazia e giustizia, dettata dalle norme delle "contabilità di stato". Per la conformità delle strutture si seguono i dettami del codice di procedura penale minorile in particolare l'art.1 -10 e 28 del D.L. 272/89 (vedi convenzione pag.1 e pag.4);
- L.R. del 16/3/2000 N.20: Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri DPCM 1/04/2008: Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei

rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria;

- Legge 24/12/2007 n° 244: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)
- Norma UNI EN ISO 9001/2015: Sistemi di gestione per la Qualità;
- D. Lgs. n. 152 del 3 aprile 2006 (abrogativo del Decreto Ronchi D.Lgs. n. 22/1997): Norme in Materia Ambientale
- Decreto Legislativo 193/2007 abrogativo del D.Lgs. 155/97; Normativa HACCP: Regolamento Europeo 852/2004, Regolamento Europeo 853/2004, Regolamento Europeo 854/2004, Regolamento Europeo 882/2004, Regolamento Europeo 178/2002, Circolare n°1/98 del Ministero della Sanità, Circolare n°11/98 del Ministero della Sanità, D.lgs. 155/97: Igiene e prodotti alimentari.
- D.M. 23 giugno 2004: Istituzione dell'Albo delle società cooperative, in attuazione dell'art. 9 del decreto legislativo 17 gennaio 2003, n. 6, e dell'art. 223- sexiesdecies delle norme di attuazione e transitorie del Codice civile. (Pubblicato nella G.U. n. 162 del 13 luglio 2004);
- Decreto Legislativo 17 gennaio 2003, n.6 attuativo della Legge 3 ottobre 2001, n. 366: Riforma organica della disciplina delle società di capitali e società cooperative.
- L. 3 aprile 2001, n. 142: Revisione della legislazione in materia cooperativistica, con particolare riferimento alla posizione del socio lavoratore;
- Legge 8 novembre 1991, n. 381: Disciplina delle cooperative sociali;
- Legge regionale 18 dicembre 2001, n. 34 Promozione e sviluppo della cooperazione sociale (istituzione dell'albo cooperative sociali);
- D.P.R. 309/1990 modificato dal Decreto legislativo 1° marzo 2018, n. 21 e dal Decreto del Ministero della Salute 12 ottobre 2018: Testo unico sulla droga 2019;
- DGR 747 del 29/6/2004, modificata e integrata dalla DGR 1534 dell'11/11/2013: Atto di riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche;
- L.R. n. 21/2016: Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati;
- Regolamento regionale n. 1/2018: Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali pubblici e privati;
- Legge 11 gennaio 2018, n. 3: Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute;

- DGR n. 289 del 9/04/2015: Revisione del fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitaria extraospedaliera, sociosanitaria e sociale.
- DGR n. 1669/2019: Autorizzazione
- DGR n. 937/2020: Accredimento
- DGR n. 1572/2019: Accredimento
- DGR 1534 dell'11/11/2013: Integrazione della DGR 747/04 – Riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche DGR n. 1669/2019
- DGR n. 1105/2017: Revisione del fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree sanitaria, extra ospedaliera, sociosanitaria e sociale
- DGR n. 685 dell'8 Giugno 2020: Linee di indirizzo regionali per la gestione delle strutture residenziali sanitarie, sociosanitarie e sociali nell'area extra ospedaliera nel graduale superamento dell'Emergenza Covid-19

### 3. TERMINI E DEFINIZIONI

#### A. TERMINOLOGIA USATA

---

Il significato dei termini usati nel Manuale della Qualità e/o Manuale delle Procedure è quello indicato nella norma UNI EN ISO 9001.15

Si ritiene comunque utile riportare sinteticamente le seguenti definizioni:

**ADDESTRAMENTO:**

Modalità di formazione e preparazione del personale tramite corsi o iniziative atte a fornire al personale stesso le richieste di conoscenze teoriche e pratiche ed a permettere il riscontro della loro proficua acquisizione.

**ASSICURAZIONE QUALITÀ:**

Parte del sistema di gestione per la qualità mirata a dare fiducia che un prodotto o servizio soddisfi determinati requisiti.

**CONFORMITÀ:**

Esatta rispondenza delle caratteristiche di qualità di un prodotto, servizio o processo ai requisiti stabiliti per esso.

**CONTROLLO DELLA QUALITÀ:**

Le tecniche e le attività a carattere operativo messe in atto per soddisfare i requisiti di Qualità.

**DIFETTO:**

Non osservanza di requisiti in relazione all'impiego previsto.

**EFFICACIA:**

Rispondenza di un sistema (organizzazione, procedura, processo, prodotto, servizio, ecc.) ai suoi obiettivi, ovvero a quei fattori che ne costituiscono la ragion d'essere.

**EFFICIENZA:**

Quoziente tra l'efficacia di un sistema e l'insieme delle risorse impegnate per la sua realizzazione.

**OBIETTIVO PER LA QUALITÀ:**

Qualcosa a cui ci si aspira o a cui si mira, relativo alla qualità.

**QUALITÀ:**

L'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite

**POLITICA PER LA QUALITÀ:**

Gli obiettivi e gli indirizzi generali di una organizzazione per quanto riguarda la qualità, espressi in modo formale dall'alta direzione.

**PROCESSO:**

Insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita.

**SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ (SGQ):**

La struttura organizzativa, le responsabilità, le procedure, i procedimenti e le risorse messe in atto per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione con riferimento alla qualità

**SPECIFICA:**

Documento che prescrive i requisiti ai quali il prodotto o servizio deve risultare conforme.

## **b. ELENCO DEGLI ACRONIMI**

---

Le sigle ed abbreviazioni più frequentemente utilizzate nel presente MQ sono riportate di seguito:

MQ	=	Manuale della Qualità
NC	=	Non conformità
PR	=	Processi
VI	=	Visita Ispettiva
VNC	=	Verbale di Non Conformità
RVI	=	Responsabile visita ispettiva interna per la qualità
RGQ	=	Responsabile della gestione qualità



## 4. CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

### 4.1 COMPRENDERE L'ORGANIZZAZIONE E IL SUO CONTESTO

L'IMPREVISTO COOP. SOCIALE ha implementato un processo strutturato di identificazione, valutazione e prioritizzazione dei fattori di contesto che sono in grado di influire in modo significativo sulla sua capacità di generare valore nel breve, medio e lungo termine, ovvero i cosiddetti fattori rilevanti.

L'analisi e la valutazione dei fattori di contesto prende in considerazione il perimetro interno ed esterno all'organizzazione. Il processo di identificazione dei fattori rilevanti del contesto è stato implementato e viene riesaminato periodicamente, facendo attenzione, per quanto possibile, a rilevare le specificità più significative che rientrano nel perimetro di implementazione e mantenimento del Sistema di Gestione Qualità.



I fattori che hanno impatto sui risultati dell'organizzazione possono essere interni o esterni e molto diversificati fra loro:

Fattori esterni: possono essere di natura legale, tecnologica, concorrenziale, di mercato, culturale o socioeconomica ed essere a livello internazionale, nazionale, regionale o locale.

Fattori interni: possono riferirsi a valori, cultura, conoscenza e performance proprie dell'organizzazione.

L'organizzazione ha delineato la propria strategia individuando il suo contesto entro il quale si muove, ossia il suo settore di riferimento:

Contesto:

<b>Prodotti / Servizi Erogati</b>	Progettazione ed erogazione di servizi educativi e terapeutici per minorenni e giovani adulti tossicodipendenti
<b>Mercato di riferimento Legale</b>	<p>L'organizzazione opera nel settore privato</p> <p>In relazione al mercato di riferimento descritto, determinante risulta il contesto normativo nazionale ed internazionale, oltre a quello regionale che l'organizzazione è tenuta a rispettare</p> <p><b>LR 21/2016, disciplina l'autorizzazione alla realizzazione, l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie</b></p> <p><b>D.lgs. 81/2008 e D.lgs. 160/09 e s.m.i.:</b> Testo unico in materia di Sicurezza e tutela dei luoghi di lavoro</p> <p><b>Reg. 2016/679/UE (GDPR / D.lgs. 196/2003 (Legge sulla privacy).</b></p>
<b>Processi critici</b>	<p>L'organizzazione ha individuato processi critici per il proprio SGQ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestione Convenzioni</li> <li>Progettazione Educativa e Terapeutica individualizzata</li> <li>Erogazione dei servizi educativi e Terapeutici</li> <li>Dimissioni</li> <li>Approvvigionamento di servizi</li> <li>Gestione risorse umane e tecniche</li> </ul>
<b>Principali parti interessate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enti e istituzioni</li> <li>Enti invianti</li> <li>Utenti</li> <li>Fornitori di servizi Personale interno</li> </ul>

L'IMPREVISTO determina, verifica e riesamina costantemente quali problemi interni ed esterni possano avere effetti sull'effettiva capacità di fornire costantemente prodotti e/o servizi conformi ai requisiti del cliente e/o di leggi e regolamenti, ovvero sui risultati del Sistema di Gestione.

La procedura per il monitoraggio ed il riesame delle parti interessate rilevanti per il Sistema di Gestione per la Qualità e dei requisiti ad esse applicabili (Analisi Rischi - AR) è riportata nel presente Manuale.

L'organizzazione determina i fattori esterni ed interni rilevanti per le sue finalità e che influenzano la sua capacità di conseguire gli esiti attesi per il proprio SGQ.

La valutazione del contesto è stata elaborata prendendo in carico dal SGQ gli aspetti legati al contesto dell'attività, agli aspetti normativi e alle richieste delle parti interessate. Dall'analisi del contesto possono derivare degli obiettivi di miglioramento da inserire nel Riesame annuale.

**4.2 COMPRENDERE LE ESIGENZE E LE ASPETTATIVE DELLE PARTI INTERESSATE**

Di seguito viene riportata la mappatura delle parti interessate con la definizione delle relative aspettative/esigenze.

**PARTI INTERESSATE E LORO ASPETTATIVE**



Una volta determinati 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. Sono state identificate n. 6 grandi categorie, queste categorie principali sono state a loro volta suddivise in sottocategorie:

CATEGORIE	SOTTOCATEGORIE
SOCI PROPRIETARI	
ISTITUZIONI	Regioni, Comuni
BUSINESS PARTNER	Partner finanziari e creditizi; Associazioni di categoria
UTENTI / CLIENTI	Committenza pubblica (Ministero di Grazia e Giustizia, Comune) e privata Enti Inviati (ASUR/AST, Ministero di Grazia e Giustizia, Comune) Famiglie utenti Cittadinanza e collettività
LAVORATORI	Dipendenti; Professionisti
FORNITORI	Fornitori di servizi

Per ogni categoria di stakeholder sono stati individuati i requisiti che devono essere rispettati per la soddisfazione degli stakeholder stessi.

	STAKEHOLDER PARTI INTERESSATE RILEVANTI	REQUISITI RILEVANTI
ESTERNE	ISTITUZIONI	Rispetto requisiti contrattuali e requisiti cogenti Crescita reputazionale del servizio
	BUSINESS PARTNERS	Continuità collaborazioni Sviluppo nuove collaborazioni
	UTENTI/CLIENTI	Rispetto delle norme di legge e della normativa accreditamento Continuità del servizio Trasparenza e condivisione dell'intervento terapeutico ed educativo Recupero scolastico per ragazzi in obbligo formativo Efficacia del servizio
	FORNITORI	Trasparenza sistema di qualifica e valutazione Pagamenti puntuali Continuità del servizio

	STAKEHOLDER PARTI INTERESSATE RILEVANTI	REQUISITI RILEVANTI
INTERNE	SOCI PROPRIETARI	Mantenimento della occupazione Mantenimento o crescita del valore della cooperativa
	LAVORATORI	Continuità occupazionale Retribuzioni adeguate Tutela diritti Formazione e Crescita professionale

Il processo di identificazione del perimetro di progettazione o validazione del sistema di gestione e del campo di applicazione è definito attraverso la relazione tra le parti interessate e di fattori di contesto.

#### 4.3 DETERMINARE IL CAMPO DI APPLICAZIONE DEL SGQ

La cooperativa stabilisce, documenta, attua, mantiene attivo e migliora di continuo un SGQ le cui caratteristiche sono descritte nel presente documento.

L' SGQ aziendale, ha lo scopo di gestire il sistema produttivo aziendale prodotti dall'azienda, nel rispetto dei requisiti fissati dalla norma di riferimento UNI EN ISO 9001:2015.

L'organizzazione, attraverso l'Analisi del contesto, definisce il campo di applicazione del suo SGQ, considerando i fattori esterni ed interni di cui al punto 4.1, gli obblighi di conformità di cui al punto 4.2, prende in carico le richieste degli stakeholders. Ciò è alla base delle scelte del Management dell'organizzazione nell'espletamento dei servizi e prodotti offerti.

#### 4.4 SGQ E RELATIVI PROCESSI

La COOP. L'IMPREVISTO ha identificato e documentato

- i seguenti processi operativi necessari per la realizzazione del SGQ conforme alla Norma UNI EN ISO 9001:2015

<b>PROCESSI OPERATIVI</b>	
PR 01	Gestione e riesame delle Lettere a Contratto
PR 02	Gestione ingresso utenti
PR 03	Gestione del Piano educativo – terapeutico individuale
PR 04	Erogazione del servizio educativo e terapeutico
PR 05 A	Gestione delle Dimissioni Minorenni
PR 05 B	Gestione delle Dimissioni Maggiorenni

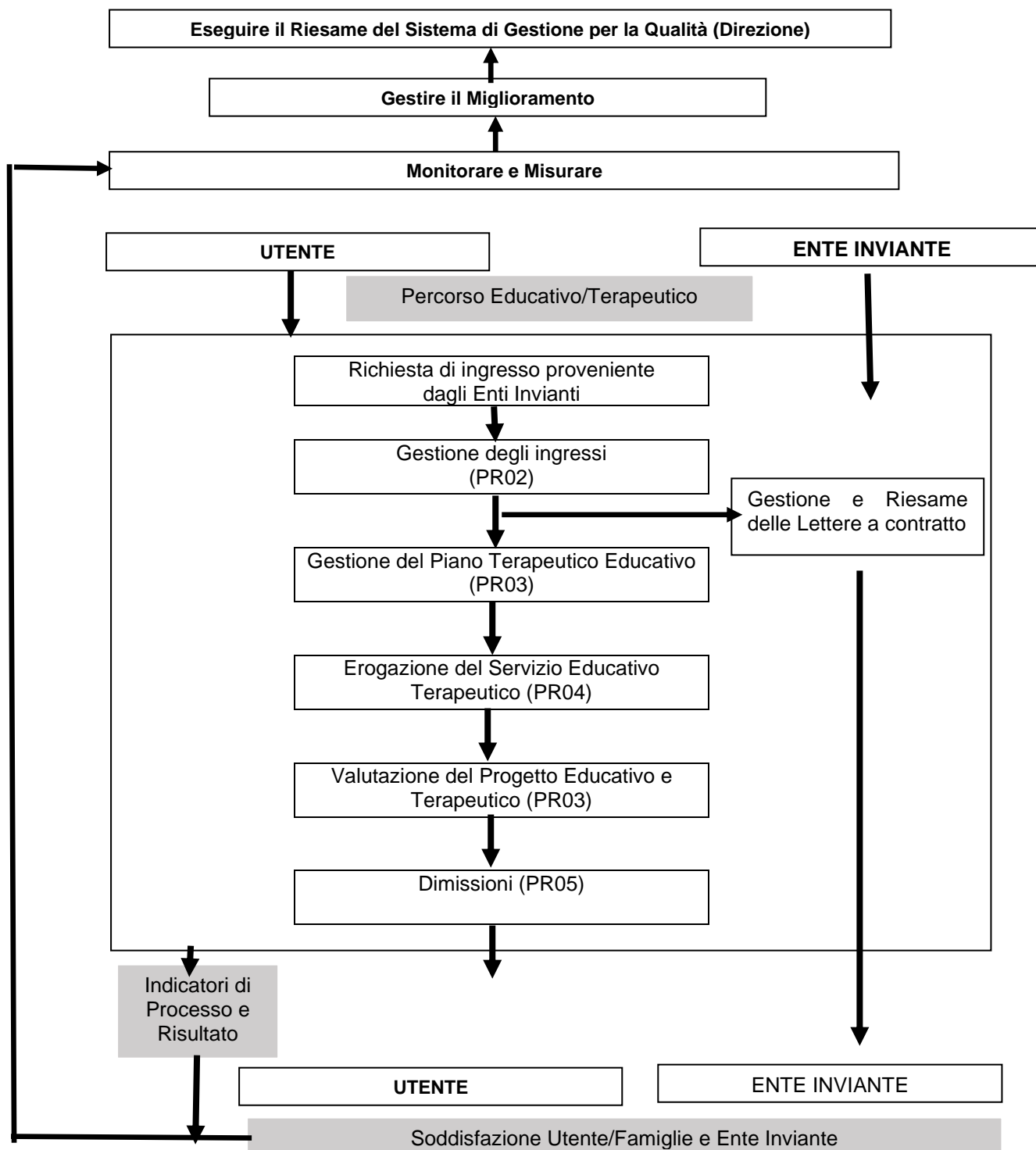
- i seguenti processi di supporto ai processi operativi, in quanto forniscono gli input necessari per le attività operative

<b>PROCESSI DI SUPPORTO</b>	
PR 06- Infrastrutture	Gestione delle manutenzioni
PR 06- Risorse umane	Gestione risorse umane
PR 07	Gestione degli acquisti
PR 13	Gestione dei servizi alberghieri (vitto e alloggio)

- i seguenti processi organizzativi finalizzati al miglioramento del sistema di gestione per la qualità

<b>PROCESSI ORGANIZZATIVI E DI MIGLIORAMENTO</b>	
PR 08	Gestione delle registrazioni della qualità
PR 09	Gestione dei documenti e dati
PR 10	Gestione delle non conformità e delle azioni correttive e preventive
PR 11	Gestione delle verifiche ispettive interne
PR 12	Gestione del riesame del sistema qualità da parte della direzione
PR 30	Gestione delle indagini di soddisfazione e indagini di follow up

4.4.1 PROCESSI PRINCIPALI E DI SUPPORTO E LORO INTERCONNESSIONI LOGICHE



Il sistema copre tutte le attività dell'azienda. L'organizzazione stabilisce, attua, mantiene e migliora in modo continuo un sistema di gestione della qualità, compresi i processi necessari e le loro interazioni in conformità alla UNI EN ISO 9001:2015.

