



**FONDAZIONE**  
**CENTRI DI RIABILITAZIONE**  
**PADRE PIO ONLUS**

PROVINCIA DI SANT'ANGELO E PADRE PIO  
DEI FRATI MINORI CAPPUCCINI FOGGIA

## **MANUALE DELLA QUALITA'**

*“Cerchiamo di servire il Signore  
con tutto il cuore e la volontà.  
Ci darà sempre più di quanto meritiamo.”*

*fr. Pio*

**UNI EN ISO 9001:2008**  
**ANNO 2017**



# FONDAZIONE CENTRI DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS

## MANUALE DELLA QUALITA'

Il presente manuale è emesso in forma:

Copia controllata: nr

Data di consegna: 10/03/2017

Consegnato a:

Copia non controllata

Redatto da: RSGQ In data: 09/03/2017 Firma:	Riesaminato da: Dir. Esecutiva In data: 09/03/2017 Firma:	Verificato e approvato da: CDA In data: 21/03/2017 Firma
---	---	--

**ELENCO DI DISTRIBUZIONE MANUALE DELLA QUALITA' IN COPIA CONTROLLATA**

FUNZIONE	COPIA N°	FIRMA / RIF. CONSEGNA	DATA
CDA	01	<p>Pres. Fr. Francesco Colacelli</p> <p>Cons. Fr. Francesco Lanci</p> <p>Cons. Fr. Mariano al secolo Di Vito Michele</p> <p>Cons Fr. Matteo Lecce</p> <p>Cons. Fr. Cosimo Scopece</p>	
DIR. ESECUTIVA	02	<p>Dott. Nicola D'Andrea</p> <p>Dott.ssa Serena Filoni</p> <p>Dott.ssa Libera Giardino</p> <p>Dott. Giacomo F. Forte</p>	
RSGQ	03	Dott. Giacomo F. Forte	
DIR. SANITARIO	04	Dott.ssa Serena Filoni	
	05		
	06		
	07		
	08		

	<b>MANUALE DELLA QUALITA'</b>	<b>SEZ. 0 – INTRODUZIONE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

## 0.1 RIEPILOGO DELLE REVISIONI

Il seguente prospetto deve riportare, ad ogni aggiornamento, la natura della modifica relativa ad ogni revisione delle sezioni di questo Manuale. Il Responsabile Gestione Qualità dovrà garantire l'inserimento delle pagine delle Sezioni revisionate e la distruzione di quelle superate.

Il Manuale è costituito da 8 sezioni, che potranno essere aggiornate anche singolarmente. Il numero di revisione del Manuale corrisponde al più alto numero di revisione delle singole sezioni e sarà emessa una nuova edizione, ogni qualvolta saranno apportate sostanziali modifiche al Sistema di Gestione della Qualità o al presente Manuale.

Il seguente prospetto sarà ristampato nella versione più aggiornata ad ogni revisione.

<b>Codice Sezione</b>	<b>Pagine</b>	<b>Revisione NR</b>	<b>Descrizione della modifica</b>	<b>Data</b>
0				-----
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

	MANUALE DELLA QUALITA'	<b>SEZ. 0 – INTRODUZIONE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

## 0.2 INDICE GENERALE

<b>SEZIONE 0 – INTRODUZIONE</b>	
Frontespizio	1
Distribuzione	2
0.1 – Registro delle revisioni	3
0.2 – Indice generale	4
0.3 – Informazioni Generali	6
0.3.1 – Approccio per processi	6
0.3.2 – Profilo dell'organizzazione	7
0.3.3 – Relazione con la ISO 9004	7
0.3.4 – Ubicazione delle strutture e dei servizi erogati	8
<b>SEZIONE 1 – SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE</b>	
1.1 – Scopo	9
1.2 – Campo di applicazione	9
1.3 – Mission	10
1.4 – Vision	11
1.5 – Valori Aziendali	12
<b>SEZIONE 2 – RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	
2.1 – Riferimenti	13
<b>SEZIONE 3 – TERMINOLOGIA</b>	
3.1 – Generalità	17
3.2 – Termini e definizioni	17
3.3 – Acronimi e abbreviazioni	20
<b>SEZIONE 4 – SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'</b>	
4.1 – Requisiti Generali	22
4.1.1 – Processi Aziendali	23
4.2 – Requisiti relativi alla documentazione	23
4.2.1 – Generalità	23
4.2.2 – Manuale della qualità	24
4.2.3 – Tenuta sotto controllo dei documenti	25
4.2.4 – Tenuta sotto controllo delle registrazioni	27
<b>SEZIONE 5 – RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE</b>	
5.1 – Impegno della direzione	28
5.2 – Attenzione focalizzata al cliente	28
5.3 – Politica per la qualità	29
5.4 – Pianificazione	29
5.4.1 – Obiettivi per la qualità	29
5.4.2 – Pianificazione del sistema di gestione per la qualità	29
5.5 – Responsabilità, autorità e comunicazione	30
5.5.1 – Responsabilità e autorità	30
5.5.2 – Rappresentante della direzione	30
5.5.3 – Comunicazione interna	30
5.6 – Riesame da parte della direzione	30
5.6.1 – Generalità	30
5.6.2 – Elementi in ingresso per il riesame	31
5.6.3 – Elementi in uscita dal riesame	31
<b>SEZIONE 6 – GESTIONE DELLE RISORSE</b>	
6.0 – Scopo	32
6.1 – Messa a disposizione delle risorse	32
6.2 – Risorse umane	32
6.2.1 Generalità	32
6.2.2 Competenza, consapevolezza e addestramento	33
6.2.2.1 Competenza del personale	33
6.2.2.2 Addestramento	33
6.2.2.3 Valutazione dell'efficacia dell'addestramento	34
6.2.2.4 Informazione e sensibilizzazione del personale	34
6.3 – Infrastrutture	34
6.4 – Ambiente di lavoro	34

	MANUALE DELLA QUALITA'	<b>SEZ. 0 – INTRODUZIONE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

<b>SEZIONE 7 – REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO</b>	
7.0 – Scopo	36
7.1 – Pianificazione della realizzazione del servizio	36
7.2 – Processi relativi al cliente	37
7.2.1 – Generalità	37
7.2.2 – Riesame dei requisiti	37
7.2.3 – Comunicazione con il cliente	37
7.3 – Progettazione del servizio	38
7.3.1 – Pianificazione delle attività di progetto	38
7.3.2 – Elementi in ingresso	38
7.3.3 – Elementi in uscita	39
7.3.4 – Riesame, verifica, validazione, controllo delle modifiche	39
7.4 – Approvvigionamento	39
7.4.1 – Generalità	39
7.4.2 – Processo di approvvigionamento	40
7.4.3 – Informazioni per l'approvvigionamento	41
7.4.4 – Verifica del prodotto approvvigionato	41
7.5 – Erogazione del servizio	41
7.5.1 – Controllo dell'erogazione del servizio	41
7.5.2 – Identificazione e rintracciabilità	42
7.6 – Tenuta sotto controllo dei dispositivi di monitoraggio	43
<b>SEZIONE 8 – MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO</b>	
8.0 – Scopo	44
8.1 – Generalità	44
8.2 – Monitoraggio e misurazioni	44
8.2.1 – Soddisfazione del cliente	44
8.2.2 – Audit Interni	45
8.2.2.1 – Autovalutazione	46
8.2.3 – Monitoraggio e misurazione dei processi e dei servizi	46
8.3 – Tenuta sotto controllo del prodotto non conforme	46
8.4 – Analisi dei dati	47
8.5 – Miglioramento	47
8.5.1 – Miglioramento continuo	47
8.5.2 – Azioni Correttive	47
8.5.3 – Azioni Preventive	48

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 0 – INTRODUZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

## 0.3 INFORMAZIONI GENERALI

L'adozione di un sistema di gestione per la qualità è una decisione strategica di un'organizzazione. La progettazione e l'attuazione del sistema di gestione per la qualità di un'organizzazione sono influenzate:

- a) dal contesto nel quale essa opera, dai cambiamenti in tale contesto e dai rischi ad esso associati;
- b) dalle sue mutevoli esigenze;
- c) dai suoi particolari obiettivi;
- d) dai prodotti che fornisce;
- e) dai processi che adotta;
- f) dalla sua dimensione e dalla sua struttura organizzativa.