Il SGQ ed i programmi di miglioramento sono stati impostati sulla base dei risultati dal riesame, dalla valutazione del rischio e dall'analisi del contesto.

L'azienda, con l'attuazione del SGQ, intende rispettare il processo base del sistema qualità, PLAN – DO – CHECK – ACT.

La formalizzazione del SGQ avviene attraverso l'elaborazione della seguente documentazione:

La struttura documentale del SGQ è la seguente:

#### **A – Documentazione del SGQ di origine interna**

- Livello 1: MANUALE DELLA QUALITÀ
- Livello 2: ANALISI DEL CONTESTO
- Livello 3: VALUTAZIONE DEL RISCHIO
- Livello 4: PROCESSI/PROCEDURE
- Livello 5: ISTRUZIONI OPERATIVE, MODULI
- Livello 6: REGISTRAZIONE DELLA QUALITÀ
- Livello 7: OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

### **MANUALE DELLA QUALITÀ**

Il MQ precisa la politica per la qualità, trasmette al personale informazioni di carattere organizzativo, delinea i criteri gestionali adottati e fornisce il riferimento di base per la comprensione del SGQ. Il MQ svolge anche una importante funzione nei confronti dei clienti e/o Organismi di certificazione in quanto dimostra la capacità organizzativa e gestionale dell'azienda di rispondere a tutti i requisiti stabiliti dalla norma UNI EN ISO 9001:2015

#### **ANALISI DEL CONTESTO**

L'azienda determina quali sono i fattori interni ed esterni che possono influenzare le prestazioni dell'SGQ. I fattori presi in esame per la valutazione del contesto sono i seguenti:

- 1) Le condizioni in cui opera l'azienda, il mercato di riferimento, le condizioni economiche.
- 2) Le circostanze culturali esterne, sociali, politiche, legali, normative, vengono suddivise in:
  - a) circostanze relative al sito in cui ricade l'azienda;
  - b) circostanze relative alla tipologia di attività;
- 3) Le caratteristiche e condizioni dell'azienda, lo scopo dell'attività dell'azienda, le sue attività i suoi prodotti e servizi.
- 4) La definizione delle parti interessate e le relative esigenze e le aspettative di queste; la gestione delle esigenze degli Stakeholders

#### **VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

L'azienda determina quali sono i rischi connessi alla sua attività. Dalla valutazione del rischio potranno emergere obiettivi di qualità che saranno inseriti nel programma di



miglioramento. La valutazione del rischio è elaborata all'interno del Riesame della Direzione.

### **PROCESSI (=PROCEDURE)**

Il processo è un insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata (input) in elementi in uscita (output). Ogni processo ha uno scopo ben definito. Ogni processo ha degli obiettivi. Ogni processo produce dei risultati che sono destinati al cliente sia interno che esterno. I processi sono rappresentati e documentati attraverso il metodo del diagramma di flusso con indicazione dei responsabili delle varie attività, documenti e moduli richiamati, indicatori per il monitoraggio dell'efficacia e efficienza del processo stesso. Quindi il termine processo equivale a procedura.

Ogni processo prevede procedure per il controllo, misure delle prestazioni, per valutare se sta dando i risultati e se tali risultati sono allineati agli obiettivi.

### **ISTRUZIONI OPERATIVE**

Sono documenti che illustrano, quando necessario, prescrizioni comportamentali ed operative legate a modalità di esecuzione, criteri di accettazione, con riferimenti alle metodologie di registrazione. Sono preparate da RGQ in collaborazione con le funzioni interessate e la loro importanza deriva dal fatto che concorrono alla definizione e/o al miglioramento dell'assetto qualitativo specifico di una determinata attività.

### **MODULI**

Sono documenti in cui è stato codificato il formato. Si tratta quindi di documenti a compilazione forzata che consentono di dimostrare l'avvenuto e corretto svolgimento di una attività oltre al fatto di registrare dati e informazioni importanti per il SGQ. Questo permette un agevole svolgimento di più attività correlate svolte da una o più funzioni e permette all'Azienda di dimostrare un coerente svolgimento delle proprie attività rispetto alle procedure adottate.

### **REGISTRAZIONI DELLA QUALITÀ**

Sono in genere documenti, ma possono presentarsi come dati su sistema informatico, che forniscono l'evidenza dello svolgimento delle attività previste e l'evidenza della qualità conseguita. Questo permette un agevole svolgimento di più attività correlate svolte da una o più funzioni e permette all'azienda di dimostrare un coerente svolgimento delle proprie attività rispetto alle procedure adottate.

A tale struttura si aggiungono altri documenti prescrittivi di origine interna quali, ad esempio, le Specifiche di qualifica del personale, l'Elenco dei fornitori qualificati ecc.

### **B – Documentazione del SGQ di origine esterna**

La Cooperativa gestisce i documenti prescrittivi di origine esterna quali norme di legge e regolamenti, norme tecniche, norme qualità, capitolati dei clienti, ecc. La gestione in termini di archiviazione, conservazione e aggiornamento è regolata dal **PR 09 Gestione dei documenti e dei dati**.

### **OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO**

Gli obiettivi di miglioramento, dopo l'analisi dei vari indici di monitoraggio dell'SGQ, vengono approvati in sede di RIESAME e rappresentano la programmazione futura dell'SGQ (per il dettaglio si rimanda alla PR 12 Gestione del riesame del sistema qualità da parte della direzione)

La documentazione della qualità è composta da due categorie fondamentali:

- ❖ documenti che definiscono regole di comportamento (MQ, PR, M, IO. ecc.);
- ❖ documenti risultanti dalla applicazione di tali regole (Scheda Costi, Ordine di lavoro, Pianificazione settimanale lavori)

Il **PR 09 Gestione dei documenti e dei dati** descrive in modo dettagliato le modalità operative e le responsabilità per il controllo della documentazione della qualità.

L'esigenza di tenere sotto controllo determinati documenti vale anche per i documenti di origine esterna (quali leggi, norme tecniche e qualità, bandi di gara e capitoli tecnici ecc.), vanno anch'essi identificati e ne va individuato lo stato di revisione e le modalità di aggiornamento.

La documentazione della qualità viene preparata e sottoposta a verifica e approvazione da parte di personale autorizzato.

La preparazione comprende la concezione e l'elaborazione del documento sulla base delle informazioni di ingresso (dati, prescrizioni, norme, ecc..) e delle modalità e processi applicabili.

L'approvazione comprende rispettivamente, la verifica del contenuto del documento per accertarne l'adeguatezza e la correttezza con i dati di riferimento e l'attestazione della validità del documento ai fini della sua specifica utilizzazione.

È stato preparato e reso operativo un sistema di controllo della documentazione della qualità che consiste in:

- ❖ Elenchi che riportano per ogni singola tipologia di documento l'elenco dei documenti emessi, lo stato di ultima revisione e la data;
- ❖ Liste di distribuzione in cui sono registrati, per ogni singola tipologia di documento, le funzioni/persone a cui viene consegnato il documento.

Anche i documenti modificati subiscono lo stesso iter di verifica e approvazione da parte delle stesse funzioni precedentemente coinvolte.

Il documento modificato prende un nuovo indice di revisione e la natura delle modifiche apportate viene indicata sugli stessi ogni qualvolta questo risulta possibile.

#### **Distribuzione e ritiro copie sostituite**

La distribuzione in forma controllata dei documenti viene effettuata a cura del RGQ tramite specifico modulo di distribuzione. Sono soggetti a distribuzione controllata i documenti del SGQ come il MQ, AC, VR, i PR, M, IST.

Tutti i documenti distribuiti in forma controllata riportano il numero della copia da cui è possibile risalire dall'elenco della documentazione. Il ritiro delle copie obsolete, distribuite in forma controllata, avviene a cura del RGQ. I documenti in distribuzione non controllata, come ad esempio i Moduli, non prevedono moduli di distribuzione.

Tuttavia, per tutti i documenti della qualità è prevista la sostituzione dei documenti superati che saranno eliminati a cura del destinatario.

#### **Archiviazione**

L'archiviazione della documentazione originale del SGQ (MQ, AC, VR, PR, M, IO, Specifiche, Moduli) corredata di tutte le firme di approvazione è effettuata a cura del RGQ.

### **Conservazione delle copie obsolete**

La documentazione obsoleta del SGQ, cioè quella sostituita da nuove edizioni, viene di regola eliminata a cura del RGQ.

RGQ conserva la copia informatica della documentazione obsoleta del SGQ appositamente identificata tramite lo stato di revisione.

I documenti di registrazione della qualità devono essere leggibili e sono identificati e archiviati in modo tale che siano facilmente reperibili in qualsiasi momento.

Tutta la documentazione contenente registrazioni della qualità viene archiviata e catalogata in base a diversi criteri (data, numero progressivo, ecc.). Per ciascuna tipologia di documenti di registrazione della qualità viene stabilita la durata di conservazione. Tale durata può essere correlata a prescrizioni contrattuali (es: durata della convenzione) o a prescrizioni derivanti da leggi, norme e regolamenti.

Le responsabilità e le modalità organizzative per la gestione dei suddetti documenti sono dettagliate in ciascun processo nella tabella "Gestione dei documenti di registrazione della qualità".

In alcuni casi è prevista la registrazione su supporto informatico dei dati della qualità. In questo caso sono previste istruzioni per il back up dei dati (conservazione) e password per il loro accesso e modifica (protezione).

I principali documenti di registrazione della qualità sono:

- Rapporto sul SQ e Verbale di riesame del SQ
- Documentazione relativa al riesame delle Convenzioni e lettere contratto
- Documenti di valutazione e qualifica dei fornitori
- Ordini di acquisto verificati e approvati dalla funzione competente
- Documentazione di registrazione degli eventi della giornata e delle osservazioni degli Educatori
- Verbali delle riunioni tecniche del gruppo operativo
- Verbali degli incontri dell'Equipe educativa e terapeutica
- Documentazione di verifica delle attività assegnate agli utenti
- Documenti di gestione delle azioni correttive e preventive
- Documentazione di registrazione dei colloqui tra Educatori e utente
- Documentazione di registrazione della situazione degli utenti dimessi dalla comunità
- Documentazione relativa alle verifiche ispettive interne per la qualità
- Documentazione dell'addestramento e qualifica del personale

L'elenco dettagliato dei documenti di registrazione della qualità e le responsabilità e le modalità organizzative per la gestione dei suddetti documenti, è riportato nella **PR 08 Gestione delle registrazioni della qualità**.

## **5. LEADERSHIP**

### **5.1 LEADERSHIP E IMPEGNO**

#### **Generalità**

L'alta direzione si impegna a dimostrare la propria leadership nei riguardi del SGQ, monitorando l'efficacia dell'SGQ attraverso indici prefissati, valutando e fissando gli obiettivi di miglioramento in fase di riesame, ed integrando la propria organizzazione ed i processi di business con le procedure dell'SGQ. L'alta direzione assicura in fase di riesame le risorse necessarie al Sistema di Gestione, comunicando sia internamente che esternamente l'importanza della gestione in materia di qualità.

L'alta direzione valuta attraverso il riesame gli indici indagati nell'analisi del contesto, nell'analisi dei rischi, nell'analisi delle componenti del sistema qualità e determina gli obiettivi di miglioramento.

L'alta Direzione si interessa affinché le persone, ed in particolare il personale interno, contribuiscano all'applicazione dell'SGQ, a tal fine è predisposta la procedura PR06 Personale – Gestione risorse umane.

Il miglioramento continuo dell'SGQ è alla base della Politica della Qualità. La direzione si impegna a fornire supporto a tutti i ruoli gestionali dell'organizzazione nelle rispettive aree di responsabilità come da organigramma.

#### **5.1.2 FOCALIZZAZIONE SUL CLIENTE**

L'alta Direzione pianifica l'SGQ sulla base in funzione degli standard qualitativi e normativi del cliente, valuta i rischi che possano influenzare la conformità dei prodotti e dei servizi nell'ottica del miglioramento continuo, monitorando la soddisfazione del cliente che viene presa in carico in fase di Riesame e per l'elaborazione degli obiettivi di miglioramento.

## **5.2 POLITICA**

### **5.2.1 STABILIRE LA POLITICA PER LA QUALITÀ**

La Direzione dell'IMPREVISTO COOP SOCIALE ha definito la Politica per la qualità nell'All. 1 del presente Manuale.

### **5.2.2. COMUNICARE LA POLITICA PER LA QUALITÀ**

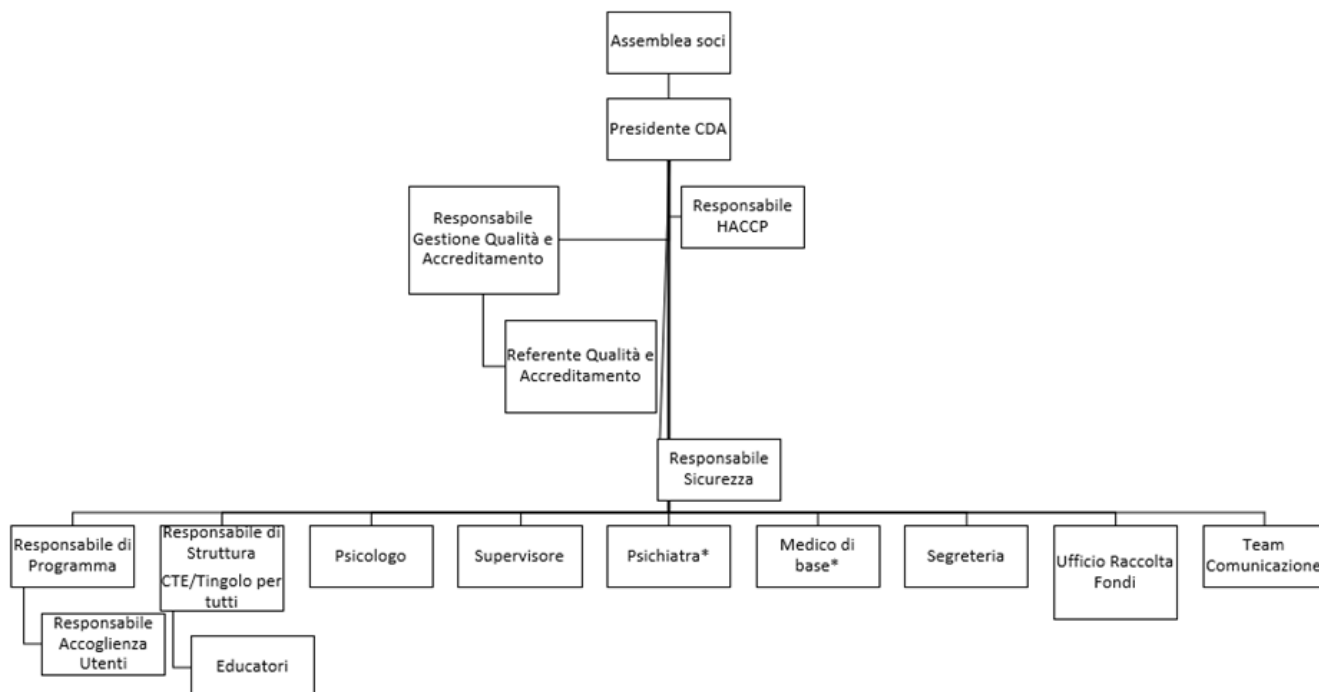
La politica per la qualità è disponibile a tutto il personale ed è corredata da dati quantitativi sul raggiungimento degli obiettivi assunti.