La presente norma internazionale non intende uniformare la struttura dei sistemi di gestione per la qualità o uniformare la documentazione. I requisiti del sistema di gestione per la qualità specificati nella norma sono complementari ai requisiti relativi ai prodotti/Servizi.

La norma internazionale può essere utilizzata da parti interne ed esterne all'organizzazione, compresi gli organismi di certificazione, per valutare la capacità dell'organizzazione di soddisfare i requisiti del cliente (e delle parti interessate), i requisiti cogenti applicabili al prodotto ed i requisiti stabiliti dall'organizzazione stessa.

Durante l'elaborazione della presente norma internazionale sono stati presi in considerazione i principi di gestione per la qualità riportati nella UNI EN ISO 9000:2005 e nella UNI EN ISO 9004:2008

### 0.3.1 APPROCCIO PER PROCESSI

La norma internazionale promuove l'adozione di un approccio per processi nello sviluppo, attuazione e miglioramento dell'efficacia di un sistema di gestione per la qualità, al fine di accrescere la soddisfazione del cliente mediante il rispetto dei requisiti del cliente stesso.

Affinché un'organizzazione funzioni efficacemente, è necessario che essa determini e gestisca numerose attività collegate.

Un'attività, o un insieme di attività, che utilizza risorse e che è gestita per consentire la trasformazione di elementi in ingresso in elementi in uscita, può essere considerata come un processo. Spesso l'elemento in uscita da un processo costituisce direttamente l'elemento in ingresso al processo successivo.

L'applicazione di un sistema di processi nell'ambito di un'organizzazione, unitamente all'identificazione e alle interazioni di questi processi, e la loro gestione per conseguire il risultato desiderato, può essere denominata "approccio per processi".

Un vantaggio dell'approccio per processi è che esso consente di tenere sotto continuo controllo la connessione tra i singoli processi, nell'ambito del sistema di processi, così come la loro combinazione ed interazione. Tale approccio, quando utilizzato nell'ambito di un sistema di gestione per la qualità, evidenzia l'importanza di:

- a) comprendere e soddisfare i requisiti;
- b) considerare i processi in termini di valore aggiunto;
- c) conseguire risultati in termini di prestazioni ed efficacia dei processi;
- d) migliorare in continuo i processi sulla base di misurazioni oggettive.

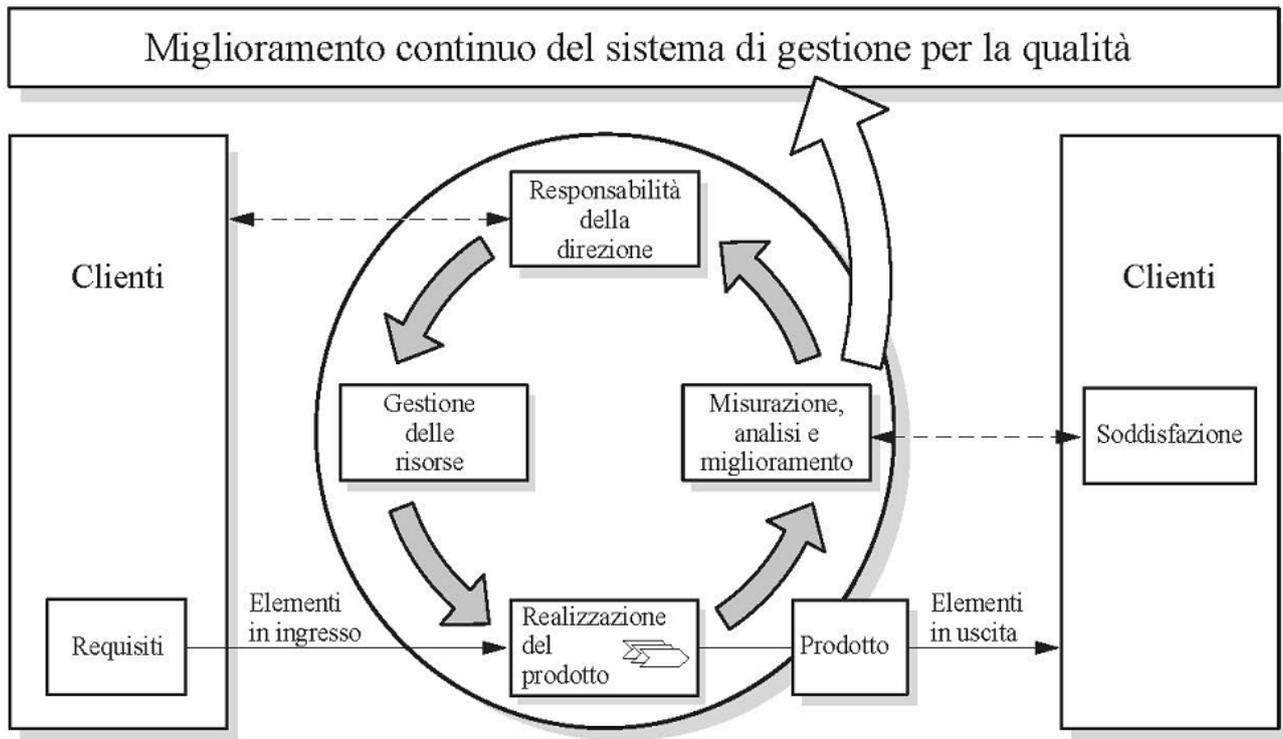
Il modello di un sistema di gestione per la qualità basato sui processi, mostrato nella figura 1, illustra le connessioni tra processi.

Tale figura mostra che i clienti svolgono un ruolo significativo nella definizione dei requisiti come elementi in ingresso.

Il monitoraggio della soddisfazione del cliente richiede la valutazione delle informazioni relative alla percezione del cliente sul fatto che l'organizzazione abbia o no soddisfatto i suoi requisiti.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 0 – INTRODUZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

Il modello mostrato nella figura 1 copre tutti i requisiti della norma internazionale, ma non mostra i processi in modo dettagliato.



In conformità con la normativa ISO 9001:2008 L'Organizzazione ha adottato un approccio per processi nello sviluppo, attuazione e miglioramento dell'efficacia del SGQ al fine di accrescere la soddisfazione del cliente mediante il rispetto dei requisiti del cliente stesso. L'adozione del sistema per processi consentirà all'Organizzazione di tenere sotto continuo controllo la connessione tra i singoli processi, nell'ambito del sistema di processi, così come la loro combinazione e interazione.

Per ogni processo viene nominato un "gestore di processo" con responsabilità ed autorità definite per stabilire, mantenere, controllare e migliorare il processo e la sua interazione con gli altri processi.

La Fondazione Centri di riabilitazione "Padre Pio Onlus" assicura che le responsabilità, le autorità ed i ruoli dei gestori di processo siano riconosciuti nell'organizzazione e che le persone assegnate ai singoli processi dispongano delle competenze necessarie in relazione ai compiti ed alle attività considerati. (7.3 9004:2009).

### 0.3.2 RELAZIONE CON LA ISO 9004

La UNI EN ISO 9001:2008 e la UNI EN ISO 9004:2009 sono norme relative al sistema di gestione per la qualità progettate per essere complementari, ma possono essere utilizzate anche separatamente.

La ISO 9001 specifica i requisiti di un sistema di gestione per la qualità che possono essere utilizzati sia per applicazioni interne alle organizzazioni, sia per la certificazione, sia per scopi contrattuali. Essa focalizza l'attenzione sull'efficacia del sistema di gestione per la qualità nel soddisfare i requisiti del cliente.