La politica della Qualità viene portata a conoscenza di tutto il personale tramite corsi interni di formazione specifici e tramite l'affissione della stessa in bacheca. Gli obiettivi e le conseguenti prescrizioni di questa politica si intendono estese anche ai fornitori, essendo essi parte attiva e fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi

## **RUOLI, RESPONSABILITÀ E AUTORITÀ NELL'ORGANIZZAZIONE**

I Ruoli, le responsabilità e l'autorità nell'organizzazione, sono definiti nell'organigramma dell'azienda.

**5.3.1 ORGANIGRAMMA**



\* psichiatra e medico di base sono esterni. Il medico di base è in convenzione con il SSN. Per lo psichiatra è stata stipulata una convenzione tecnico/scientifica e fornitura di servizi sanitari con l'Istituto per la sicurezza sociale di San Marino.

**5.3.2 PROFILI PROFESSIONALI**

RUOLO	RESPONSABILITÀ E COMPITI
<b>Pres. C.d.A.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Definisce la Politica della qualità dell'azienda</li> <li>➤ Effettua periodicamente il Riesame del Sistema Qualità</li> <li>➤ Seleziona, motiva e decide l'inserimento degli educatori nella Struttura</li> <li>➤ Gestisce gli acquisti relativi beni strumentali al funzionamento della Struttura (impianti, mobilio, ecc.)</li> <li>➤ Gestisce le attività di formazione e addestramento del personale</li> </ul>
<b>RESPONSABILI</b>	➤ È membro del Consiglio di Amministrazione e rappresenta la

<p><b>LE GESTIONE QUALITÀ E ACCREDITAM ENTO (RGQ)</b></p>	<p>Direzione per il sistema di gestione per la qualità e l'accreditamento regionale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dipende dalla Direzione Generale: promuove e divulga, all'interno della cooperativa, la Politica della Qualità stabilita dal Pres. C.d.A.</li> <li>➤ Definisce ed attua il Sistema Qualità aziendale.</li> <li>➤ Approva e supervisiona la corretta attuazione delle procedure del Sistema Qualità aziendale assicurando il raggiungimento degli obiettivi coerenti con la Politica della Qualità emanata dalla Direzione.</li> <li>➤ Assiste le varie funzioni nell'effettuazione delle attività coperte dal Sistema Qualità fornendo eventuale supporto.</li> <li>➤ Gestisce, con gli enti interessati, le non conformità ed i reclami dei clienti proponendo, in accordo con gli enti stessi, azioni correttive e preventive.</li> <li>➤ Gestisce l'archivio dell'Uff. Assicurazione Qualità e la corretta conservazione dei documenti di registrazione.</li> <li>➤ Tiene il monitoraggio dell'assolvimento degli ECM da parte del personale tenuto</li> <li>➤ Valuta periodicamente le competenze del personale</li> <li>➤ Pianifica i programmi di formazione</li> <li>➤ Promuove in collaborazione con il Pres. C.d.A, le attività di formazione e addestramento del personale</li> <li>➤ Gestisce le attività di formazione e addestramento del personale</li> <li>➤ Effettua l'analisi dei fabbisogni formativi e controlla il livello di competenze raggiunte dal personale rispetto alle competenze attese.</li> <li>➤ Redige i piani di formazione e controlla la loro realizzazione ed efficacia.</li> </ul>
---	---

<p><b>REFERENTE QUALITÀ E ACCREDITAM ENTO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dipende dal RGQ</li> <li>➤ Gestisce le attività progettazione, di realizzazione e coordinamento del Sistema Qualità della Coop L'IMPREVISTO</li> <li>➤ Predispose tutta la necessaria documentazione per lo sviluppo delle attività (Manuale Qualità, procedure, ecc.) curandone il continuo aggiornamento in relazione all'evoluzione dell'azienda e la relativa distribuzione.</li> <li>➤ Verifica il corretto sviluppo del Sistema Qualità ed il rispetto, all'interno delle strutture, delle norme, procedure ed istruzioni, identificando gli opportuni indici di valutazione e riportando alla Direzione dell'Imprevisto le eventuali carenze riscontrate</li> <li>➤ Esegue, unitamente agli altri enti interessati, le attività relative alle verifiche ispettive interne all'azienda</li> <li>➤ Gestisce le azioni correttive e preventive curandone la verifica di attuazione e di efficacia</li> <li>➤ Predispose il Rapporto annuale sulla qualità da discutere in sede di Riesame del Sistema Qualità</li> </ul>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ collabora con la Direzione alla definizione degli obiettivi specifici per la qualità</li> <li>➤ tiene sotto controllo l'avanzamento dei programmi definiti per il raggiungimento degli obiettivi</li> <li>➤ coordina la stesura dei documenti e della modulistica in uso presso le strutture</li> <li>➤ gestisce la documentazione di origine interna ed esterna (Norme, Leggi, Regolamenti, Linee guida)</li> <li>➤ coordina la corretta archiviazione e conservazione dei documenti e dei dati di registrazione della Qualità</li> <li>➤ gestisce gli elenchi della documentazione</li> <li>➤ coordina l'attività di qualificazione dei fornitori e l'aggiornamento dell'Elenco dei fornitori qualificati</li> <li>➤ raccoglie ed analizza le cause delle non conformità</li> <li>➤ coordina la gestione dei reclami: gestisce, con gli enti interessati, le non conformità ed i reclami dei clienti proponendo, in accordo con gli enti stessi, azioni correttive e preventive.</li> <li>➤ Gestisce l'archivio dell'Ufficio Qualità e la corretta conservazione dei documenti di registrazione.</li> </ul>
--	--

<b>RESPONSABILI HACCP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gestisce e cura l'attuazione del Sistema HACCP all'interno della struttura di riferimento</li> <li>➤ Compila e/o supervisiona la corretta compilazione della documentazione registrazione prevista dal Manuale HACCP</li> <li>➤ Aggiorna la documentazione del sistema HACCP ove sia necessario</li> <li>➤ Verifica l'attuazione del Piano di controllo HACCP</li> <li>➤ Verifica che i tamponi e le analisi su campioni di prodotto siano effettuate nei tempi previsti</li> </ul>
---------------------------	--

<b>RESP. SICUREZZA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ È responsabile della sicurezza della Struttura (piano evacuazione, antincendio, ecc.)</li> <li>➤ Supporta dal punto di vista tecnico la Direzione nella definizione delle specifiche di acquisto di beni strumentali al funzionamento della Struttura</li> <li>➤ È responsabile della conformità alle norme di legge e della manutenzione degli impianti della Struttura (impianto termico, elettrico, ecc.)</li> </ul>
------------------------	--

<b>RESP. PROGRAMMA EDUCATIVO E TERAPEUTICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ È il responsabile del programma terapeutico educativo</li> <li>➤ Supervisiona insieme al Resp accoglienza utenti lo stato di salute dell'utente in ingresso stabilendo la sua compatibilità con la struttura.</li> <li>➤ Coordina e stabilisce gli incontri settimanali dell'Equipe</li> </ul>
--	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Decide il punto da assegnare ad ogni Utente</li> <li>➤ Decide, insieme all'équipe coadiuvata da un supervisore esterno, gli interventi terapeutici educativi da indirizzare verso l'utente in termini di obiettivi, risultati da raggiungere e verifiche;</li> <li>➤ Coordina e gestisce la verifica del raggiungimento degli obiettivi nella fase del programma terapeutico-educativo</li> <li>➤ Coordina e gestisce le attività di verifica dei risultati ottenuti e dei problemi riscontrati per ogni singolo Utente</li> <li>➤ Valida il programma educativo terapeutico</li> <li>➤ Cura le dimissioni di ogni singolo utente</li> </ul>
<p><b>RESP. ACCOGLIENZA UTENTI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Riceve le domande di ingresso</li> <li>➤ Cura ed effettua i colloqui propedeutici all'ingresso</li> <li>➤ Cura i rapporti con i referenti degli enti inviati (psicologi, assistenti sociali, ecc.)</li> <li>➤ Decide, insieme all'Equipe terapeutica educativa, l'ingresso degli utenti inviati dalle asl e dai comuni</li> <li>➤ Archivia le domande relative agli utenti non ammessi</li> <li>➤ Prepara e somministra alle scadenze stabilite il test di autovalutazione TMA</li> <li>➤ Effettua il monitoraggio periodico della situazione utente sulla base delle indicazioni del Resp. Equipe</li> <li>➤ Sostituisce il Resp Equipe in sua assenza</li> </ul>
<p><b>RESP DI STRUTTURA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prepara e organizza l'andamento e la programmazione settimanale</li> <li>➤ Assegna ad ogni singolo utente le responsabilità dei lavori e le mansioni da svolgere</li> <li>➤ Coordina i turni degli educatori e il programma di lavoro</li> <li>➤ Valuta e decide i provvedimenti sanzionatori da prendere nei confronti degli utenti</li> <li>➤ Gestisce le telefonate con le famiglie degli utenti</li> <li>➤ Gestisce le attività part time assegnate agli utenti</li> <li>➤ Verifica periodicamente (follow up) la situazione degli utenti post dimissioni</li> <li>➤ Verifica periodicamente lo stato di igiene e sicurezza dei locali</li> </ul>
<p><b>EDUCATORI</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Operano nel rispetto delle indicazioni del Responsabile di Struttura</li> <li>➤ Assistono gli utenti durante tutta la giornata, controllandone il lavoro, le pulizie, ecc.</li> <li>➤ Coordinano le assemblee</li> <li>➤ Controllano la programmazione lavori e pulizie</li> <li>➤ Verificano il rispetto da parte degli utenti delle regole interne alla Comunità</li> </ul>



<b>PSICHIATRA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Verifica la salute psichica degli utenti per mezzo di colloqui</li> <li>➤ Si confronta con il Responsabile di Programma per migliorare il percorso di diagnosi, cura e riabilitazione degli utenti;</li> <li>➤ Affronta, dopo aver stabilito un rapporto terapeutico con l'utente, i problemi che lo destabilizzano.</li> </ul>
<b>PSICOLOGO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Verifica la salute psicologica degli utenti per mezzo di colloqui</li> <li>➤ Si confronta con il Responsabile di Programma per migliorare l'azione educativa e terapeutica degli utenti;</li> <li>➤ Affronta, dopo aver stabilito un rapporto terapeutico con l'utente, i problemi che lo destabilizzano.</li> </ul>
<b>SUPERVISOR E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lettura della problematica psicologica del singolo utente individuato dall'equipe educativa-terapeutica</li> <li>➤ Lettura delle dinamiche del gruppo utenti in relazione anche al rapporto utente-operatore</li> <li>➤ Valuta il tipo di intervento e fornisce indicazioni sulle modalità di intervento più efficaci</li> <li>➤ Formazione degli operatori sui vari aspetti attinenti le problematiche specifiche dell'intervento educativo -terapeutico</li> <li>➤ Gli interventi del supervisore sono verbalizzati da un operatore incaricato</li> </ul>
<b>MEDICO BASE</b> <b>DI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Verifica la salute degli utenti per mezzo di visite settimanali agli stessi.</li> <li>➤ Prescrive la terapia adatta alla cura.</li> <li>➤ Controlla spiegandoli agli utenti i risultati di analisi eventualmente fatte.</li> <li>➤ Svolge tutte quelle mansioni che normalmente svolge un medico condotto</li> </ul>
<b>SEGRETERIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Crea e cura la cartella utente all'interno del GISSS.</li> <li>➤ Gestisce gli scadenziari degli adempimenti di legge (polizze, bollo auto, ecc.)</li> <li>➤ Gestisce il servizio telefonico con l'esterno e cura le operazioni per la gestione del protocollo della corrispondenza in arrivo e in partenza.</li> <li>➤ Gestisce, con i fornitori, la manutenzione delle strutture anche in base a scadenziari.</li> <li>➤ Supporta dal punto di vista tecnico la direzione nella definizione delle specifiche di acquisto di beni strumentali al funzionamento della Struttura</li> </ul>

- |  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>➤ È responsabile della conformità alle norme di legge e della manutenzione degli impianti della CTE (impianto termico, elettrico, ecc.)</li><li>➤ gestisce le attività di fatturazione (emissione e controllo e pagamento) e della contabilità.</li><li>➤ Riesamina le convenzioni con asl, comuni, tribunali</li><li>➤ Riesamina le lettere contratto con le asl e i comuni.</li><li>➤ Cura i rapporti di tipo amministrativo e contabile con gli enti inviati.</li></ul> |
|--|--|

## 6. PIANIFICAZIONE

### 6.1 AZIONI PER AFFRONTARE RISCHI E OPPORTUNITÀ

La Direzione individua periodicamente i propri obiettivi e le strategie in appositi riesami definendo le azioni.

La PRES. C.D.A. dell'IMPREVISTO Coop. Sociale dimostra il suo impegno nello sviluppo e nel miglioramento dell'SGQ nei seguenti modi:

- Comunicando l'importanza di ottemperare ai requisiti contrattuali e cogenti mediante incontri con il personale e comunicazioni scritte
- Analizzando le richieste degli Stakeholders
- Valutando i rischi dell'operato Aziendale
- Stabilendo la Politica e gli Obiettivi per la Qualità
- Effettuando Riesami periodici dell'SGQ
- Adottando il miglioramento continuo come obiettivo dei processi
- Assicurando la disponibilità delle risorse necessarie per conseguire la soddisfazione dei clienti committenti e degli utenti finali del servizio.
- Implementando azioni per affrontare i rischi e monitorandone l'efficacia.

#### A. ATTENZIONE AL CLIENTE ED AGLI STAKEHOLDERS

La Direzione dell'IMPREVISTO COOP SOCIALE assicura che le aspettative e le esigenze esplicite/implicite delle parti interessate siano comprese e soddisfatte al fine di perseguire la loro soddisfazione.

Le parti interessate della azienda comprendono:

- i clienti-committenti: il servizio, con i quali l'azienda ha instaurato un rapporto contrattuale
- gli utenti finali del servizio
- i soci della impresa

I requisiti e le aspettative del cliente/utente del servizio sono inoltre compresi e soddisfatti mediante periodiche indagini sulla qualità attesa e percepita dal cliente/utente che opportunamente analizzate permettono di relazionare la qualità erogata con la qualità per i risultati dei processi interni con il giudizio. Inoltre, sono oggetto di analisi del rischio.

### 6.2 OBIETTIVI PER LA QUALITÀ E PIANIFICAZIONE PER IL LORO RAGGIUNGIMENTO

La Direzione provvede a definire gli Obiettivi per la Qualità in un apposito documento, il Piano Obiettivi. Tale documento definisce le responsabilità ai vari livelli dell'organizzazione, le risorse, i tempi e le azioni da intraprendere per conseguire l'obiettivo. Gli obiettivi sono definiti per tutti i processi e servizi e sono misurabili e coerenti con la Politica per la qualità.

Gli obiettivi per la qualità sono comunicati in modo tale che tutti i dipendenti possano contribuire al loro raggiungimento.

#### I. PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

La cooperativa pianifica la qualità mediante:

- la definizione e documentazione delle attività che permettono di soddisfare i requisiti dei servizi forniti secondo le proprie esigenze operative (vedi par. 4.1.1)

- attività di controllo pianificate da effettuare in corrispondenza di prestabilite fasi del processo di erogazione del servizio;
- definendo e documentando i criteri di accettazione dei risultati di controllo;
- identificazione, preparazione e gestione dei documenti di registrazione della qualità relativi al servizio reso.

La Direzione si assicura che le risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi per la qualità siano individuate pianificate, con i relativi tempi di attuazione e responsabilità.

La Direzione ha individuato i processi necessari per conseguire in modo efficace e efficiente gli obiettivi per la qualità e per soddisfare i requisiti, coerentemente con le strategie dell'cooperativa.

Elementi in entrata dalla pianificazione del SGQ sono i seguenti:

- le strategie dell'impresa
- gli obiettivi organizzati e pianificati nel Piano Obiettivi
- la valutazione dei dati sulla prestazione dei processi
- le esigenze e aspettative dei clienti e utenti finali del servizio, periodicamente monitorate
- la valutazione dei dati sulla prestazione del servizio
- le opportunità individuate per il miglioramento

### 6.3 PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE

La pianificazione del SGQ e delle sue modifiche sono funzione:

- delle responsabilità e l'autorità per l'attuazione dei piani di miglioramento
- delle risorse necessarie
- degli indicatori per misurare i progressi nel miglioramento delle prestazioni dell'cooperativa
- delle esigenze per il miglioramento (metodi e strumenti inclusi)
- delle esigenze per la documentazione, registrazioni incluse

Gli elementi in uscita dalla pianificazione, come specificato sopra, sono riesaminati dal PRES. C.D.A. e in occasione del Riesame della Direzione.

## 7. SUPPORTO

### 7.1 RISORSE

La PRES. C.D.A. individua e rende disponibili le risorse umane, infrastrutturali, informative ed economiche finanziarie occorrenti per attuare le strategie e raggiungere gli obiettivi prefissati finalizzati ad ottenere:

- una efficace attuazione del SGQ ed il suo continuo miglioramento
- una continua attenzione ai requisiti del cliente al fine di accrescerne la soddisfazione.

Tali risorse sono definite annualmente nel Documento "Riesame del SGQ" (vedi PR12)

#### 7.1.1 RISORSE UMANE

##### 7.1.2 PERSONALE

Attraverso il coinvolgimento e lo sviluppo del personale, la Direzione migliora l'efficacia dell'organizzazione, includendo in essa anche il SGQ, avendo cura di:

- pianificare una continua formazione del personale, coerentemente al servizio erogato e stabilito annualmente e secondo le esigenze che si determinano in seguito a:
  - indicazioni ed esigenze provenienti dal personale;
  - eventuali innovazioni prodotte da nuove tecnologie e/o nuovi riferimenti normativi
- rendere chiara la struttura dell'Azienda, definendo responsabilità ed autorità e favorendo la consapevolezza dell'importanza della mansione svolta
- valutare l'efficacia dell'addestramento/formazione ricevuta dal personale sulla base della sua capacità di adeguamento all'innovazione tecnologica, ai cambiamenti organizzativi

La cooperativa ha previsto un piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico in conformità alla normativa sull'accreditamento regionale delle strutture sociosanitarie.

La Coop. L'IMPREVISTO monitora periodicamente il **BURNOUT** - la condizione di esaurimento emotivo causato dallo stress dovuto alle condizioni di lavoro e ad aspetti della vita personale - degli operatori utilizzando il **test MBI - Maslach Burnout Inventory** -, test finalizzato alla valutazione del BURNOUT nel personale che opera nei servizi sociosanitari e nelle istituzioni educative (per il dettaglio si rimanda alla IST 16)

Il MBI è composto da 22 items che misurano 3 dimensioni indipendenti della sindrome di burnout, ciascuna individuata da una specifica scala. La frequenza con cui il soggetto sottoposto al test prova le sensazioni relative a ciascuna scala è saggiata usando una modalità di risposta a 6 punti, i cui estremi sono definiti da "mai" ed "ogni giorno".

Inoltre, il MBI concepisce il BURNOUT non come una variabile dicotomica che può essere soltanto presente o assente, ma piuttosto come una variabile continua che rispecchia i diversi livelli dei sentimenti in gioco.

Le scale che costituiscono il MBI sono:

- **Esaurimento emotivo** (9 item). Viene esaminata la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro:
  - 1 Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro
  - 2 Mi sento sfinito alla fine di una giornata lavorativa
  - 3 Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un altro giorno di lavoro
  - 6 Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi
  - 8 Mi sento esaurito dal mio lavoro
  - 13 Sono frustrato dal mio lavoro
  - 14 Credo di lavorare troppo duramente
  - 16 Lavorare direttamente a contatto con la gente mi causa troppa tensione
  - 20 Sento di non farcela più.
- **Depersonalizzazione** (5 item). Viene misurata una risposta fredda ed impersonale nei confronti degli utenti del proprio servizio:
  - 5 Mi pare di trattare alcuni clienti come se fossero oggetti impersonali

- 10 Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente
- 11 Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente
- 15 Non mi importa veramente ciò che succede ad alcuni clienti
- 22 Ho l'impressione che i miei clienti diano la colpa a me per i loro problemi

- **Realizzazione personale** (8 item). Viene valutata la sensazione relativa alla propria competenza e al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri:
  - 4 Posso capire facilmente come la pensano i miei clienti
  - 7 Affronto efficacemente i problemi dei miei clienti
  - 9 Credo che sto influenzando positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro
  - 12 Mi sento pieno di energie
  - 17 Riesco facilmente a rendere i miei clienti rilassati e a proprio agio
  - 18 Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei clienti
  - 19 Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro
  - 21 Nel mio lavoro affronto problemi emotivi con calma

Questi items studiano i tre aspetti che compongono il BURNOUT e ognuno di essi è misurato da una sottoscala; si ottengono quindi tre punteggi da considerare separatamente.

I punteggi vengono divisi in tre categorie:

- **Bassi** quando si trovano nel terzile inferiore della distribuzione normativa del gruppo professionale considerato
- **Medi** nel terzile medio
- **Alti** nel terzile superiore.

	<b>Punteggio Basso</b>	<b>Punteggio Medio</b>	<b>Punteggio Alto</b>
<b>Esaurimento Emotivo</b>	0 - 13	14 - 22	> 23
<b>Depersonalizzazione</b>	0 - 2	3 - 5	> 6
<b>Realizzazione Personale</b>	> 39	33 - 38	0 - 32

Il grado di BURNOUT dipende dai punteggi delle tre scale e viene definito:

- **ALTO** per punteggi alti nell'Esaurimento emotivo e nella Depersonalizzazione e bassi nella Realizzazione personale,
- **BASSO** per il pattern opposto e

- **MEDIO** per punteggi medi nelle tre scale.

Per la correzione si è utilizzata l'apposita griglia che evidenzia le risposte da sommare per ciascuna sottoscala.

### **PROCEDURE DI RECUPERO**

I questionari vengono somministrati in forma anonima e se dalla correzione degli stessi emerge un risultato medio oppure alto si provvede, in collaborazione con il medico, ad organizzare incontri personali per indagare meglio sugli eventuali sintomi ed in caso si valuteranno provvedimenti.

#### **7.1.3 INFRASTRUTTURE**

Le infrastrutture della COOP. L'IMPREVISTO comprendono:

**La Comunità Terapeutica Educativa maschile (CTE)**, situata a Pesaro, in Strada delle Marche n. 69. Ha sede in una grande villa recentemente ristrutturata, dotata di tutti i servizi necessari e circondata da un vasto parco alberato, di circa due ettari.

L'edificio principale, composto da due strutture (una di 3 piani, l'altra di 2) comprende, al piano terra, un grande salone per la refezione, le riunioni e la ricreazione; una cucina, attrezzata in modo "alberghiero", una dispensa, un altro salone per le riunioni e la ricreazione, utilizzato anche come sala TV e come sala riunioni dell'equipe terapeutica (una volta alla settimana), una lavanderia e una stireria, l'ufficio del responsabile di programma, l'ufficio operatori, la saletta per i colloqui e la camera operatore, un bagno handicap, un bagno per operatori e un bagno per utenti.

Il reparto notte è diviso in due aree: la prima comprende cinque camere, tre servizi igienici, una stanza adibita a deposito ed un balcone; la seconda organizzata su due piani comprende complessivamente dieci camere e due servizi igienici, oltre ad un ampio terrazzo. Le camere a disposizione degli utenti sono dotate di due o tre posti letto, a seconda della metratura. La struttura è accessibile ai portatori di handicap e dotata di bagno e camera a loro dedicata.

Nel piano seminterrato, una volta destinato a cantina, sono stati realizzati dei laboratori attrezzati con macchine utensili, la lavanderia e la stireria.

È stato costruito un campo polivalente di pallacanestro, pallavolo e calcetto.

L'accesso alla spiaggia avviene attraverso una stradina pedonale ed un sottopassaggio della ferrovia.

È presente, inoltre, un edificio dedicato agli uffici amministrativi così composto: al piano terra sono presenti cinque uffici e due servizi igienici.

Al primo piano è presente un appartamento ad uso foresteria per i genitori degli utenti, un salone e una sala colloqui. Il secondo piano è adibito a terrazza panoramica vista mare.

È presente anche un piano seminterrato composto da un bagno, una cucina attrezzata, una stanza adibita a deposito/archivio e un salone dove viene svolta l'attività di teatro.

**La Comunità Femminile, "Tingolo per tutti"** è situata a Pesaro, in Strada Panoramica Ardizio, n. 119-121. L'edificio, di 3 piani, è costituito al piano terra da un ampio ingresso con reception, una camera da letto e un bagno per handicap, cinque servizi igienici, una sala riunioni, un'ampia cucina, un'ampia sala da pranzo con terrazza panoramica, una sala convegni, tre ripostigli; al primo piano tre uffici con servizio igienico e terrazza, una sala tv con due servizi igienici, una biblioteca/sala studio con servizio igienico, un ufficio



operatori con servizio igienico, due stierie con servizi igienici, una stanza polifunzionale con servizio igienico, una infermeria con servizio igienico, un deposito con servizio igienico; al secondo piano tre camere da letto con quattro posti letto e due servizi igienici ciascuna, una camera da letto con 3 posti letto e due servizi igienici, due camere con due posti letto e servizio igienico, una camera con 1 posto letto e servizio igienico e una camera per l'operatore con servizio igienico.

Tutte le strutture sono dotate di segnaletica visibile e leggibile a distanza, sia di giorno che di notte, e di facile comprensione. Inoltre, all'esterno di ogni edificio, è presente segnaletica per facilitare l'accesso agli edifici e l'individuazione dei percorsi.

Tutte le strutture rispondono ai requisiti strutturali di autorizzazione di cui alla DGR 937/2020.

#### 7.1.4 AMBIENTE DI LAVORO

Le attività svolte all'interno delle strutture sociosanitarie dell'IMPREVISTO COOP SOCIALE avvengono nel rispetto della normativa in merito alla sicurezza e igiene dell'ambiente di lavoro.

Tutti gli ambienti di lavoro sono conformi alle vigenti normative riguardanti il rispetto della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro. Per l'analisi dei rischi sulla salute e sicurezza si rimanda la **Documento di Valutazione dei Rischi della Sicurezza (DVR)**.

Tutto il personale è adeguatamente formato in merito alla sicurezza sul posto di lavoro in conformità alla normativa prevista dal Decreto Legislativo 81/2008 e successive modificazioni.

#### 7.1.5 RISORSE PER IL MONITORAGGIO E LA MISURAZIONE

Il monitoraggio delle temperature di conservazione degli alimenti deperibili avviene tramite termometri tarati e mantenuti secondo le indicazioni previste dal fornitore.

Nel monitoraggio dei servizi terapeutici ed educativi possono essere utilizzati strumenti di misurazione quali Test validati dalla comunità scientifica.

#### 7.1.6 CONOSCENZA ORGANIZZATIVA

A partire dalla definizione di conoscenza, così come intesa dalla norma, ossia acquisizione di contenuti, cioè di principi, teorie, concetti, termini, regole, procedure, metodi e tecniche, applicata all'organizzazione della Cooperativa L'Imprevisto per le attività di formazione, la conoscenza organizzativa è definita come "metodo" ed è garantita e patrimonializzata nel tempo sempre attraverso l'affiancamento on the job, la produzione di documenti e l'istituzione dell'Equipe Terapeutica Educativa. Il metodo della Coop L'Imprevisto e l'insieme degli strumenti e delle metodologie utilizzate per la formazione interattiva sono descritti nel **Vademecum Operatore** di Comunità (IST 01).

## 7.2 COMPETENZA

A partire dalla definizione di competenza, così come intesa dalla norma, ossia utilizzazione delle conoscenze acquisite per raccogliere i bisogni formativi, definire il piano formativo, progettare ed erogare eventi formativi e gestire il processo, la cooperativa ritiene che dette competenze possano essere acquisite sia con formazione specifica sia in attività sul campo ed esperienza. L'IMPREVISTO ha definito le competenze necessarie



alla gestione dei processi primari e di supporto ad essi e previsto per tutto il personale appositi piani di sviluppo in specifici documenti di SGQ. Per le attività di implementazione, gestione e monitoraggio per la qualità, è stato formato con affiancamento specifico il Referente Qualità. Il Referente Qualità è sempre affiancato dal Rappresentante della Direzione per la qualità in modo da garantire continuità alla funzione.

Per tutto il personale è mantenuta adeguata documentazione relativa al grado di istruzione, all'addestramento effettuato, alle capacità ed all'esperienza professionale; le attività formative tengono conto dei profili professionali presenti in azienda e sono differenziate a seconda dell'appartenenza ai diversi livelli. Oltre ad individuare le risorse necessarie allo svolgimento delle attività, l'organizzazione ha stabilito i requisiti che deve avere ogni dipendente/collaboratore per assumere un determinato ruolo in azienda. Nel caso in cui inizialmente un neoassunto o un collaboratore non abbia tutti i requisiti codificati dall'azienda per svolgere determinate mansioni, occorrerà formarlo a mezzo di adeguate azioni di addestramento. Successivamente, in occasione delle VI interne, sarà verificata l'efficacia della formazione effettuata. La Direzione ha provveduto a determinare i requisiti professionali minimi richiesti al personale di nuova assunzione:

### **FUNZIONE REQUISITI MINIMI RICHIESTI**

I requisiti minimi sono definiti nel dettaglio nella PR06 Gestione Risorse Umane.

RGQ si assicura e verifica, inoltre, che il suo personale sia consapevole della rilevanza e dell'importanza delle proprie attività e di come esse contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi.

## **7.3 CONSAPEVOLEZZA**

### **COMPETENZA, CONSAPEVOLEZZA E ADDESTRAMENTO**

L'IMPREVISTO COOP. SOCIALE ha:

- definito le competenze necessarie per il personale tramite il mansionario specificato nel Paragrafo 5.3.2;
- fornisce addestramento/formazione secondo le necessità individuate;
- assicura la consapevolezza dell'importanza della mansione svolta dal personale attraverso incontri annuali organizzati dalla Direzione, nei quali si presentano gli obiettivi e i dati del sistema qualità.
- conserva registrazione del curriculum dei dipendenti, considerando l'addestramento/formazione ricevuta, esperienza nella "Scheda individuale di profilo professionale".

Ogni anno la Direzione, pianifica l'addestramento e la formazione per tutti i dipendenti; questa attività è formalizzata nel PIANO DI FORMAZIONE, che viene analizzato ed

approvato in fase di Riesame del Sistema ed aggiornato secondo necessità. La pianificazione comprende: l'analisi delle esigenze (in collaborazione con i vari responsabili delle strutture, sulla base anche dell'analisi dei programmi precedenti), gli obiettivi della formazione, i programmi formativi, i metodi di formazione decisi, la relativa verifica e la definizione delle modalità di verifica dell'efficacia della formazione erogata.