La ISO 9004 fornisce una guida alla direzione per conseguire un successo che si sostiene nel tempo per qualsiasi organizzazione, in un contesto complesso, esigente ed in continuo mutamento. La UNI EN ISO 9004:2009 fornisce un orientamento alla gestione per la qualità più ampio rispetto alla UNI EN ISO 9001:2008; essa risponde alle esigenze ed alle aspettative di tutte le parti interessate ed al loro soddisfacimento, attraverso il miglioramento continuo e sistematico delle prestazioni dell'organizzazione. In ogni caso, essa non è intesa per la certificazione, né per fini regolamentari o contrattuali.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 0 – INTRODUZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

### 0.3.3 PROFILO DELL'ORGANIZZAZIONE

La **FONDAZIONE CENTRI DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS** di San Giovanni Rotondo (FG) è un Ente che opera, dal 1971, nel settore della riabilitazione extraospedaliera privata, istituzionalmente accreditato per l'erogazione di prestazioni sanitarie riabilitative a ciclo continuativo, ambulatoriali, domiciliari e extramurali (nella provincia di Foggia) e socio-sanitarie assistenziali residenziali nel Comune di Isernia.

La Fondazione è costituita da una **Direzione aziendale detta Esecutiva** (con annessi servizi/uffici aziendali) e dalle seguenti strutture sanitarie:

- n° 1 Presidio Territoriale a ciclo continuativo (residenziale). di 65 posti letto sito a San Giovanni Rotondo in viale Padre Pio, 24;
- n° 12 Presidi ambulatoriali di riabilitazione e rieducazione funzionale collocati nella **Provincia di Foggia** (Comuni di Cagnano Varano, Castelnuovo della Daunia, Ischitella, Monte Sant'Angelo, Ortanova, Peschici, Rodi Garganico, San Giovanni Rotondo, San Marco in Lamis, San Paolo di Civitate, Vico del Gargano e Vieste);
- n° 1 Casa di Riposo per Anziani, RSA (Residenza Sanitaria Assistita) e RP (Residenza Protetta), situata nella **Regione Molise** (Comune di Isernia).

### 0.3.4 UBICAZIONE DELLE STRUTTURE E SERVIZI EROGATI

#### DIREZIONE

**Presidente** Fr. Francesco COLACELLI  
**Sede** V.le Cappuccini, 77  
**Telefono** 0882 451195  
**Fax** 0882 450050  
**Email** [segreteria@fondazionepadrepio-onlus.it](mailto:segreteria@fondazionepadrepio-onlus.it)

#### Direzione Esecutiva

**Sede** V.le Cappuccini, 77  
**Telefono** 0882 451195  
**Fax** 0882 450050  
**Email** [segreteria@fondazionepadrepio-onlus.it](mailto:segreteria@fondazionepadrepio-onlus.it)

#### PRESIDIO RESIDENZIALE DI SAN GIOVANNI ROTONDO

**Direttore Sanitario** Dr.ssa Serena FILONI  
**Sede** Viale Padre Pio n 24  
**Telefono** 0882 456264  
**Fax** 0882 453817  
**Email** [angeli@fondazionepadrepio-onlus.it](mailto:angeli@fondazionepadrepio-onlus.it) - [uo.tecnologica@fondazionepadrepio-onlus.it](mailto:uo.tecnologica@fondazionepadrepio-onlus.it)

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 1 – SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

## 1.1 SCOPO

Scopo del Manuale della Qualità è di presentare il Sistema di Gestione per la Qualità della **FONDAZIONE CENTRI DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS** (di seguito identificata come **Fondazione**), di delinearne la struttura, di descriverne le attività, i processi aziendali e le loro interazioni, di fornire elementi per una migliore gestione della qualità, di richiamare le procedure predisposte per soddisfare i requisiti per la qualità e di costituire un costante riferimento per lo sviluppo e il mantenimento attivo del sistema stesso, in un'ottica di continuo miglioramento delle prestazioni fornite, conformemente alla norma di riferimento UNI EN ISO 9001:2008.

La trattazione degli argomenti, per quanto completa di tutti gli elementi del Sistema di Gestione per la Qualità implementato, vuole essere sintetica ed accessibile anche a soggetti esterni alla Fondazione, non necessariamente formati in materia. Per questo motivo il Manuale rimanda gli aspetti tecnici e applicativi del SGQ alla lettura delle relative procedure, i cui riferimenti sono puntualmente riportati all'interno dei vari capitoli. Ciò nonostante, il Manuale rappresenta un valido strumento anche per il personale della Fondazione che lavora quotidianamente per la qualità dei servizi e delle prestazioni offerte, garantendo loro una visione dell'intero sistema più ampia e precisa, filo conduttore dei diversi processi di gestione e di controllo.

## 1.2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Sistema di Gestione della Qualità descritto in questo Manuale trova applicazione nella:

**“Erogazione di servizi di riabilitazione in regime residenziale, ambulatoriale, domiciliare e extramurale di prestazioni nei seguenti settori: neuromotoria, psicomotoria, logopedia, terapia occupazionale, psicoterapia, ortopedia, cardiorespiratoria e vascolare, oncologia e FKT**

**Erogazione di servizi di riabilitazione in regime residenziale nei settori di ortottica, idrokinesiterapia e riabilitazione assistita da robot”.**

Quanto descritto nel presente manuale è applicabile a tutti i processi e alle tipologie di attività, illustrate e descritte nel manuale, inoltre alle funzioni e ai servizi indicati nell' Organigramma della Fondazione e delle strutture sanitarie ad essa afferenti; inoltre sono oggetto del SGQ:

- Servizi di Direzione;
- Servizi Gestionali;
- Servizi Amministrativi;
- Servizi Amministrativi di supporto: Accoglienza, Front Office, Back Office;
- Servizio di Assistenza Sociale;
- Servizio di Assistenza Nutrizionale;
- Servizi medicina specialistica: Medicina Fisica e Riabilitativa, Endocrinologia, Medicina Interna;
- Servizio di Guardia Medica;
- Servizi Infermieristici e di supporto;
- Servizio Tecnico.
- Servizio AFSA: Attività Fisica e Sportiva Adattata
- Servizio Ingegneria Clinica

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 1 – SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

### 1.3 MISSION

La missione della FONDAZIONE CENTRI DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS è tutelare la dignità e migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie attraverso interventi di riabilitazione sanitaria e sociale, facendosi carico non solo della disabilità in quanto tale, ma anche della sofferenza personale e familiare che l'accompagna.

Per questo fine, due elementi risultano portanti: quello dell'accoglienza, che risponde all'impegno di mettere a proprio agio (disponibilità interiore e ascolto) chi accede ai nostri servizi e quello della valorizzazione della vita, in tutte le sue espressioni, che aiuta gli operatori a scoprire il valore delle persone che soffrono in quanto oggetto particolare dell'amore di Dio.

In tutte le sue attività la Fondazione vuole essere un luogo dove si esprime la carità verso il prossimo attraverso:

- L'accoglienza, la cura, la conoscenza;
- La riabilitazione (restituire la funzionalità o ridurre le difficoltà e gli esiti invalidanti, migliorare la qualità della vita) considerando prioritario il coinvolgimento e la partecipazione dell'utente e della sua famiglia al progetto riabilitativo individuale (PRI);
- La promozione umana (individuare e valorizzare potenzialità di ogni persona intesa come portatrice di valore e dignità);

Nello specifico dell'attività scientifica riabilitativa:

- L'approccio globale alla persona, che tenga conto della sua situazione esistenziale e non solo delle funzioni compromesse da riattivare o di bisogni specifici da soddisfare;
- L'impegno per un lavoro di équipe che favorisca l'integrazione dei singoli apporti e rispetti lo specifico professionale dei vari componenti dell'équipe stessa;
- La necessità di assicurare un'informazione precisa, obiettiva sulla disabilità, sulle sue implicazioni e sui provvedimenti esistenti.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 1 – SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

## 1.4 VISION

La FONDAZIONE CENTRI DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS intende perseguire l'eccellenza mediante la formazione continua, l'implementazione delle prestazioni e delle dotazioni strumentali, la qualità nell'erogazione delle prestazioni, integrandosi con il Sistema Sanitario Regionale, nella sfida continua, volta all'abbattimento delle liste d'attesa delle prestazioni di diagnostica, oltre ad essere un punto di riferimento per le prestazioni di riabilitazione e rieducazione.