## 7.4 COMUNICAZIONE

I flussi di comunicazione tra i differenti livelli e le diverse funzioni dell'azienda sono ritenuti fondamentali per assicurare un'attuazione efficace del sistema di gestione della qualità. Le comunicazioni rivolte ai collaboratori interni/esterni vengono gestite via mail, in sede di riunioni periodiche e attraverso riunioni dedicate. RGQ si occupa di coordinare il flusso delle informazioni nell'ambito del Distretto. RGQ fornisce inoltre alla Direzione comunicazioni riguardanti l'efficacia del Sistema di gestione per la Qualità.

## 7.5 INFORMAZIONI DOCUMENTATE

### 7.5.1 GENERALITÀ

Il sistema di gestione qualità dell'azienda è descritto nei seguenti documenti principali:

- Politica per la Qualità;
- Manuale di Gestione Qualità;
- Procedure del Sistema di Gestione Qualità;
- Registrazioni.
- Analisi del Contesto;
- Valutazione del rischio;

Il Manuale di Gestione Qualità (MQ) descrive le parti del sistema gestionale dell'azienda, illustrandone l'organizzazione, le responsabilità e le correlazioni interne tra i vari livelli della documentazione.

Le Procedure del Sistema di Gestione Qualità descrivono come l'azienda implementa le singole parti componenti il SGQ, con riferimento ai singoli requisiti della norma, specificando nel dettaglio responsabilità delle funzioni o dei reparti aziendali coinvolti e l'articolazione dei procedimenti.

Le Istruzioni Operative descrivono in sintesi come devono essere condotte da parte del personale coinvolto specifiche azioni ed attività descritte nelle procedure di sistema.

Le Registrazioni sono documenti del SGQ previsti da singole procedure di gestione e necessari per documentare la corretta applicazione del SGQ e per verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati in sede di riesame.

Sono registrazioni anche i documenti relativi a:

analisi analitiche;

schede di sicurezza;

specifiche del cliente;

documenti interni ed esterni l'azienda, non codificati, riguardanti il SGQ.

Il RQ è responsabile per la redazione della documentazione del Sistema di Gestione Qualità (manuale, procedure e istruzioni).

La PRES. C.D.A. è responsabile per l'approvazione della documentazione.

### 7.5.2 CREAZIONE E AGGIORNAMENTO

Le informazioni documentate relative all'SGQ dell'organizzazione, vengono identificate e descritte con il titolo, l'autore e la sigla, la versione, e l'eventuale riesame di approvazione. L'azienda mantiene attive e documentate le registrazioni che dimostrano la conformità ai requisiti del proprio Sistema di Gestione Qualità. Tutte le registrazioni nell'azienda sono identificate all'interno della documentazione del SGQ e identificate tramite apposito codice nelle relative procedure. Le registrazioni sono mantenute, in modo coerente al sistema e all'azienda, per dimostrare la conformità ai requisiti della norma assunta come riferimento. La protezione, conservazione, archiviazione ed eliminazione delle registrazioni a cura del RA avviene secondo quanto previsto dalla PR 09\_Gestione documenti e dati.

### 7.5.3 CONTROLLO DELLE INFORMAZIONI DOCUMENTATE

La procedura PR 09\_R00\_Gestione documenti e dati - stabilisce le regole per tenere sotto controllo tutti i documenti SGQ, in modo che:

- le modifiche e lo stato di revisione corrente dei documenti siano identificate;
- siano periodicamente riesaminati, revisionati e approvati ai fini della loro adeguatezza da personale autorizzato;
- le edizioni appropriate dei relativi documenti siano disponibili in tutti i luoghi dove sono effettuate operazioni essenziali all'effettivo ed efficace funzionamento del SGQ;
- i documenti obsoleti siano tempestivamente ritirati dai centri di emissione e di uso, oppure in altro modo, protetti contro un uso involontario;
- i documenti obsoleti, archiviati per ragioni legali e/o per documentazione siano adeguatamente identificati;
- la documentazione sia leggibile, datata con riferimento alle date di revisione, e facilmente identificabile, disposta con ordine ed archiviata per un tempo predeterminato;
- la documentazione di origine esterna, necessaria per la pianificazione e il funzionamento del SGQ sia identificata e che la sua distribuzione sia tenuta sotto controllo.

La stessa procedura definisce le modalità e le responsabilità per l'emissione, la modifica, l'aggiornamento dei diversi tipi di documentazione.

## 8. ATTIVITÀ OPERATIVE

### 8.1 PIANIFICAZIONE E CONTROLLO OPERATIVI

Il riferimento sono le Normative di settore e specifiche del cliente.

Questa sezione del MQ riassume le modalità stabilite per la pianificazione e la gestione dei processi di erogazione di servizi e di prestazioni da parte della COOP L'IMPREVISTO evidenziando, per ogni processo, le principali attività che vengono svolte, le responsabilità di pianificazione, esecuzione e controllo e le disposizioni adottate per garantire:

- l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati;
- il rispetto dei livelli di qualità sulle prestazioni erogate;
- la sicurezza degli utenti e degli operatori.

La COOP. L'IMPREVISTO ha eseguito un'accurata analisi dei propri processi a valore aggiunto (sia principali che di supporto) per assicurare una gestione efficace ed efficiente dei percorsi dell'utente.

Vengono pertanto descritte nei paragrafi seguenti, le regole stabilite per la pianificazione sia dei Processi principali che impattano direttamente sui percorsi dell'utente, sia dei Processi di gestione e di supporto direttamente interconnessi con i primi e comunque necessari per assicurare il corretto funzionamento della struttura.

La COOP L'IMPREVISTO ha pianificato i propri processi in modo da poter rispondere con puntualità alle richieste degli enti invianti e degli utenti, avvalendosi di risorse sia interne che esterne.

I macro-processi educativi-terapeutici stabiliti dalla Direzione sono evidenziati nello schema riportato al **§ 4.4.1 del MQ**.

Le attività di pianificazione dei processi sono documentate nei documenti prescrittivi del SGQ (Manuale Qualità, Procedure, Istruzione Operative, Modulistica) e trovano riscontro nelle registrazioni previste, cartacee e/o digitali, dal SGQ quali:

- Verbali Equipe Terapeutica Educativa
- Diario Giornaliero ("Librone")
- Elenco delle Attività Educative e Terapeutiche
- Progetto Educativo e Terapeutico Individuale (Scheda Utente)

- Documentazione amministrativa e sanitaria dell'utente (cartella clinica, referti medici, etc.)
- Tabelle indicatori di processo e risultato

## 8.2 REQUISITI PER I PRODOTTI E I SERVIZI

La Carta dei Servizi della COOP L'IMPREVISTO contiene l'elenco delle sue strutture e i relativi numeri telefonici, la definizione di tutte le prestazioni educative e terapeutiche che le varie Strutture sono in grado di erogare agli utenti, gli orari e le modalità di accesso ai servizi. Questo documento, predisposto da un gruppo di lavoro nel quale sono rappresentate tutte le professionalità presenti nella Cooperativa sotto il coordinamento della Direzione, descrive non solo l'elenco delle prestazioni erogabili, ma anche le modalità organizzative di accesso ai servizi adottate per mettere l'ente inviante e l'utente in condizione di fruire dei servizi promessi in sede di stipula della Lettera-contratto.

Nella Carta è indicato il Sistema di valutazione per la qualità del servizio, articolato in fattori di qualità, indicatori di qualità e standard di qualità del Servizio.

Nella Carta sono indicati gli standard riguardanti i tempi massimi di attesa per la consegna della cartella clinica.

Nella Carta sono indicati gli Impegni e i Programmi che la Coop. L'IMPREVISTO intende attuare nelle relazioni tra operatori ed utenti per cui gli operatori si impegnano ad attuare il progetto educativo-terapeutico, nel pieno rispetto dei diritti fondamentali della persona, escludendo ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale e promuovendo il raggiungimento di uno stato di maturità ed autonomia.

L'operatore ha il compito di valutare, con la partecipazione attiva dell'ente inviante e dell'utente, periodicamente – ogni 3 mesi – attraverso l'utilizzo del QUESTIONARIO M69 E DI SCALE DI VALUTAZIONE PROFESSIONALMENTE VALIDATE, l'andamento del programma educativo-terapeutico, i risultati raggiunti da ciascun utente e le difficoltà incontrate, ed eventualmente vengono riformulati gli obiettivi del progetto.

La Carta dei Servizi viene aggiornata periodicamente in base alle convenzioni ed agli accordi stipulati dalla Direzione generale o semplicemente per sopravvenute esigenze normative e di legge o organizzative.

È pubblicata sul sito web [www.imprevisto.net](http://www.imprevisto.net) ed è reperibile, su richiesta.

Allegato alla Carta dei servizi vi è il regolamento di funzionamento delle Strutture, contenente le regole della vita comunitaria.

Sia la Carta dei Servizi che il regolamento allegato rispondono ai requisiti minimi richiesti dalla DGR 937/2020.

### COMFORT ALBERGHIERO:

All'interno della Comunità Terapeutica maschile è presente una grande sala mensa per la refezione, le riunioni e la ricreazione e una sala TV. Le camere a disposizione degli utenti sono dotate di due o tre posti letto, a seconda della metratura. Ogni camera ha a disposizione un bagno interno o esterno alla camera stessa. È presente un ampio

terrazzo. La struttura è accessibile ai portatori di Handicap e dotata di bagno e camera a loro dedicata. È presente un grande giardino esterno e un campo polivalente per attività sportive; è prevista la possibilità di accedere nel periodo estivo alla spiaggia situata a pochi metri dalla struttura.

Nel piano seminterrato, una volta destinato a cantina, sono stati realizzati dei laboratori attrezzati con macchine utensili, la lavanderia e la stireria; è previsto un servizio con numero identificativo della biancheria di ciascun utente.

Nella struttura della comunità femminile "il Tingolo" sono presenti un'ampia sala da pranzo con terrazza panoramica, un'ampia cucina, una sala riunioni ed una sala convegni, una sala tv, una biblioteca/sala studio, camere da letto, con massimo quattro posti letto e con uno/due servizi igienici, infermeria, lavanderia, due stierie. Ogni stanza è fornita di servizio igienico. La struttura è accessibile ai portatori di Handicap e dotata di bagno e camera a loro dedicata. È presente una terrazza panoramica.

Tutte le strutture sono dotate di segnaletica visibile e leggibile a distanza, sia di giorno che di notte, e di facile comprensione. Inoltre, all'esterno di ogni edificio, è presente segnaletica per facilitare l'accesso agli edifici e l'individuazione dei percorsi.

PASTI E DIETE. È previsto un menù giornaliero con possibilità di variazioni anche nel rispetto della propria appartenenza religiosa o dei propri orientamenti alimentari; su prescrizione specialistica vengono garantite diete speciali.

La qualità dei prodotti alimentari viene costantemente monitorata.

#### **GESTIONE INGRESSO UTENTI (PR 02)**

La Coop. L'IMPREVISTO è un ente accreditato presso la Regione Marche come struttura socio-sanitaria. La Cooperativa riceve richieste di ingresso di utenti provenienti dalle Aziende Sanitarie attraverso i SerT/SerD, dai Tribunali per minori o dai Comuni in collaborazione con le Aziende Sanitarie (è necessaria una assunzione di presa in carico dell'utente sia dal Tribunale/Comune che dal Servizio).

Se l'Utente è il possesso dei requisiti stabiliti per essere accolto in comunità, si passa alla fase dei colloqui diretti, al fine di verificare la sua motivazione all'inserimento in comunità, con la descrizione delle condizioni generali e la durata presumibile del programma terapeutico educativo e gli scopi del progetto riabilitativo.

L'ammissione dell'utente in comunità avviene a seguito di richiesta di relazione all'ente inviante in cui siano indicati i dati anamnestici e diagnostici.

A seguito della decisione di ammissione dell'utente in comunità l'amministrazione attiva il processo di gestione e riesame della lettera a contratto come dettagliato al punto seguente.

Al momento dell'ingresso vengono attuate le procedure per il rilascio del consenso informato ai sensi della Legge 219/2017 e al trattamento dei dati personali come da Regolamento UE 2016/679.

**Per il dettaglio sulle responsabilità e attività del processo suddetto si rimanda alla PR02 “Gestione ingresso utenti”**

#### **PROCESSO GESTIONE E RIESAME DELLA LETTERA CONTRATTO (PR01)**

A seguito della decisione di ammissione dell’Utente presso la struttura ha avvio il processo di gestione e riesame della lettera a contratto dettagliato nel PR01. Il Responsabile Amministrazione (RA) trasmette al Servizio Tossicodipendenze il provvedimento di accreditamento regionale, e richiede al Servizio Tossicodipendenze i seguenti documenti:

- Impegno di spesa, la cui durata viene decisa dal Servizio stesso
- dichiarazione di presa in carico dell’Utente
- Relazione
- eventuale provvedimento civile o penale
- documenti utili per l’iscrizione dell’Utente all’Anagrafe sanitaria.

Il Responsabile Amministrazione (RA) riesamina tutta la documentazione amministrativa richiesta per la formalizzazione della lettera di contatto. Se il riesame ha esito positivo si provvede alla formalizzazione della lettera a contratto.

Un mese prima dalla scadenza dell’impegno di spesa, Il RA trasmette al Servizio la richiesta di rinnovo.

**Per il dettaglio sulle responsabilità e attività del processo suddetto si rimanda alla PR01.**

### **8.3 PROGETTAZIONE E SVILUPPO DI PRODOTTI E SERVIZI**

#### **GESTIONE DEL PIANO EDUCATIVO-TERAPEUTICO INDIVIDUALE (PR03)**

Il percorso riabilitativo si basa su un programma individuale, concordato, almeno in certa misura, con l’utente e con i referenti invariants, con i quali è assicurato l’intervento al bisogno e si articola in 4 momenti: osservazione/inserimento, progetto, valutazione, dimissione.

L’attività di progettazione consiste nella definizione e attuazione degli interventi educativi e terapeutici da indirizzare verso l’utente.

Il progetto viene redatto dal Resp. Équipe terapeutica–educativa con l’obiettivo di individualizzare l’intervento più idoneo per ogni utente ospite della Comunità.

Tutto il processo di progettazione individualizzata, di osservazione, monitoraggio e valutazione è gestito tramite l’utilizzo del Software GISSS e rispetta i requisiti della normativa di Autorizzazione di cui alla DGR 937/20.

La gestione informatizzata del processo rispetta la normativa sulla Privacy (GDPR 2016/679).

Elementi in ingresso alla progettazione e allo sviluppo:



La cooperativa L'Imprevisto ha individuato e attua il **PR03** che definisce le attività e le responsabilità per fornire una prima accoglienza all'utente e procedere all'analisi dei bisogni e individuazione obiettivi dell'utente medesimo.

L'output di questa prima fase consiste nell'anamnesi e diagnosi dell'utente e del contesto familiare al fine di formulare un'ipotesi di intervento che rappresenta l'input del processo a valle nel quale seguirà la definizione e la gestione del progetto personalizzato (vedi PR03). I dati di ingresso necessari per la definizione del progetto individuale educativo-terapeutico sono costituiti essenzialmente in fase di partenza dai risultati dei colloqui e del test TMA.

Successivamente, attraverso una serie di incontri quali le riunioni settimanali di gruppo e dell'équipe terapeutica-educativa che passa in rassegna i singoli casi, e gli incontri giornalieri individuali dell'operatore con il ragazzo, si rilevano e analizzano tutta una serie di dati e informazioni sull'andamento di ogni singolo ragazzo in modo da poter verificare se gli interventi educativi e terapeutici pianificati sono stati efficaci e adeguarli in qualsiasi momento.

Il Resp. Équipe terapeutica-educativa riesamina i dati di ingresso alla definizione del progetto individuale sia in fase di partenza che durante la permanenza in comunità verificando che i dati siano completi, non ambigui e non in conflitto tra di loro.

#### Elementi in USCITA dalla progettazione e allo sviluppo:

La cooperativa L'Imprevisto ha individuato e attua il **PR03** che definisce le attività e le responsabilità per la definizione e la gestione del progetto individuale.