Gli OBIETTIVI della La FONDAZIONE CENTRI DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS sono identificabili nei seguenti:

- Garantire l'efficacia e l'efficienza dei processi aziendali e la qualità del servizio erogato attraverso l'utilizzo di risorse professionali e tecnologiche adeguate.
- Adottare e mantenere un Sistema Qualità che porti all'accreditamento istituzionale e alla Certificazione di Qualità e al loro mantenimento.
- Soddisfare le esigenze dell'utenza rispetto alle tipologie e ai volumi di prestazioni richieste, in collaborazione con le ASL per quanto riguarda le attività accreditate, nell'obiettivo comune di ridurre i tempi d'attesa, in particolare per le prestazioni diagnostiche ambulatoriali, nell'ambito della Programmazione Regionale. La corretta risposta gestionale al continuo modificarsi delle richieste fa ritenere la Fondazione non un ente sussidiario all'attività pubblica ma integrativo e complementare ad essa; pertanto devono essere costantemente monitorati e adeguati i fattori produttivi sia in termini di risorse umane che in termini di risorse tecnologiche.
- Garantire il rispetto del tempo e della dignità del paziente attraverso:
  - La predisposizione di orari di accesso ampi e comodi;
  - Tempi di attesa e procedure di prenotazione certi e trasparenti;
  - Il rispetto degli orari concordati per le prestazioni;
  - La possibilità per il paziente di conoscere e scegliere lo specialista a cui affidarsi;
  - La refertazione immediata per le prestazioni diagnostiche;
  - Un ambiente confortevole, pulito e tale da garantire la riservatezza durante l'erogazione del servizio;
  - Professionalità e cortesia da parte di tutti gli addetti e disponibilità a fornire informazioni;
  - Il rispetto della privacy.
  - Gestione del Rischio Clinico
- Raggiungimento e mantenimento dello standard di prodotto e di servizio così come programmato, con il fine di perseguire un miglioramento continuo.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 1 – SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

## 1.5 VALORI AZIENDALI

I valori che guidano l'operato della Fondazione:

- **Centralità della persona:**  
Tutto l'operato della Fondazione è a servizio del paziente, al centro del progetto riabilitativo. Per questo tutto il personale si impegna a salvaguardare la sua dignità e valorizzare le sue potenzialità, ricercando continuamente le risposte ai suoi bisogni espliciti ed impliciti, curando ciascuno senza distinzione di sesso, di razza, lingua, religione, opinione politica o condizione economica, avendo come unico obiettivo il miglioramento della qualità di vita del paziente e non il soddisfacimento di interessi personali.
- **Partecipazione:**  
La partecipazione del paziente è un requisito fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi del progetto riabilitativo. Pertanto l'impegno del personale della Fondazione è volto ad offrire al paziente tutte le informazioni inerenti il suo percorso di cura e ascoltare ogni eventuale reclamo, suggerimento, istanza o proposta di miglioramento.
- **Condivisione:**  
La condivisione del sapere è utile nella ricerca di percorsi riabilitativi sempre più efficienti, al servizio del paziente. Ogni operatore si impegna a condividere le proprie conoscenze e a partecipare in modo attivo ai progetti di cura.
- **Efficienza ed efficacia:**  
Un giusto percorso è quello che non provoca sprechi o costi inutili. L'impegno della Fondazione è quindi volto ad usare in modo ottimale le risorse disponibili così da poter offrire le migliori cure al maggior numero di pazienti possibile.
- **Innovazione:**  
La Medicina fisica e riabilitativa è una scienza in continua evoluzione grazie non solo all'acquisizione di nuove conoscenze di fisiopatologia, alla predisposizione di nuove tecniche e di nuovi strumenti riabilitativi, ma anche un nuovo modo di fare riabilitazione che prende in considerazione non più la menomazione e la disabilità, ma le potenzialità del soggetto ed il loro possibile sviluppo. Il nostro impegno è rendere concreta questa prospettiva, promuovendo la presa in carico globale del paziente grazie all'utilizzo dell'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute). Inoltre la Fondazione si impegnerà a mettere in campo i più moderni strumenti riabilitativi per permettere al paziente di raggiungere la migliore qualità della vita possibile.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 2 – RIFERIMENTI NORMATIVI	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

## 2.1 RIFERIMENTI

Il Sistema di gestione per la Qualità, descritto nel presente manuale, è stato redatto in accordo con i requisiti e le prescrizioni contenute nelle seguenti norme:

- **UNI EN ISO 9001:2008** Sistemi di Gestione per la Qualità – Requisiti.  
*Qualità, gestione, gestione per la qualità, sistema di gestione, requisiti dei sistemi di gestione.*
- **UNI EN ISO 9004:2009** Sistemi di Gestione per la Qualità – Linee guida per il Miglioramento continuo.  
*Qualità, gestione, gestione per la qualità, sistema di gestione, miglioramento, miglioramento delle prestazioni.*
- **UNI EN ISO 9000:2005** Sistemi di Gestione per la Qualità – Fondamenti e terminologia.  
*Qualità, gestione, gestione per la qualità, sistema di gestione, fondamenti, concetti, terminologia.*
- **UNI EN ISO 19011:2012** Linee guida per gli audit di sistemi di gestione.
- **UNI 10999:2002** Linee guida per la documentazione dei sistemi di gestione per la qualità.

Inoltre la Fondazione, nella gestione dei propri processi fa riferimento alle Direttive Europee applicabili, alle Leggi nazionali e/o regionali in tema di organizzazione e gestione dei Servizi Sanitari ed alle Linee guida delle Società scientifiche.

Tale materiale normativo e scientifico di riferimento, viene aggiornato, almeno una volta l'anno, mediante la consultazione delle seguenti fonti:

- Gazzetta Ufficiale; B.U.R.T; Associazioni di categoria;
- Siti Internet della ASL(nr), della Regione Puglia e del Ministero della Sanità;
- Siti internet delle strutture o delle Società scientifiche di riferimento.

Di seguito sono riportate le principali leggi e normative di riferimento

• DPR 128 DEL 27/03/1969	Ordinamento interno dei servizi ospedalieri;
• L 833 DEL 23/12/1978 • Circolare Ministeriale della Sanità n. 500 .6 / AG. 1105/1171 del 7-6-1984 • DGR. n. 533/88	Legge di riforma sanitaria; Criteri per l'acquisizione dei dati necessari del costo aggiuntivo per l'anno 1984 dell'assistenza riabilitativa da erogare ex art. 26 legge 833/78, tramite i centri di riabilitazione convenzionati Recepimento standard stabiliti nella circolare ministeriale del 07/06/1984
• DPR 285 DEL 10/09/90	Approvazione del regolamento di polizia mortuaria;
• DPR 309 DEL 09/10/90	Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza;
• DL 502/ 92 E DL 517 / 93	Riforma servizio sanitario nazionale;
• Art. 14 del d.lgs 502/92  • Nota Ministeriale 5340/1994	Presenza e collaborazione degli organismi di volontariato nelle strutture sanitarie; modalità di tutela del cittadino rispetto ai disservizi;  LG per la riabilitazione
• DPCM 27/01/94 • DM 15/04/1994 (GU n° 107 /1994)  • LG 106/1994	Principi sull'erogazione dei servizi pubblici;  determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera  Linee guida su residenze assistenziali
• DPCM 11/10/94	Principi per l'istituzione e il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico;

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 2 – RIFERIMENTI NORMATIVI	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 724 DEL 23/12/94</li> </ul>	Misure di Razionalizzazione della Finanza Pubblica art. 6 commi 5° e 6° Disposizioni in Materia Sanitaria (acquisto di beni e servizi)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circolare del Ministero della Sanità n. 1/1995</li> </ul>	Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DL N° 163 DEL 12/05/1995</li> </ul>	Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPCM 19/05/95</li> </ul>	Schema generale della carta dei servizi pubblici sanitari;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 549 DEL 28/12/95</li> </ul>	art. 1 comma 8°
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 662 DEL 23/12/96</li> <li>• DPR 14/1/97</li> <li>• DCR 244/97</li> <li>• DGR 4457/97</li> </ul>	art. 1 comma 32°  Requisiti minimi per l'esercizio
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DL 22/97 DEL 05/02/1997 E SUCCESSIVI AGG.</li> </ul>	Decreto Ronchi;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DL 46/97 DEL 24/02/97</li> </ul>	Attuazione della Direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 127/97 DEL 15/05/97</li> </ul>	Misure urgenti per lo snellimento delle attività amministrative e dei procedimenti di decisione e di controllo;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 449 DEL 27/12/97</li> </ul>	art 32 comma 8° Interventi di razionalizzazione della spesa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• GU serie generale n.124 del 30/05/1998</li> </ul>	Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DL n°419, 30/11/1998</li> <li>• L 448 DEL 23/12/98</li> <li>• DL n° 229, 19/6/1999</li> <li>• DLGS 368/99 DEL 17/08/99</li> </ul>	Delega al governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale. Art 72 comma 1° disposizioni per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPCM 27/03/2000</li> </ul>	Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del SSN;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LR 28 DEL 22/12/2000</li> </ul>	Art. 25 Prestazioni specialistiche e ospedaliere erogate da soggetti privati provvisoriamente accreditati;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 405 DEL 16/11/2001</li> <li>• DPCM 29/11/2001</li> </ul>	Legge di bilancio; Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria LEA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LR 32 DEL 05/12/2001</li> </ul>	Art. 11 Disposizioni riguardanti le prestazioni sanitarie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 179/02 DEL 31/07/2002</li> </ul>	Disposizioni in materia ambientale;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DL 196 DEL 30/06/2003</li> </ul>	Codice in materia di protezione dei dati personali;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LR 8 DEL 28/05/2004</li> </ul>	Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LR 14 DEL 04/08/2004</li> </ul>	Art. 17 Assestamento e prima variazioni al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LR 1 DEL 12/01/2005</li> </ul>	Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2005 e bilancio pluriennale 2005 – 2007 della Regione Puglia;

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 2 – RIFERIMENTI NORMATIVI	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

<ul style="list-style-type: none"> <li>LR 26 DEL 09/08/2006</li> </ul>	Interventi in materia sanitaria;
<ul style="list-style-type: none"> <li>DLGS N° 193/07 DEL 6/11/2007</li> </ul>	Attuazione della Direttiva 2004/41/CE relativa ai controlli in materia di sicurezza alimentare e applicazione dei regolamenti comunitari nel medesimo settore;
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR 1400 DEL 03/08/2007</li> <li>Raccomandazione 8, 2007</li> </ul>	Limiti di remunerazione Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
<ul style="list-style-type: none"> <li>LR 40 DEL 31/12/2007</li> </ul>	Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2008 e bilancio pluriennale 2008/2010 della Reg. Puglia
<ul style="list-style-type: none"> <li>DLGS 81/2008</li> </ul>	Testo unico sulla salute e sicurezza sul posto di lavoro;
<ul style="list-style-type: none"> <li>LR 1 DEL 19/02/2008</li> <li>Raccomandazione ,2008</li> <li>Raccomandazione 7, 2008</li> <li>Raccomandazione 4,2009</li> <li>Raccomandazione 9, 2009</li> <li>DM 7/2/2009</li> </ul>	Disposizioni integrative e modifiche della LR n. 40/07 Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale  Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali Redazione della consulta ministeriale sulle malattie neuromuscolari
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR 1494 DEL 04/08/2009</li> <li>DL n° 133, 6/8/2008 (GU n° 195, 21/8/2008)</li> </ul>	Conversione in legge, con modificazioni del DL n° 112, 25/6/2008, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria
<ul style="list-style-type: none"> <li>D.M.DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE 17 DICEMBRE 2009</li> </ul>	Istituzione del Sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti, ai sensi dell'articolo 189 del decreto legislativo n. 152 del 2006 e dell'articolo 14-bis del decreto-legge n. 78 del 2009 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 102 del 2009;
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR 2672 DEL 28/12/2009</li> <li>Raccomandazione 11,2010</li> <li>DGR 728 DEL 15/03/2010</li> <li>DGR 1694 DEL 19/07/2010</li> </ul>	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
<ul style="list-style-type: none"> <li>LR 12 DEL 24/09/2010</li> </ul>	Art. 3 comma 2-3
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR 2185 DEL 11/10/2010</li> <li>DGR 2336 DEL 29/10/2010</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>RR 16 DEL 04/11/2010</li> </ul>	Regolamento regionale dell'Assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi ex art. 26 della l. n. 833/78;
<ul style="list-style-type: none"> <li>LR 2 DEL 09/02/2011</li> <li>DL 10/02/2011</li> <li>Raccomandazione 13, 2011</li> </ul>	Apr. Del piano di rientro della regione Puglia 2010/2012 Piano di indirizzo per la riabilitazione approvato dalla Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 10/02/2011 Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
<ul style="list-style-type: none"> <li>RR 20 DEL 04/08/2011</li> </ul>	Assistenza Domiciliare;
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR 933/2011</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quaderno n° 8/2011 del Ministero della salute</li> </ul>	La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali;
<ul style="list-style-type: none"> <li>DL 192 DEL 09/11/2012</li> <li>DL 158 DEL 13/9/2012</li> </ul>	Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231; Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute
<ul style="list-style-type: none"> <li>Raccomandazione 15, 2013</li> <li>DGR 1195 DEL 01/07/2013</li> <li>DGR 1521 DEL 2/08/2013</li> </ul>	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso  UVARP, protocollo di verifica appropriatezza prestazioni Linee Guida Regionali per l'Autismo Documento Appropriatezza dei ricoveri in Riabilitazione Intensiva

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 2 – RIFERIMENTI NORMATIVI	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGR 7/11/2013 n° 2067</li> <li>• DGR 7/11/2013, n° 2067</li> <li>• DGR 23/6/2014, n° 1310</li> <li>• DGR 3/3/2015, n° 381</li> <li>• Regolamento 12, 16/4/2015</li> <li>• Regolamento 9, 8/7/2016</li> <li>• Regolamento 2, 11/2/2016</li> <li>• Regolamento UR 679/2016</li> <li>• DGR n°1667/2016</li> <li>• Piano nazionale cronicità 21/7/2016</li> <li>• DL 24 del 8 marzo 2017</li> </ul>	<p>principi e criteri per l'attività regionale di verifica della compatibilità al fabbisogno sanitario regionale</p> <p>Procedure di Incident Reporting</p> <p>Qualità e formazione</p> <p>“Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste: fabbisogno, autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio, accreditamento, requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici”</p> <p>Rete assistenziale territoriale sanitaria e sociosanitaria per i Disturbi dello Spettro Autistico.</p> <p>Attività libero professionale intramuraria protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE</p> <p>Rete assistenziale territoriale sanitaria e sociosanitaria per i Disturbi dello Spettro Autistico. Definizione del fabbisogno e dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali</p> <p>LG malattie neuromuscolari</p>
	Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

Data la dinamicità del sistema legislativo, i riferimenti normativi sono riportati, all'interno di: **“Allegato 3 – Aggiornamenti Riferimenti Normativi”**.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 3 – TERMINOLOGIA	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

### 3.1 GENERALITA'

La terminologia e le definizioni impiegate all'interno del presente manuale, fanno riferimento a quanto enunciato dalla norma di riferimento:

**UNI EN ISO 9000:2005** – Sistemi di Gestione per la Qualità – Fondamenti e terminologia.

### 3.2 TERMINI E DEFINIZIONI

<b>Addestramento</b>	Modalità di formazione e preparazione del personale tramite corsi o iniziative atte a fornire al personale stesso le richieste conoscenze tecniche e a permettere il riscontro della loro proficua acquisizione.
<b>Allegato / Appendice</b>	Documenti annessi ad altri, necessari per il completamento delle informazioni.
<b>Alta direzione / Vertice</b>	Persona o gruppo di persone, che dal livello più alto di un'organizzazione, la guidano e la gestiscono.
<b>Ambiente di lavoro</b>	Insieme di condizioni nel cui ambito viene svolto il lavoro.
<b>Apparecchiatura Biomedica</b>	Apparecchiatura elettromedicale e più in generale apparecchiatura utilizzata a fini sanitari inclusi i dispositivi medici per la diagnosi in vitro e i relativi accessori. Nella definizione di apparecchiatura biomedica sono comprese anche tutte le apparecchiature collegate funzionalmente con la stessa, incluse le apparecchiature informatiche indispensabili per il funzionamento dell'apparecchiatura.
<b>Apparecchiatura Elettromedicale</b>	<i>(Norma CEI EN 60601-1 - Art. 3.63)</i> Sottoinsieme dei Dispositivi Medici che risponde alla seguente definizione: apparecchio elettrico dotato di una parte applicata che trasferisce energia verso il o dal paziente, o rileva tale trasferimento di energia verso il o dal paziente e che è: a) dotato di non più di una connessione ad una particolare alimentazione di rete; b) previsto dal suo fabbricante per essere impiegato: - nella diagnosi, trattamento o monitoraggio di un paziente; - oppure per compensare, lenire una malattia, le lesioni o menomazioni. Il dispositivo comprende anche quegli accessori, definiti dal costruttore, che sono necessari per permettere l'uso normale del dispositivo. Sono compresi anche i sistemi elettromedicali ossia quei sistemi che comprendono apparecchi elettromedicali ed eventualmente anche apparecchi non elettromedicali, interconnessi mediante una connessione funzionale o mediante una presa multipla a scopo diagnostico o di trattamento del paziente.
<b>Assicurazione della qualità</b>	Parte della gestione per la qualità mirata a dare fiducia che i requisiti per la qualità siano soddisfatti.
<b>Attività sanitarie di riabilitazione</b>	Complesso di interventi valutativi, diagnostici, terapeutici ed altre procedure, finalizzati a portare il soggetto affetto da menomazioni a limitare o minimizzare la sua disabilità ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare e comunicare efficacemente ed a ritornare attivo nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale.
<b>Audit</b>	Processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenza e valutarla con obiettività al fine di stabilire in quale misura si è ottemperato ai criteri dell'audit.
<b>Azione Correttiva</b>	Azione adottata per eliminare la causa di una non conformità rilevata.
<b>Azione Preventiva</b>	Azione adottata per eliminare la possibile causa di una potenziale non conformità.
<b>Capacità</b>	Abilità di un'Organizzazione, sistema o processo a realizzare un prodotto in grado di rispondere ai requisiti stabiliti per quel prodotto.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 3 – TERMINOLOGIA	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

<b>Caratteristica qualitativa</b>	Elemento distintivo, intrinseco o assegnato, di un prodotto, processo o sistema, derivata da un requisito (es: funzionale, temporale, comportamentale, ergonomia, fisica).
<b>Certificazione</b>	Azione del determinare, verificare ed attestare per iscritto che personale, procedimenti, procedure o prodotti risultino qualificati in accordo con le prescrizioni specificate.
<b>Chiusura della Non Conformità</b>	Modalità di trattamento della Non Conformità di prodotto o processo, documentata dal rapporto di non conformità come previsto dalle norme UNI EN ISO della serie 9000.
<b>Cliente / Paziente</b>	Organizzazione o persona che riceve un prodotto o servizio.
<b>Competenza</b>	Dimostrata capacità di applicare conoscenze ed abilità.
<b>Conformità / Non conformità</b>	Soddisfacimento/Mancato soddisfacimento di un requisito.
<b>Contratto</b>	Requisiti concordati tra Fornitore e Cliente e comunicati tramite uno scambio di documenti.
<b>Controllo della qualità</b>	Parte della gestione per la qualità mirata a soddisfare i requisiti per la qualità.
<b>Deroga</b>	Autorizzazione scritta, rilasciata prima della produzione a scostarsi dai requisiti prestabiliti per una determinata quantità o per un determinato periodo di tempo.
<b>Disabilità</b>	Limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di effettuare un'attività, nel modo o nei limiti, considerati normali per un essere umano. La disabilità è caratterizzata da eccessi o difetti nelle abituali attività, prestazioni e comportamenti, che possono essere temporanei o permanenti, reversibili o irreversibili, progressivi o regressivi. Le disabilità possono insorgere come diretta conseguenza di menomazioni o come risposte dell'individuo, particolarmente di tipo psicologico, ad una menomazione fisica, sensoriale o di altra natura. La disabilità riguarda le capacità, intese come attività e comportamenti compositi, che sono generalmente accettate da componenti essenziali della vita quotidiana. La disabilità rappresenta la oggettivazione di una menomazione e come tale riflette disturbi a livello della persona.
<b>Dispositivo Medico</b>	Qualunque strumento, apparecchio, impianto, software, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione, compresi gli accessori tra cui il software destinato dal fabbricante ad essere impiegato specificamente con finalità diagnostiche e/o terapeutiche e necessario al corretto funzionamento del dispositivo stesso, destinato dal fabbricante ad essere impiegato sull'uomo a fini di: 1) diagnosi, prevenzione, controllo, trattamento o attenuazione di malattie; 2) diagnosi, controllo, trattamento, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; 3) studio, sostituzione o modifica dell'anatomia oppure di un processo fisiologico; 4) controllo del concepimento, che non eserciti nel o sul corpo umano l'azione principale cui è destinato con mezzi farmacologici, immunologici o mediante processi metabolici, ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi.
<b>Documento</b>	Informazioni con il loro mezzo di supporto.
<b>Efficacia</b>	Grado di realizzazione delle attività pianificate e di conseguimento dei risultati pianificati.
<b>Efficienza</b>	Rapporto tra i risultati ottenuti e le risorse utilizzate per ottenerli.
<b>Evidenza oggettiva</b>	Dati che supportano l'esistenza o la veridicità di qualcosa.
<b>Fornitore</b>	Organizzazione o persona che fornisce un prodotto o servizio.
<b>Gestione per la qualità</b>	Attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'Organizzazione in materia di qualità.
<b>Informazione</b>	Dati significativi.

	MANUALE DELLA QUALITÀ	SEZ. 3 – TERMINOLOGIA	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

<b>Infrastruttura</b>	Sistema di mezzi, attrezzature e servizi necessari per il funzionamento di un'organizzazione.
<b>Ispezione</b>	Valutazione della conformità effettuata mediante osservazioni e giudizi associati, laddove opportuno, a misurazioni, prove o metodologie di controllo.
<b>Istruzione Operativa/di lavoro</b>	Documento operativo che riporta nel dettaglio tutte le informazioni necessarie per svolgere al meglio un lavoro/attività e su come tenere le relative registrazioni. Possono anche essere documentate. Si trova ad un livello più basso rispetto alla procedura.
<b>Linea guida</b>	Le raccomandazioni prodotte attraverso un processo sistematico, finalizzate ad assistere le decisioni in specifiche circostanze.
<b>Manuale della Qualità</b>	Documento che descrive il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) di una organizzazione.
<b>Miglioramento Continuo</b>	Attività ricorrente mirata ad accrescere la capacità di soddisfare i requisiti.
<b>Miglioramento della qualità</b>	Parte della gestione per la qualità mirata ad accrescere la capacità di soddisfare i requisiti per la qualità.
<b>Mission</b>	Descrive ciò che l'organizzazione è attualmente: perché essa esiste e in cosa si differenzia dalle altre aziende concorrenti. Serve a stabilire qual è il fine di un'organizzazione, la ragione stessa della sua esistenza, permettere di fissare la strada da seguire partendo da quella che è la sua situazione attuale e disegnando il futuro che si intende realizzare.
<b>Modulo</b>	Documento impiegato per registrare i dati richiesti dal sistema di gestione (es. registrazioni per la qualità).
<b>Obiettivo per la qualità</b>	Risultato a cui i pertinenti livelli o funzioni dell'organizzazione devono mirare.
<b>Offerta</b>	Risposta di un fornitore alla domanda di soddisfare i requisiti di un possibile contratto per la fornitura di un prodotto e/o servizio.
<b>Organizzazione</b>	Insieme di mezzi e persone con responsabilità, autorità e relazioni stabilite.
<b>Parte interessata</b>	Persona o gruppo di persone aventi interesse nelle prestazioni o nel successo di un'organizzazione.
<b>Pianificazione della qualità</b>	Parte della gestione per la qualità mirata a stabilire gli obiettivi per la qualità e a specificare i processi operativi e le relative risorse necessarie per conseguire tali obiettivi.
<b>Politica per la qualità</b>	Obiettivi e indirizzi generali di un'organizzazione relativi alla qualità, espressi in modo formale dal vertice dell'organizzazione.
<b>Prescrizione</b>	Requisito di carattere obbligatorio.
<b>Procedura di qualità</b>	Modo specificato per svolgere un'attività o un processo.
<b>Processo</b>	Insieme di attività correlate o integranti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita.
<b>Processo di qualificazione</b>	Processo che permette di dimostrare la capacità di soddisfare requisiti specificati.
<b>Prodotto / Servizio</b>	Risultato di un processo. In particolare il <b>Servizio</b> è il risultato di un'attività necessariamente effettuata dall'interfaccia tra il fornitore ed il cliente ed è generalmente intangibile.
<b>Progettazione e sviluppo</b>	Insieme di processi che trasforma requisiti in caratteristiche specificate o nella specifica di un prodotto, di un processo o di un sistema.
<b>Progetto</b>	Processo a sé stante che consiste in un insieme di attività coordinate e tenute sotto controllo, con date di inizio e fine, intrapreso per realizzare un obiettivo conforme a specifici requisiti, ivi inclusi i limiti di tempo, di costi e di risorse.
<b>Programma di audit</b>	Insieme di uno o più audit pianificati per un arco di tempo definito ed orientati verso uno scopo specifico.
<b>Prova</b>	Determinazione di una o più caratteristiche secondo una procedura