I risultati della progettazione sono costituiti dal progetto individuale e da tutti gli strumenti operativi collegati.

Il Progetto individuale specifica i dati e requisiti di partenza (aree critiche e bisogni dell'utente), gli obiettivi e i risultati da conseguire, i tempi di verifica e le attività previste.

I dati di ogni utente sono raccolti e archiviati in una cartella personale a cura del Resp. Équipe terapeutica –educativa.

#### Riesame della progettazione:

Il Riesame della progettazione è eseguito secondo le cadenze stabilite dal piano individuale. Esso consiste in una revisione critica, sviluppata attraverso riunioni dell'Equipe, volta a valutare se l'impostazione degli interventi personalizzati ed i risultati stabiliti sono congruenti con i dati e requisiti di ingresso.

#### Verifica della progettazione:

Le verifiche della progettazione, eseguite secondo le cadenze stabilite nel Piano stesso, rappresentano momenti di confronto sull'andamento del singolo utente al fine di individuare e provvedere a risolvere gli eventuali scostamenti da quanto atteso.

Le verifiche possono prevedere: Verifiche periodiche sull'andamento del singolo utente; Verifiche dei risultati ottenuti; Verifiche dei risultati del Test TMA.

Le verifiche vengono effettuate dai vari responsabili indicati nel **PR03** che, in base a quanto pianificato, possono coinvolgere altre figure interne od esterne.



#### Validazione del progetto:

La validazione del progetto individuale ha il fine di esplicitare gli obiettivi raggiunti e provvedere quindi alla validazione o modifica della progettazione sulla base dei nuovi elementi acquisiti. La validazione del progetto può seguire sia al raggiungimento degli obiettivi prefissati che ai risultati del test TMA. e consiste in una “previsione”, sulla base delle verifiche e riesami effettuati, di idoneità del progetto alle necessità dell’utente. La validazione del progetto viene effettuata dal resp. dell’Équipe terapeutica-educativa ed è attestata sul progetto stesso.

Tenuta sotto controllo delle modifiche della progettazione e dello sviluppo: Qualora durante l’iter di progettazione o realizzazione, per esigenze dell’IMPREVISTO o per richieste del cliente-committente si renda necessario apportare delle modifiche al progetto individuale, queste vengono verbalizzate su apposita modulistica e sottoposte all’attenzione dell’Équipe terapeutica-educativa la quale, sulla base dell’entità della modifica, provvederà a dare disposizioni in merito, a richiedere riesami straordinari e/o a revisionare la pianificazione della progettazione; la documentazione revisionata viene differenziata dalla precedente mediante una nuova data di emissione; la documentazione viene verificata e rimessa. Sul Progetto individuale viene lasciata traccia della modifica.

**Per il dettaglio sulle responsabilità e attività del processo suddetto si rimanda alla PR03 “Gestione del piano educativo-terapeutico individuale”**

## 8.4 CONTROLLO DEI PROCESSI, PRODOTTI E SERVIZI FORNITI DALL'ESTERNO

### **GESTIONE DEGLI ACQUISTI (PR07)**

La PR07 “Gestione degli acquisti” è stata creata con l’obiettivo di assicurare che l’acquisto di derrate alimentari, prodotti per l’igiene personale, attrezzature e macchinare sia conforme ai requisiti specificati nell’ordine e/o nelle specifiche di acquisto.

Relativamente all’acquisto delle derrate alimentari, il Responsabile della gestione della mensa stila la lista della spesa sulla base del menù della settimana e della disponibilità dei prodotti in deposito e si reca quindi al Supermercato.

**Per il dettaglio sulle responsabilità e attività del processo suddetto si rimanda alla PR07 “Gestione degli acquisti”**

### **VALUTAZIONE E QUALIFICA DEI FORNITORI (IST06)**

L’IMPREVISTO tiene sotto controllo i processi forniti dall’esterno per assicurare che i servizi/prodotti approvvigionati risultino conformi ai requisiti specifici.

I fornitori vengono valutati e selezionati in base alla loro capacità di fornire dei servizi /prodotti rispondenti ai requisiti specificati. In particolare, il fornitore di servizio viene valutato mediante il controllo delle referenze e dei dati disponibili sulla soddisfazione dei clienti e del personale interno.

Gli ordini ai fornitori sono chiaramente identificati e gli incarichi sono specificati dettagliatamente.

Sono stati stabiliti dei criteri per l'individuazione, classificazione e qualificazione dei fornitori e relativa registrazione.

I fornitori vengono mantenuti costantemente sotto osservazione e valutati per i servizi e prodotti forniti, e durante l'uso degli stessi presso la sede, relativamente alla qualità del servizio reso, al costo e alla puntualità del servizio.

La gestione degli approvvigionamenti è regolamentata in dettaglio nel PR 07 Gestione degli acquisti.

La gestione dei fornitori è regolamentata in dettaglio nella PG06 "Gestione della valutazione e della qualifica dei fornitori". La valutazione del fornitore è presa in considerazione in sede di riesame e può generare obiettivi di miglioramento.

Gli ordini di acquisto sono chiaramente identificati e vengono emessi a fornitori qualificati a fronte di richieste d'acquisto approvate dal Resp. Servizio verde.  
L'impresa acquista sia servizi che prodotti.

Per i prodotti si tratta di materiali inerti, olio e miscela per le attrezzature e macchinari per il verde. Particolare attenzione viene dedicata al rispetto della normativa in vigore e quella sulla sicurezza (es: marchio CE).

I servizi acquistati riguardano la manutenzione presso officine specializzate degli automezzi e macchinari (autocarri, trattori, trincia erba, motosega, ecc.)

#### Tipo ed estensione del controllo

Tutti prodotti e materiali acquistati devono essere conformi alle specifiche stabilite in sede di ordine d'acquisto in funzione delle specifiche finali del cliente.

La rispondenza alle specifiche viene assicurata mediante controlli in ingresso secondo istruzioni operative che dettagliano il tipo di controllo, la specifica di riferimento, la frequenza, metodo di verifica, limite di accettabilità, azioni correttive da intraprendere.

I prodotti e i materiali non conformi di regola sono direttamente resi al fornitore.

Esiste un'area dedicata alla segregazione dei prodotti non conformi.

Per i servizi la verifica di conformità alle specifiche richieste viene garantita mediante la valutazione di soddisfazione del servizio reso quale la capacità di risposta ai problemi, il costo del servizio, il rispetto dei tempi di consegna richiesti, ecc..

## **8.5 PRODUZIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI**

### **EROGAZIONE DEL SERVIZIO EDUCATIVO E TERAPEUTICO (PR04)**

In linea di massima, il percorso terapeutico educativo può essere sintetizzato in 6 fasi principali (ed una fase di prova); ogni fase non supera le precedenti, ma le approfondisce e le consolida nelle acquisizioni fondamentali. Nel suo complesso il programma ha la durata orientativa di 24 mesi.

**Fase di prova (1 mese):** in questa fase l'Utente deve dimostrare la propria decisione e motivazione a voler restare in comunità per compiere il lavoro su se stesso.

**Fase 1 Ambientamento – integrazione (4 mesi):** nei primi mesi di permanenza in comunità l'Utente mostra un atteggiamento contrastante, diviso tra il desiderio di cambiare e la nostalgia della vita passata; incertezza sulla possibilità reale del cambiamento e fiducia instabile nella realtà che la accoglie. Per questo motivo, in tale fase, viene svolto essenzialmente un intervento di tipo comportamentale sull'Utente.

**Fase 2 Adattamento – Accettazione (6 mesi):** consolidatosi il rapporto di fiducia con gli Educatori, l'Utente viene educato alla percezione e alla accettazione della realtà.

In questo periodo il ragazzo dovrà sviluppare le proprie capacità di conoscere, amare, lavorare.

**Fase 3 Fase terapeutica. Riconoscimento e accettazione degli altri (6 mesi):** Consolidata la fase della percezione e dell'accettazione della realtà in tutti i suoi fattori, si entra nella fase del riconoscimento e dell'accettazione degli altri con cui paragonarsi, confrontarsi, scontrarsi, condividere, collaborare, ecc. in modo da costruire una compagnia di persone che riconoscono il bisogno di farsi aiutare e che vedono negli operatori un punto di riferimento autorevole.

**Fase 4 Educazione alla scoperta di sé (5 mesi):** Consolidata la fase della scoperta e della accettazione degli altri come distinti da sé, si entra nel momento della scoperta di sé stessi per prendere coscienza della realtà e della propria esperienza.

Tutte le responsabilità, le modalità operative, le istruzioni operative e di controllo sono definite o richiamate nel Progetto individuale che è redatto in fase di progettazione.

Nel PR 04 sono individuate le responsabilità e le modalità operative per l'erogazione degli interventi terapeutico-educativi.

### **Tenuta sotto controllo delle attività di produzione e di erogazione dei servizi**

Per il controllo delle attività terapeutico-educative sono utilizzati i seguenti documenti e strumenti:

- **VADEMECUM DELL'EDUCATORE:** è un manuale operativo che riporta le regole sulle funzioni e responsabilità dell'educatore, le metodologie e gli interventi sugli ingressi in comunità, i rapporti con i ragazzi, gli incontri e le modalità sulle registrazioni delle osservazioni giornaliere
- **IL PUNTO:** è una specie di diario-quaderno sia dell'utente sia degli Educatori, che contiene e illustra le osservazioni che gli Educatori vogliono esprimere al singolo. Esse sono comportamentali, contenutistiche, di richiamo, di sollecitazione, esprimono un giudizio, una situazione su cui riflettere. Nel Punto sono anche indicate le responsabilità assegnate al ragazzo e le possibilità di comunicazione, corrispondenza e rapporto con l'esterno. E' inoltre lasciato uno spazio nel quale il ragazzo è chiamato a rispondere per iscritto alle osservazioni degli Educatori.

- ASSEGNAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ UTENTI: contiene la descrizione delle responsabilità e delle mansioni assegnate ad ogni utente.
- VERBALI DELLE RIUNIONI SETTIMANALI DELL'EQUIPE: sono riportati la discussione degli interventi effettuati sui singoli ragazzi, la verifica del programma adottato, la programmazione settimanale delle attività.
- VERBALI DELLE RIUNIONI TECNICHE DEL GRUPPO OPERATIVO: sono riportate tutte le decisioni su aspetti e problematiche tecniche, i lavori da svolgere con urgenza, i cambiamenti d'alcune regole non scritte ma in uso, le eventuali rotture di cose o attrezzi da parte dei ragazzi, la verifica delle responsabilità dei "ragazzi responsabili" le osservazioni d'andamento dal punto di vista dell'impegno sul lavoro da parte dei ragazzi.
- DIARIO GIORNALIERO: è riportato l'andamento della giornata e tutti i fatti, i contenuti delle assemblee, i nomi dei ragazzi particolarmente nervosi e/o agitati, gli eventuali colloqui svolti dall'operatore con il singolo ragazzo; gli allontanamenti, le visite delle assistenti sociali, i nuovi ingressi, le visite mediche dei ragazzi e altri appuntamenti.
- ELENCO DELLE ATTIVITÀ EDUCATIVE SVOLTE: Oltre alle attività svolte giornalmente (pulizie generali, lavori .... , attività ricreative), i ragazzi e le ragazze usufruiscono di attività svolte sia all'interno che all'esterno delle strutture quali: il recupero scolastico per coloro che intendono riprendere gli studi interrotti; corsi di formazione professionale svolti ed organizzati dalla Cooperativa stessa (corso per pizzaiolo, corso di cucina, corso di cucito, corso di editoria, progetto "Archeo", progetto "Rio" finanziati dalla Regione o da Fondazioni private. Due volte alla settimana gli utenti frequentano una palestra esterna alla comunità per partecipare ad allenamenti di pallavolo. Corso di Teatro tenuto da Lucia Ferrati, coordinatrice della rete teatrale della Provincia di Pesaro e Urbino per l'Associazione Marchigiana Attività Teatrali (AMAT) e da Gilberto Santini, Diretto di AMAT).
- PROCEDURE PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE (IST 12 e PR19): sono previste una istruzione operativa e una procedura che determinano i comportamenti da tenere in caso di incendio, di infortunio di un utente e di emergenza. In particolare, è predisposto dall'Addetto alla prevenzione incendi/emergenze il Piano evacuazione antincendio ai sensi del D.lgs. 81/08, affisso in tutti i locali delle strutture.

L'Addetto alla prevenzione incendi/emergenze addestra gli Operatori e gli Utenti ed effettua almeno una prova di evacuazione una volta all'anno.

In caso di infortunio utente, è predisposta dall'Addetto al primo soccorso la Tabella Emergenze, apposta nell'Ufficio Operatori. È presente una Cassetta Pronto Soccorso contenente tutto il materiale previsto dalle leggi in materia.

In caso di infortunio/malessere di un utente, l'operatore di turno avvisa immediatamente l'addetto al primo soccorso che, verificata la condizione dell'infortunato, provvede ad intervenire e chiamare il 118. Qualora il malessere o l'infortunio si verifichi durante le ore notturne, l'operatore in turno, rilevato che le condizioni dell'utente sono gravi, contatta immediatamente il 118; altrimenti si consulta con la guardia medica del servizio sanitario nazionale.

La validazione del processo di erogazione di servizi e prodotti consiste principalmente:

- nei criteri definiti dalla Direzione in collaborazione con il personale impiegato per l'erogazione del servizio, per eseguire il riesame dell'operato fin qui svolto e valutare se è il caso di apporre modifiche nei processi fin qui impiegati

### **GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

Il Piano annuale per la gestione del rischio clinico (PARC) è un percorso formale di programmazione compiuto dalla comunità nell'ambito della sicurezza delle cure; prevede le attività di gestione del rischio clinico che si sviluppano, con cadenza annuale, al fine di un miglioramento continuo, attraverso la visione armonica e coordinata delle attività, dell'approccio sistemico, della diffusione culturale e della crescita della learning organization.

Ogni singolo operatore è determinante per il successo degli interventi di gestione del rischio clinico e il PARC fornisce al Direttore uno strumento insostituibile per intervenire sulla complessità organizzativa al fine di elevare le soglie di accadimento di eventi avversi e near misses.

Il PARC prevede linee strategiche e azioni orientate allo sviluppo diffuso della sensibilità e degli strumenti culturali del rischio clinico e alla rilevazione ed analisi della rischiosità delle pratiche diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali, affinché, con il concorso di tutti gli operatori vengano intrapresi gli opportuni correttivi.

Gli obiettivi del PARC sono:

- A. diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- B. migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- C. favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;
- D. partecipare alle attività regionali in tema di risk management.

Per raggiungere i predetti obiettivi, le linee strategiche di intervento sono le seguenti:

- A) sviluppo della sensibilità e delle competenze nell'ambito del rischio clinico;
- B) consolidamento del sistema di segnalazione, analisi e monitoraggio degli eventi avversi (sentinella e non);
- C) Piena implementazione e manutenzione continua delle Raccomandazioni Ministeriali.
- D) Elaborazione della rilevazione informativa sistematica per la mappatura dei rischi.
- E) Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza.

Il PARC risponde al requisito 34 di cui alla DGR 937/2020.

### **ASSISTENZA SANITARIA DEGLI UTENTI (IST03)**

Gli Utenti della Comunità sono in possesso di tesserino sanitario sul quale è indicata l'esenzione 014.304 (dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool) data loro dal Sert di residenza. Con l'ingresso in Comunità, gli Utenti vengono cancellati dall'Ufficio Anagrafe di residenza.

La Comunità provvede a far richiesta di iscrizione temporanea agli elenchi dell'Ufficio Anagrafe dell'AUSL territoriale di Pesaro per poter assegnare all'Utente il medico della comunità.

L'esenzione 014.304 viene concessa per un periodo di tempo variabile. Al momento della scadenza, la Cooperativa L'IMPREVISTO provvede a richiedere all'AUSL di riferimento il rinnovo dell'esenzione.

In caso di allontanamento o di dimissione dell'Utente dalla Struttura, la Comunità ne effettua la comunicazione al Servizio Anagrafe di Pesaro, in modo che l'Utente possa re-iscriversi all'anagrafe di sua residenza.