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 3 – TERMINOLOGIA	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

<b>Qualità</b>	Capacità di un insieme di caratteristiche inerenti un prodotto, sistema, o processo di ottemperare ai requisiti di clienti e di altre parti interessate.
<b>Reclamo</b>	Espressione dell'insoddisfazione del cliente.
<b>Registrazione della qualità</b>	Documento che riporta i risultati ottenuti o fornisce evidenza delle attività svolte. Fornisce evidenza che un requisito è stato svolto ed evidenza come. La registrazione può essere cartacea o elettronica.
<b>Requisito</b>	Esigenza o aspettativa, che può essere espressa (coincide con le specifiche dei clienti), implicita o cogente (è intrinseca al prodotto/servizio stesso).
<b>Requisito Cogente</b>	Per "requisiti cogenti" si intendono quelli stabiliti da leggi, regolamenti, direttive (requisiti legali) e prescrizioni obbligatorie in genere.
<b>Requisito per la qualità</b>	Requisito relativo alle caratteristiche inerenti ad un processo.
<b>Riabilitazione</b>	Processo di risoluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative.
<b>Riesame</b>	Attività effettuata per riscontrare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia di qualcosa a conseguire gli obiettivi stabiliti.
<b>Rintracciabilità</b>	Capacità di risalire alla storia, all'applicazione o all'ubicazione di ciò che si sta considerando.
<b>Sistema di gestione per la qualità</b>	Sistema per stabilire una politica per la qualità e obiettivi per la qualità. E per conseguire questi obiettivi.
<b>Soddisfazione del cliente</b>	Opinione del cliente sul grado in cui una transazione ha soddisfatto le esigenze e le aspettative del cliente stesso.
<b>Specifica</b>	Documento che stabilisce i requisiti.
<b>Struttura organizzativa</b>	Articolazione ordinata di responsabilità, autorità e relazioni tra persone.
<b>Validazione</b>	Conferma, sostenuta da evidenze oggettive, che i requisiti relativi ad una specifica utilizzazione o applicazione prevista sono stati soddisfatti.
<b>Verifica</b>	Conferma, sostenuta da evidenze oggettive, del soddisfacimento di requisiti specificati.
<b>Vision</b>	Descrive ciò che l'azienda intende diventare: quello che l'organizzazione vuole essere in futuro e come vuole essere percepita dalle sue parti interessate.

### 3.3 ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

<b>A</b>	Appendice al manuale
<b>AC</b>	Azione correttiva
<b>ACC</b>	Accoglienza
<b>AMM</b>	Area Amministrativa
<b>AP</b>	Azione preventiva
<b>APS</b>	Psicologia
<b>ASS</b>	Assistente Sociale
<b>BOF</b>	Back office
<b>CAI</b>	Coordinatore Area Infermieristica
<b>CAR</b>	Coordinatore Area Riabilitazione
<b>CAS</b>	Coordinatore Area Sociale
<b>CDA</b>	Consiglio di Amministrazione
<b>COM</b>	Responsabile Commerciale
<b>DE</b>	Direzione Esecutiva
<b>DIE</b>	Dietista
<b>DS</b>	Direttore Sanitario
<b>FA</b>	Funzione Aziendale
<b>FOF</b>	Front office

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 3 – TERMINOLOGIA	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

<b>FST</b>	Fisioterapista
<b>IAM</b>	Impiegato amministrativo
<b>IB</b>	Ingegnere Biomedico
<b>INF</b>	Infermiere
<b>IO</b>	Istruzione Operativa
<b>LOG</b>	Logopedista
<b>MAN</b>	Manutenzione
<b>MCD</b>	Medico Cardiologo
<b>MDG</b>	Medico di guardia
<b>MEN</b>	Medico Endocrinologo
<b>MFS</b>	Medico Fisiatra
<b>MIN</b>	Medico Internista
<b>MNT</b>	Manutentore
<b>MOC</b>	Medico Oculista
<b>MOD</b>	Modulo
<b>MQ</b>	Manuale della Qualità
<b>MUS</b>	Musicoterapista
<b>NC</b>	Non conformità
<b>ORT</b>	Ortottista
<b>OSS</b>	O.S.S.
<b>PERS</b>	Area del Personale
<b>PQ</b>	Piani della qualità
<b>PRQ</b>	Procedura di qualità
<b>PRS</b>	Presidente
<b>PS</b>	Personale di supporto
<b>RAC</b>	Richiesta di Azione Correttiva
<b>RAP</b>	Richiesta di Azione Preventiva
<b>RF</b>	Responsabile di Funzione
<b>RS</b>	Responsabile Sanitario
<b>RSGQ</b>	Responsabile Sistema di Gestione della Qualità
<b>RSIC</b>	Responsabile Servizio Ingegneria Clinica
<b>RSP</b>	Responsabile dei sistemi di protezione personale
<b>RST</b>	Responsabile Servizio tecnico
<b>RTD</b>	Responsabile del trattamento dei dati
<b>SAN</b>	Area Sanitaria
<b>SCDA</b>	Segreteria CDA
<b>SCM</b>	Area Strategica, Comunicazione e Marketing
<b>SDE</b>	Segreteria DE
<b>SGQ</b>	Sistema di Gestione per la Qualità
<b>SIC</b>	Servizio Ingegneria Clinica
<b>SP</b>	Specifica
<b>ST</b>	Servizio Tecnico
<b>TEO</b>	Terapisti occupazionali
<b>TNPE</b>	Terapisti TNPE
<b>TPS</b>	Terapisti Psicomotori
<b>UF</b>	Ufficio Formazione
<b>UQRC</b>	Ufficio Qualità e Rischio Clinico
<b>URU</b>	Ufficio Risorse Umane
<b>UT</b>	Ufficio Tecnico

	<b>MANUALE DELLA QUALITA'</b>	<b>SEZ. 4 – SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