È prevista la presenza del Medico Psichiatra, esterno alla Comunità, almeno 1 volta a settimana per due ore, come stabilito dall'Accordo Quadro DGR n. 1473 del 29/10/2018.

#### **EROGAZIONE DEI SERVIZI ALBERGHIERI (PR13 GESTIONE DELLA MENSA)**

Il Responsabile della Gestione della Mensa stabilisce il menù giornaliero, settimana per settimana, secondo le esigenze e rispettando le tabelle nutrizionali, con possibilità di variazioni anche nel rispetto dell'appartenenza religiosa, dell'orientamento alimentare o di diete previste su prescrizione specialistica per l'utente. Il RGM, sulla base del Menù, determina il fabbisogno di acquisti di alimenti e attiva, in caso di necessità di acquisti, la PR07. Gli Utenti incaricati giornalmente procedono alla preparazione e alla somministrazione dei pasti.

La qualità dei prodotti alimentari viene costantemente monitorata e per le procedure di autocontrollo igienico-alimentare, si rimanda al Manuale HACCP.

#### **8.5.1 CONTROLLO DELLA PRODUZIONE E EROGAZIONE DEI SERVIZI**

L'IMPREVISTO effettua una serie di controlli predefiniti su tutti i processi che concorrono all'erogazione del servizio al fine di assicurare la corrispondenza fra le caratteristiche del servizio stesso e i requisiti del contratto. I risultati del monitoraggio sono oggetto di riesame ed alla base degli obiettivi di miglioramento.

I controlli sul servizio sono strutturati nel modo seguente:

<b>Controlli</b>	<b>Responsabile dell'esecuzione</b>	<b>Supporti e modelli per la registrazione dell'esito dei controlli</b>
Alla consegna dei prodotti alimentari	Responsabile del servizio mensa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schede di registrazione controlli al ricevimento merce</li> </ul>
Durante la auto-somministrazione farmaci da parte degli utenti	Responsabile Accoglienza Utenti Operatore in turno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scheda di somministrazione farmaci timbrata e firmata dal Medico</li> </ul>
durante il processo di realizzazione del servizio	Responsabile Accoglienza Utenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schede di monitoraggio interventi educativi e terapeutici</li> <li>• Relazioni Trimestrali</li> </ul>



Al termine del progetto educativo	Responsabile Accoglienza Utenti	• Piano Educativo e Terapeutico individuale
-----------------------------------	---------------------------------	---

### 8.5.2 IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ

Questo paragrafo del MQ contiene le regole adottate per garantire in qualsiasi momento la possibilità di identificare e rintracciare le risorse, le modalità, i prodotti ed i servizi utilizzati, i trattamenti erogati all'utente.

Quanto prescritto in questo paragrafo si applica a:

- utenti
- principali risorse umane coinvolte
- materiali sanitari, attrezzature, strumentazione

Di seguito vengono illustrate le tecniche utilizzate per assicurare la identificazione e la rintracciabilità.

#### **Identificazione e rintracciabilità degli utenti.**

Il sistema informativo assegna agli utenti che accedono alla struttura, un numero identificativo univoco (seriale univoco), dall'inizio dell'attività del Centro, che resta memorizzato dal software gestionale e che consente di rintracciare tutte le prestazioni e la documentazione sanitaria di cui l'utente ha usufruito presso la struttura.

Il sistema di codifica adottato per identificare l'utente permette di ricostruire, sia durante la sua permanenza presso il Centro che successivamente alle sue dimissioni, la sua storia personale, sanitaria e gli eventuali provvedimenti giudiziari civili o penali cui è stato sottoposto. In particolare, la ricostruzione dell'iter educativo-terapeutico degli utenti è resa possibile dalla archiviazione e successiva consultazione dei dati di tipo educativo registrati nella cartella Utente e sanitario registrati sulla cartella sanitaria e sui referti.

#### **Identificazione e rintracciabilità del materiale sanitario e dei farmaci**

I materiali di consumo e i farmaci vengono conservati, in aree apposite (scaffali, frigoriferi, armadio farmaceutico ecc...) presenti presso le Strutture in apposito Ufficio, in accordo alle condizioni definite dal fabbricante. I farmaci sono conservati suddivisi in scaffali per Utente.

Tutti i prodotti hanno un'etichetta che contiene, oltre ai dati identificativi della ditta fornitrice, il nome del prodotto, il numero di lotto e la data di scadenza e se necessario la temperatura di conservazione.

Nei casi in cui si renda necessaria l'apertura della confezione e la compattazione in poche scatole, ad esempio per motivi di spazio, viene verificato che ogni singolo prodotto sia corredato di etichetta descrittiva che ne consenta la corretta identificazione e rintracciabilità e si pone attenzione a non mischiare prodotti appartenenti a lotti diversi o che hanno vita utile residua diversa.

Nel caso in cui si renda necessaria la ricostituzione in contenitori diversi dall'originale l'operatore vi appone una etichetta ove vengono riportate le seguenti indicazioni: data di ricostituzione o apertura della confezione, descrizione del prodotto, numero di lotto. Per le confezioni aperte e non ancora completamente utilizzate sulla confezione viene scritta la data di apertura, al fine di evitare prolungate giacenze e poterne valutare la possibilità di utilizzo.

La rintracciabilità dei prodotti e la correlazione tra prodotti e trattamento terapeutico è assicurata attraverso la tra-scrizione sulla documentazione medico-sanitaria, della denominazione del prodotto che compare sulla confezione e sull'etichetta di ogni contenitore primario.

I farmaci non sono mai tolti dalla confezione originale se non nel momento in cui sono consegnati all'utente per l'auto-somministrazione in accordo alle prescrizioni mediche.

### **Identificazione e rintracciabilità del personale interno**

Tutto il personale è identificato e rintracciabile tramite un apposito cartellino indicante generalità e qualifica professionale.

#### **8.5.3 PROPRIETÀ CHE APPARTENGONO AI CLIENTI O FORNITORI ESTERNI**

Al momento dell'ingresso in Comunità, l'operatore di turno esegue una perquisizione sull'Utente e sui suoi oggetti personali.

Gli Utenti trattengono solamente i propri indumenti consoni all'ambiente della Comunità terapeutica-educativa e li conservano all'interno degli armadi presenti in ogni camera.

I restanti oggetti personali (cellulare, portafogli e altri oggetti di valore) vengono sequestrati e custoditi in armadi all'interno degli uffici degli operatori o – eventualmente – in cassaforte.

Al momento dell'ingresso viene compilata la scheda **oggetti sequestrati**, scheda che viene firmata dall'utente al momento del sequestro e, successivamente, al momento della restituzione.

Il materiale per l'igiene personale viene consegnato dagli operatori a seguito di richiesta fatta dall'Utente, nel momento della necessità, al Botteghino.

#### **8.5.4 PRESERVAZIONE**



Tutti i documenti che attestano l'erogazione e i controlli durante i trattamenti educativi e terapeutici sono identificati e conservati secondo regole stabilite nelle procedure di riferimento.

Per l'immagazzinamento, la movimentazione e l'identificazione dei farmaci si rimanda al paragrafo sopra descritto.

#### **8.5.5 ATTIVITÀ DI POST CONSEGNA**

Per le attività di post consegna si rimanda al paragrafo 8.6 in cui vengono descritte le attività di assistenza utenti post dimissioni (Follow Up) come descritto in dettaglio nella IST 14 Continuità Assistenziale.

#### **8.5.6 CONTROLLO DELLE MODIFICHE**

Tutte le informazioni sulle modifiche apportate alla documentazione del sistema qualità sono descritte nell'apposito cartiglio compreso le persone che autorizzano la modifica.

In sede di riesame periodico del sistema qualità vengono effettuate le valutazioni e il riesame della documentazione al fine di apportare modifiche migliorative.

### **8.6 RILASCIO DI PRODOTTI E SERVIZI**

La dimissione dell'utente avviene quando vengono raggiunti quei livelli di autonomia e di benessere stabiliti nel progetto riabilitativo e non è e non può essere prefissata astrattamente a priori. Il traguardo è quello di un progressivo reinserimento nell'ambiente d'origine o in altro ambiente. Le conquiste e la realtà che la persona ha guadagnato vanno provate e vissute in ambiti diversi, più vasti e vari.

Diversamente avviene qualora il trattamento in comunità sia stato predisposto quale misura alternativa alla detenzione in carcere. In tal caso, le dimissioni avvengono alla data stabilita dal Giudice nel provvedimento.

#### **DIMISSIONI UTENTI MAGGIORENNI (PR 05A)**

Le dimissioni di Utenti maggiorenni dalle Strutture, possono svolgersi attivando una fase di rientro graduale nel "mondo esterno", in famiglia o in altra sede, e l'inserimento lavorativo, definita "Fase Part-Time". Tale fase ha una durata variabile di massimo 5-6 mesi nella quale l'utente trascorre una settimana al mese a casa.

L'andamento di tale fase viene continuamente monitorato attraverso colloqui al rientro in comunità per valutare le criticità.

In alternativa allo svolgimento della Fase Part-Time, l'Utente che svolga attività lavorativa o abbia ripreso la scuola, viene dimesso con contestuale inserimento nel Gruppo Appartamento dove inizia un percorso di reinserimento graduale di 10 mesi/1 anno.

**Per il dettaglio sulle responsabilità e attività del processo suddetto si rimanda alla PR05B "Dimissioni utenti maggiorenni"**

**DIMISSIONI UTENTI MINORENNI (PR 05A)**

Nel caso di minorenni sottoposto alla Misura di Messa alla prova o a misura cautelare del collocamento in comunità, la data di fine provvedimento coincide con la data di fine progetto. Diversamente, nei casi in cui l'utente sia stato inviato dal SerD, si valuta con il servizio inviante, caso per caso, quando attivare la fase di dimissione.

**Per il dettaglio sulle responsabilità e attività del processo suddetto si rimanda alla PR0A "Dimissioni utenti minorenni"**

**CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (IST 14)**

In seguito alla dimissione dell'utente dalla Comunità, l'obiettivo che si persegue è quello di un progressivo reinserimento nell'ambiente d'origine o in altro ambiente.

Per ogni utente alla fine del percorso viene redatta una relazione finale contenente i traguardi raggiunti e le eventuali criticità ancora in essere. Nella stessa, se necessario, sono riportate le terapie mediche che devono ancora essere somministrate. Qualora l'utente sia seguito da un SerD, la relazione viene inviata al Servizio, in modo che si prenda carico degli eventuali interventi da porre in atto successivamente al ritorno dell'utente nel suo ambiente d'origine.

Per un monitoraggio dell'andamento dell'utente successivamente al percorso in comunità, il Responsabile Equipe invita sia i genitori che gli utenti dimessi, tramite invito scritto, a partecipare ad alcuni eventi organizzati dalla Coop. L'IMPREVISTO, in particolare: la **giornata dei genitori**, che si svolge ogni 40 giorni circa e la **giornata delle dimissioni**, che si svolge nel mese di dicembre di ogni anno.

In tale occasione si verifica l'andamento dell'utente post dimissione (follow up) tramite colloquio sia con il ragazzo/a che con i genitori.

**Al termine dell'attività il Responsabile Equipe redige Verbale in cui dà evidenza dei risultati della verifica di post dimissioni (M78 Verbale follow up Utenti).**

In occasione di incontri e/o colloqui telefonici con i referenti degli enti invianti, Il Responsabile A.U. effettua un follow up dei casi **inviati** dagli stessi.

## 8.7 CONTROLLO DEGLI OUTPUT NON CONFORMI

Le attività di tenuta sotto controllo delle NC avvengono in accordo alla **PR10 Gestione delle non conformità e reclami**.

Si definisce "non conformità" (di seguito NC) qualsiasi scostamento dalle prescrizioni di legge o di qualità stabilite dall'impresa (vedi procedure e istruzioni) e/o contrattualmente con il cliente-committente tale da rendere il servizio erogato contrario ai suddetti standard. Sono considerate non conformità anche tutti i disservizi che possono comportare un impedimento nel corretto svolgimento delle attività previste.

Si definisce NC, al di fuori delle specifiche contrattuali, qualsiasi reclamo da parte dei clienti.

Le NC, rilevate da qualsiasi operatore, sono registrate su un apposito registro e risolte opportunamente mediante provvedimenti correttivi. L'analisi delle NC servirà successivamente a prendere idonee azioni correttive e preventive (vedi par. 6.5).

Il processo di tenuta sotto controllo delle NC suddette si articola nelle seguenti macro-fasi:

- identificazione delle NC
- registrazione delle NC
- modalità di trattamento delle NC
- responsabilità specifiche e tempi per l'attuazione del provvedimento correttivo
- verifica finale di chiusura e efficacia del provvedimento correttivo intrapreso

RGQ predispone un archivio delle NC, sia per facilitare l'identificazione dei problemi che hanno un'origine comune rispetto a quelli la cui ricorrenza è unica, sia per prendere appropriate contromisure onde evitare il ripetersi delle N.C., che per sviluppare analisi statistiche.

## 9. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

### 9.1 MONITORAGGIO, MISURAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE

#### 9.1.1 GENERALITÀ

L'IMPREVISTO consapevole che un monitoraggio delle prestazioni ha come conseguenza diretta un miglioramento della qualità del servizio, ha disposto un sistema di raccolta e di misurazione dei dati, allo scopo di poter prendere decisioni basate su fatti concreti.

L'impresa intende pianificare e gestire i propri processi per il miglioramento continuativo del SGQ tramite i seguenti elementi:

- la politica per la qualità
- gli obiettivi per la qualità
- i risultati delle verifiche ispettive interne per la qualità
- l'analisi dei dati di ritorno dai processi e dai clienti - utenti
- le azioni di miglioramento
- i riesami del SGQ da parte della direzione
- misurare la conformità dei propri processi e servizi

#### 9.1.2 SODDISFAZIONE DEL CLIENTE

##### SODDISFAZIONE UTENTI E FAMILIARI

L'IMPREVISTO effettua periodicamente (almeno una volta all'anno) indagini sulla percezione della qualità da parte dell'utente e familiari. La raccolta delle informazioni avviene attraverso la somministrazione di questionari a cura di RGQ nel rispetto della normativa nazionale (art 14 D. Lgs. 502/92 ) e del Manuale di Accreditamento della Regione Marche.

##### SODDISFAZIONE DEGLI ENTI INVIANTI

L'IMPREVISTO effettua periodicamente (almeno una volta ogni due anni) indagini sulla soddisfazione degli enti invianti. L'indagine può essere sia di tipo passivo mediante compilazione da parte dei clienti di appositi questionari che di tipo attivo mediante effettuazione di interviste con i referenti. Gli strumenti principali utilizzati per verificare la soddisfazione dei clienti e utenti sono i seguenti:

- o i questionari e le indagini
- o reclami
- o rispetto degli standard qualitativi richiesti

La cooperativa desidera conoscere la qualità del servizio reso con l'obiettivo di migliorare il loro livello di soddisfazione.

RGQ definisce i metodi e la frequenza della raccolta dei dati. Il processo di acquisizione della "voce del cliente" prevede anche l'individuazione dei fattori qualità più importanti da misurare e monitorare.

#### 9.1.3 ANALISI E VALUTAZIONE

La raccolta dati e la valutazione sulla soddisfazione dei Clienti (Enti invianti, Utenti e Familiari) viene effettuata da RGQ. Le misurazioni sono alla base del processo di miglioramento continuo. Esse, infatti, mostrano la capacità del processo di ottenere i risultati pianificati. Se l'indicatore evidenzia un valore inferiore al valore minimo stabilito (standard di qualità) si

provvede ad avviare azioni correttive di miglioramento secondo le modalità descritte al Par. 10.2. Se la misurazione successiva indica che c'è stato un miglioramento si provvederà a rendere permanente la soluzione organizzativa adottata.

Il riesame dell'analisi dei dati sulla soddisfazione dei clienti e utenti finali del servizio coincide con il riesame del sistema qualità da parte della direzione (vedi cap. 5.6).

Per il dettaglio sulle modalità operative e responsabilità per la misurazione della soddisfazione del cliente/utente/familiari si rimanda alla IST 18

La Direzione, i Responsabili di Funzione, i Responsabili di Struttura e il RGQ, ciascuno per le attività di propria competenza, identificano e definiscono le necessità di raccogliere ed elaborare dati al fine di ricavare, mediante l'impiego delle tecniche statistiche che ritengono più opportune, parametri e indicatori sull'efficacia/efficienza dei processi e analisi di trend sugli stessi.

Tra le attività che richiedono una trattazione più frequente di dati mediante tecniche statistiche rientrano:

- monitoraggio della soddisfazione dell'utente e familiari
- monitoraggio della soddisfazione degli enti invianti
- analisi e trattamento delle non conformità riscontrate sulle forniture ricevute
- analisi delle deviazioni dalle procedure-protocolli
- analisi degli eventi avversi
- gestione dei reclami
- monitoraggio dell'andamento dei processi
- monitoraggio e misura dei livelli di qualità dei servizi e delle prestazioni (vedi Carta del Servizio)
- gestione degli audit
- analisi delle azioni correttive e preventive
- valutazione dei fornitori

## 9.2 AUDIT INTERNO

Le VI effettuate:

- sono pianificate e sistematiche, tranne quelle “straordinarie” che si svolgono su segnalazione di situazioni non conformi e/o per verificare l’attuazione e il risultato delle azioni correttive adottate;
- vengono eseguite in base a procedura scritta (PR 11);
- sono all’origine delle azioni correttive e/o preventive.

Le VI interne sono gestite da personale dell’cooperativa appositamente qualificato e indipendente da chi ha diretta responsabilità per le attività sottoposte a VI.

Sono previste VI interne condotte da personale esterno, qualora ciò fosse ritenuto necessario dalla direzione.

I risultati della VI sono documentati mediante rapporto che viene trasmesso a coloro che hanno responsabilità nell’area/processo interessata e alla PRES. C.D.A. per consentirle l’attuazione del riesame periodico del sistema qualità.

Il rapporto di VI deve evidenziare le non conformità e le carenze emerse e indicare le azioni correttive/preventive per eliminarle. Il responsabile dell’area verificata deve adottare tempestivamente le azioni correttive evidenziate. Sono anche previste attività di controllo tese ad accertare e registrare l’attuazione e l’efficacia delle azioni correttive/preventive intraprese. La gestione delle azioni di miglioramento avviene in accordo alla PR 10

### 9.3 RIESAME DI DIREZIONE

#### GENERALITÀ

Il SGQ adottato dalla Cooperative è sottoposto a riesame ad opportuni intervalli e comunque almeno una volta all’anno da parte della PRES. C.D.A. per assicurare l’adeguatezza e l’efficacia nel tempo. Al riesame del sistema qualità partecipano i principali responsabili della:

- Direzione (presidente del C.d.A)
- Resp. Gestione Qualità
- Resp. Struttura

Le responsabilità, le modalità operative e i criteri utilizzati per l’attività di riesame del SGQ sono dettagliati nel PR 12.

Il riesame del SGQ viene eseguito considerando:

- Risultati delle verifiche ispettive interne;
- Informazioni di ritorno da parte dei clienti (questionari di customer satisfaction, reclami);
- Prestazioni dei processi quali ad esempio: produttività, rispetto interventi richiesti, non conformità interne, ecc.;
- Stato delle azioni correttive e preventive;
- Azioni intraprese in seguito a riesami precedenti (obiettivi e indici di qualità);
- Modifiche che potrebbero avere effetti sul sistema di gestione per la qualità (apertura di nuovi centri, innovazioni nelle attività e nei metodi educativi, nuovi servizi, nuova organizzazione della azienda);
- Raccomandazioni per il miglioramento.

Il riesame riguarda la valutazione di tutte le attività coperte dal sistema qualità, comprendendo quindi anche la politica e gli obiettivi per la qualità; occorre infatti verificare se gli obiettivi previsti siano stati raggiunti e se la politica per la qualità rimane inalterata o subisce delle variazioni per effetto dei risultati verificati.

Il riesame viene sottoposto a registrazione con apposito verbale che conterrà allegati i documenti principali utilizzati per effettuare la valutazione. Tale documentazione sarà distribuita ai partecipanti e archiviata da RGQ.

Gli obiettivi e le azioni conseguenti, decise dal PRES. C.D.A. a seguito del riesame del sistema qualità, sono portate a conoscenza di tutto il personale della cooperativa in modo che sia garantita la consapevolezza da parte del personale della contribuzione delle proprie attività al raggiungimento degli obiettivi per la qualità.

#### INPUT PER IL RIESAME

Al fine di assicurare un Riesame del SGQ che possa valutare il grado di efficienza del SGQ, RGQ prepara un Rapporto sullo stato del SGQ sulla base dei seguenti elementi:

Provenienza	Elemento
Riesame del SGQ	Stato delle azioni decise nei precedenti riesami
Processo di verifica ispettiva	Rapporti di verifica ispettiva interna
Direzione (Presidente del CdA)	Politica per la Qualità Piano Obiettivi di Miglioramento
Processo di misura e monitoraggio della soddisfazione del cliente	Dati elaborati sulla soddisfazione del cliente committente e utente finale del servizio (qualità attesa e percepita)
Processo di misura e monitoraggio delle prestazioni dei processi	Dati elaborati sulle prestazioni dei processi
Processo di misura e monitoraggio delle prestazioni del servizio	Dati elaborati sulla qualità del servizio erogato
Processo di gestione delle non conformità	Dati elaborati sulle non conformità occorse
Ente Certificatore	Rapporti di verifica ispettiva (di parte 3°)
Cliente committente	Rapporti di verifica ispettiva (di parte 2°)
Processo di riesame del SGQ	Risultati dei riesami precedenti
Processo di gestione delle azioni correttive e preventive	Dati elaborati e analizzati ed eventuali proposte di azioni il cui impatto economico e/o finanziario o l'impatto potenziale sul cliente sia significativo
Processo di gestione delle azioni preventive	
Processo di gestione della formazione e addestramento del personale	Dati elaborati di valutazione del personale; formazione erogata

#### ELEMENTI IN USCITA DAL RIESAME

La PRES. C.D.A. riesamina il SGQ, annualmente (mentre controlla semestralmente, o quando occorre lo stato di avanzamento del Piano Obiettivi e dei programmi di azione), per assicurarsi della sua continua idoneità, adeguatezza ed efficacia e per verificare che vengano soddisfatti la politica e gli obiettivi per la qualità.

Tale riesame è oggetto di una riunione fissata dalla PRES. C.D.A. e prevede la partecipazione dei responsabili dei processi e di RGQ.

Prima della riunione per il riesame RGQ predisporre un Rapporto sullo stato del SGQ sulla base degli elementi di ingresso definiti.

Il risultato del riesame è documentato in un apposito verbale.

Nel Verbale di riesame la Direzione riporterà le considerazioni che definiranno:

- disposizioni sulle criticità evidenziate nel Rapporto sullo stato della Qualità.
- tutte le considerazioni sull'andamento del Sistema Qualità (su risorse, Struttura organizzativa, grado di applicazione del Sistema Qualità, ecc.).
- le decisioni assunte in merito agli obiettivi di miglioramento indicando le responsabilità e i tempi
- i tempi e le responsabilità per le eventuali azioni correttive o preventive che si rendano necessarie.
- le modalità più opportune per informare tutte le funzioni coinvolte sugli obiettivi di miglioramento stabiliti.
- tutte le considerazioni sulla diffusione degli obiettivi qualitativi stabiliti.

Il Piano Qualità, tra gli elementi in uscita dal Riesame da parte della PRES. C.D.A. viene attuato attraverso le seguenti attività:

<b>PIANIFICAZIONE</b>	Quantitativa e temporale delle attività di miglioramento inclusi momenti di verifica. La pianificazione garantisce l'equilibrio interfunzionale a tutti i livelli.
<b>FORMAZIONE</b>	Di tutti i livelli coinvolti nel processo sulle tecniche di gestione e sugli strumenti del miglioramento continuo. Tutte le persone ricevono la formazione necessaria per ricoprire il loro ruolo e per interagire nel processo di miglioramento continuo.
<b>RACCOLTA SISTEMATICA DI DATI</b>	che permette una visione sistematica e obiettiva dei fatti correlabili al servizio offerto.



## 10. MIGLIORAMENTO

### 10.1 GENERALITÀ

Il miglioramento continuo deve soddisfare le esigenze e le aspettative future del cliente, prefissando obiettivi di miglioramento in sede di riesame, prevenire e ridurre effetti indesiderati legati all'attività aziendale grazie alla valutazione dei rischi.

### 10.2 NON CONFORMITÀ E AZIONI CORRETTIVE

Questo paragrafo del MQ fornisce le regole per proporre, attuare e verificare le azioni correttive poste in essere per eliminare le cause che hanno provocato situazioni non conformi e per garantire il continuo miglioramento dei livelli di qualità del servizio raggiunti e l'efficienza del Sistema Qualità del Centro.

Le regole previste in questo paragrafo si applicano a tutte le attività svolte nella Struttura che influenzano in maniera diretta o indiretta la qualità delle prestazioni e del servizio offerto all'utenza.

Sono definite azioni correttive tutte quelle iniziative pianificate e attuate da personale qualificato, sotto il coordinamento del RQ, per eliminare le cause di non conformità che presentino almeno una delle seguenti caratteristiche:

- si manifestano frequentemente;
- hanno un impatto sulla qualità delle prestazioni e del servizio erogato;
- hanno, un impatto sulla sicurezza degli utenti e/o degli operatori della Struttura.

#### Richiesta di azione correttiva

La richiesta di attuare un'azione correttiva viene formulata da RGQ su segnalazione eventuali dei Responsabili di Struttura, mediante la compilazione del modulo Richiesta di azione correttiva.

Il documento riporta la motivazione della richiesta, che può derivare, per esempio, dal ricevimento di forniture non conformi, dalla sistematica deviazione da procedure o protocolli stabiliti, dall'impossibilità di rispettare prescrizioni del Sistema di gestione per la qualità a causa di impedimenti logistici o organizzativi. A supporto della motivazione sono forniti, se disponibili, dati che qualificano e quantificano il problema e un'ipotesi delle cause che si ritiene lo abbiano generato.

#### Definizione delle risorse coinvolte

Il Responsabile definisce le risorse coinvolte in base alle professionalità ritenute più idonee, per le conoscenze acquisite e le esperienze maturate, a sviluppare un'analisi completa delle cause del problema ed in grado di proporre adeguate azioni correttive contemperando anche esigenze di tempi e di costi.

Nel caso di più risorse coinvolte, l'azione è coordinata da un Responsabile della azione correttiva, che riporta al RGQ sull'avanzamento dei lavori e sulle problematiche manifestatesi.

### **Analisi dei dati e proposta di azione correttiva**

Il personale incaricato effettua un'analisi dei dati relativi al processo lavorativo nel quale si sono manifestate le non conformità.

Il personale incaricato analizza il processo lavorativo e predispone un piano di lavoro sommario nel quale definisce:

- le attività da svolgere;
- le responsabilità;
- i tempi e le modalità di controllo delle attività svolte;
- un termine per la verifica dell'efficacia dell'azione correttiva intrapresa.

Il personale incaricato verifica con il RQ, secondo periodicità concordate preventivamente, lo stato di avanzamento dei lavori.

### **Attuazione dell'azione correttiva**

Il Responsabile interessato concorda poi con il RQ modalità e tempi di attuazione dell'azione correttiva proposta e si attiva per fornire un'adeguata formazione al personale interessato.

Il personale operativo recepisce in via sperimentale nei propri processi i correttivi sviluppati e registra i dati necessari per verificare l'efficacia degli interventi attuati. Lo stato di avanzamento e gli esiti dell'azione correttiva vengono comunicati periodicamente al RQ.

L'efficacia dell'azione correttiva viene verificata dal RQ entro i tempi preventivamente concordati con il Responsabile interessato.

Nel caso l'azione correttiva sia risultata efficace per rimuovere le cause della non conformità, il RQ si attiva per il recepimento ufficialmente nel Sistema di gestione per la qualità degli interventi correttivi attuati. Nel caso in cui l'esito della verifica di efficacia non sia soddisfacente il RQ provvede a richiedere una nuova azione correttiva.

### **Chiusura dell'azione correttiva**

L'iter di attuazione dell'azione correttiva si conclude, una volta compiute le verifiche necessarie per valutare l'effettiva efficacia dell'azione. La chiusura della azione correttiva viene documentata dal RGQ sul modulo Richiesta di azione correttiva che riporta l'esito e la data della verifica effettuata.

Le registrazioni relative alle azioni correttive vengono gestite in accordo a quanto stabilito nella procedura apposita.

Le informazioni relative alle azioni correttive, sia in essere che concluse efficacemente, sono sottoposte al riesame della direzione (vedi par 5.6).

### **10.3 MIGLIORAMENTO CONTINUO**

Il miglioramento continuo dell'efficacia e dell'efficienza generale delle prestazioni del SGQ nasce dai seguenti elementi:

- Politica per la Qualità
- Obiettivi per la qualità
- Risultati delle verifiche ispettive interne
- Analisi dei dati
- Azioni correttive e preventive
- Riesame della Direzione

## **ALL. 1 POLITICA PER LA QUALITÀ**

Il Presidente del C.d.A. della COOP. L'IMPREVISTO dispone l'attuazione del sistema qualità secondo le modalità riportate nel presente Manuale in ottemperanza alla normativa UNI EN ISO 9001 ed. 2015

### **MISSION e VISION e VALORI**

La Cooperativa sociale “L'Imprevisto”, realtà di persone, anche “esterne”, coinvolte da un motivato interesse umano ed ideale verso gli uomini bisognosi, attraverso l'accoglienza, la cura, il recupero e il reinserimento di minorenni e giovani adulti tossicodipendenti intende perseguire, nel maggior grado possibile, il raggiungimento di una adeguata educazione, maturazione ed autonomia della persona incontrata e di tutto quanto costituisce riferimento importante per essa. Ciò sia attraverso interventi e strumenti educativi, terapeutici e professionali in genere, ma anche, e soprattutto, in forza di un significativo incontro che può accadere tra la persona che chiede aiuto e la persona che è chiamata ad offrirlo.

L'attività della Cooperativa si svolge prevalentemente tramite le sue attuali due strutture: **la Comunità Terapeutica Educativa e la Comunità femminile “Tingolo per tutti”**.

### **OBIETTIVI PER LA QUALITÀ**

Gli obiettivi che la Coop. L'Imprevisto si prefigge sono i seguenti:

- Capacità di accoglienza, di presa in carico e di conoscenza della persona inviata
- Capacità di coinvolgimento, di contenimento e di organizzazione del singolo e del gruppo, di proposizione e leadership significativa.
- Conoscenza e padronanza degli elementi principali del programma educativo e terapeutico.
- Capacità di interazione e di integrazione nel lavoro di gruppo.
- Favorire il rapporto con il mondo esterno (scuola, realtà associative, sportive e lavorative)
- Motivare gli utenti alla ripresa degli studi scolastici e/o di formazione professionale
- Progettare e realizzare corsi di formazione professionale finanziati dal FSE rivolti agli ospiti della comunità al fine di facilitare il reinserimento sociale e lavorativo
- Formazione continua, interna ed esterna, dei responsabili e degli Educatori e del personale amministrativo.
- Miglioramento continuo dei processi
- Soddisfazione del cliente/utente/familiari e del personale dipendente.

### **IMPEGNI**

Per conseguire gli obiettivi per la Qualità, la Direzione della Coop. L'Imprevisto si impegna:

- al rispetto delle leggi e degli obblighi contrattuali nei confronti degli Enti inviati
- al rispetto degli standard organizzativi UNI EN ISO 9001.15
- a promuovere il potenziale individuale e sociale delle persone, favorendo l'integrazione sociale attraverso la valorizzazione e la partecipazione diretta delle persone stesse, delle loro famiglie e di tutte le figure appartenenti alla rete sociale
- a valutare e verificare l'andamento affettivo e dell'inserimento familiare, sociale e lavorativo dell'utente.

Gli obiettivi definiti nella Politica per la Qualità sono elementi di ingresso del Piano di miglioramento che annualmente la Direzione emette stabilendo obiettivi misurabili mediante indicatori.

**Pres. C.d.A.**

Firma Pres.