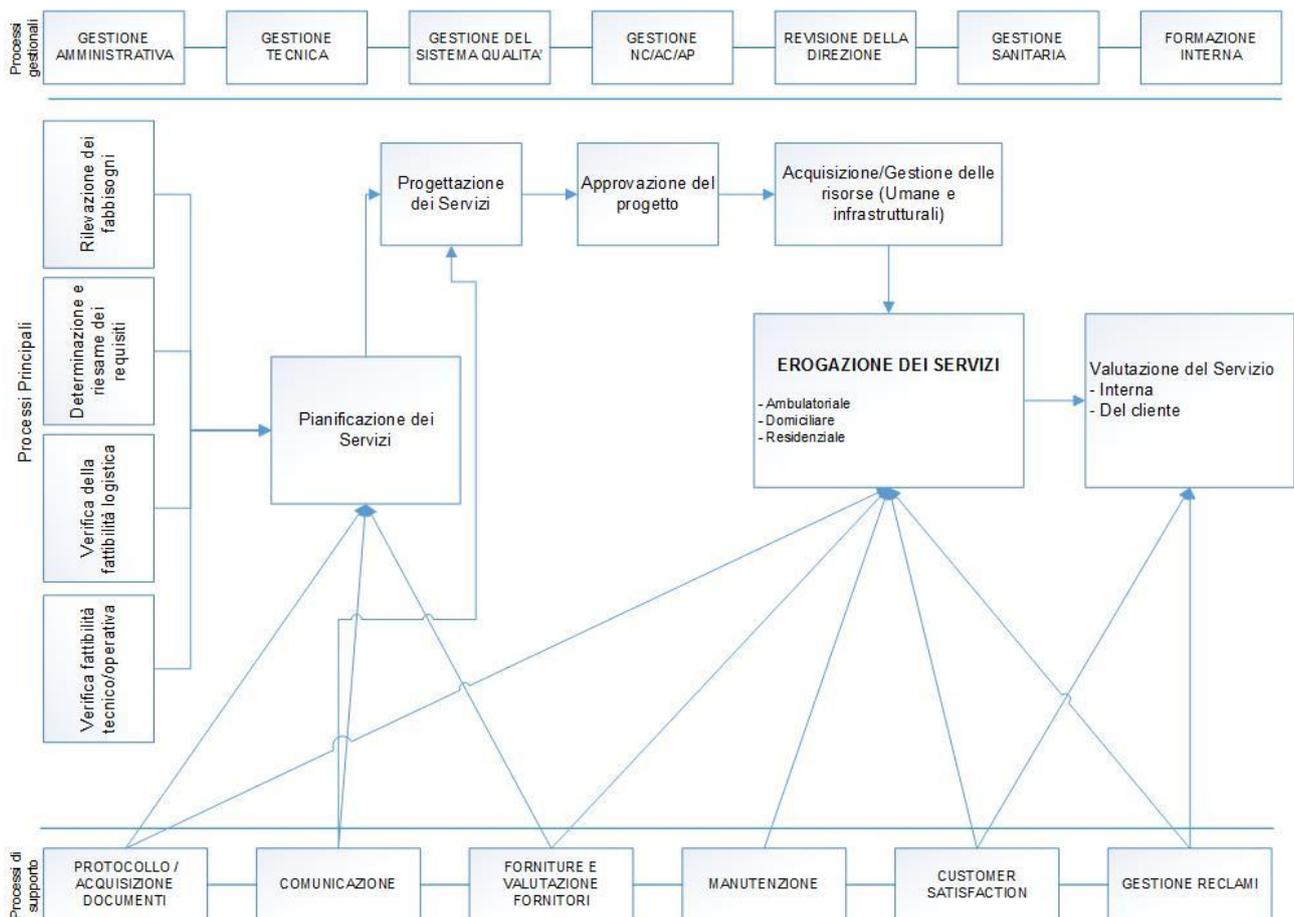
## 4.1 REQUISITI GENERALI

La Fondazione ha adottato un sistema di gestione per la qualità aziendale per la conduzione e il controllo della qualità, con l'obiettivo di accrescere la competitività dell'Azienda e di perseguire la soddisfazione del Cliente.

Al fine di far conoscere le attività da svolgere e assicurare una soddisfacente esecuzione delle varie mansioni l'Azienda ha predisposto il presente Manuale della Qualità (MQ) che copre i requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008 e un'opportuna serie di procedure in esso richiamate.

Il presente MQ contiene un'esposizione generalizzata dell'assetto organizzativo, la descrizione delle funzioni aziendali e della loro operatività, e permette di far conoscere all'interno e all'esterno la volontà di comportamento dell'Azienda, le fondamentali linee guida e la struttura della documentazione relativa al SGQ. Questa documentazione è conosciuta ed accettata dal personale interessato, che è stato informato ed addestrato a riferirsi a questa documentazione scritta per consentire il coordinamento degli sforzi compiuti e garantire un efficace rapporto inter-funzionale.

La Fondazione ha identificato i processi necessari per il sistema di gestione per la qualità e definendo sequenza e interazioni fra di essi.



	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 4 – SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

## 4.1.1 PROCESSI AZIENDALI

Tutte le attività svolte dalla Fondazione, oggetto dell'implementazione del SGQ, hanno come obiettivo l'assegnazione, la pianificazione e la gestione di servizi assistenziali, direttamente o in regime di convenzione con Enti pubblici e privati.

A questo proposito, il SGQ della Fondazione è stato redatto con lo scopo di:

- Identificare i processi che regolano la gestione complessiva dei servizi, stabilendo la loro interazione e interdipendenza.
- Predisporre i metodi di esecuzione e controllo di tali processi e, dove possibile, i relativi indicatori.
- Assicurare la disponibilità di tutte le risorse necessarie per una efficace gestione dei processi.
- Monitorare costantemente i processi, analizzando le informazioni di ritorno al fine di attuare tutte le azioni necessarie per conseguire i risultati pianificati.

Ogni processo/sotto-processo è gestito attraverso procedure scritte ed istruzioni operative, i cui riferimenti sono puntualmente riportati nei capitoli successivi di questo manuale. Ogni procedura descrive le attività, assegna le responsabilità, stabilisce la natura e l'estensione dei controlli, fissando, ogni qualvolta possibile, gli indicatori per misurare l'efficacia e l'efficienza dei processi stessi e i risultati conseguiti.

## 4.2 REQUISITI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE

### 4.2.1 GENERALITA'

La principale documentazione che la Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio ONLUS ha stabilito, istituito ed organizzato per il proprio SGQ, comprende:

- a) **Politica della qualità e relativi obiettivi:**  
E' un documento in cui la direzione descrive in maniera formale i propri principi per la qualità e le proprie linee guida, sulla base delle quali definirà gli obiettivi per la qualità ed i processi necessari a conseguirli;
- b) **Manuale della qualità:**  
documento che fornisce informazioni coerenti sul sistema di gestione per la qualità dell'organizzazione, sia internamente che esternamente;
- c) **Procedure documentate:**  
descrivono nel dettaglio le varie attività e/o la sequenza delle attività aventi influenza sulla qualità dei servizi prestati in tutti i loro aspetti, attraverso una precisa, esaustiva e chiara descrizione degli obiettivi, delle modalità operative, delle interfacce tecniche ed organizzative e delle responsabilità funzionali ed operative. Tali procedure della qualità, laddove impiegate in relazione alle singole attività, vengono richiamate nei capitoli del manuale della qualità e costituiscono parte integrante del SGQ dell'azienda; sono di seguito riportate le procedure generali utilizzate dalla Fondazione, le ulteriori procedure di riferimento per i singoli centri dislocati sul territorio sono riportate all'interno del **MOD 001 – Elenco dei documenti e moduli e loro stato di revisione.**

**PRQ 01 – CONTROLLO DEI DOCUMENTI E DELLE REGISTRAZIONI**  
**PRQ 02 – GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**  
**PRQ 03 – GESTIONE FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO**  
**PRQ 04 – EROGAZIONE DEL SERVIZIO**  
**PRQ 05 – PIANIFICAZIONE E CONTROLLO DELLA PROGETTAZIONE**  
**PRQ 06 – GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE**  
**PRQ 07 – VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE**  
**PRQ 08 – GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'**  
**PRQ 09 – AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE**  
**PRQ 10 – ANALISI DEI DATI E TECNICHE STATISTICHE**  
**PRQ 11 – APPROVVIGIONAMENTO E VALUTAZIONE FORNITORI**

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 4 – SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

d) **Istruzioni di lavoro (4.1 10999:2002):**

Informazioni documentate che forniscono disposizioni sulle modalità di esecuzione di un'attività, nonché le prescrizioni necessarie per il controllo delle caratteristiche del prodotto e/o processo;

**ISTR 01 – GESTIONE DELLE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE**

**ISTR 02 – GESTIONE DEL PROTOCOLLO**

e) **Piani della qualità (4.1 10999:2002):**

Documenti che definiscono e descrivono le sequenze, le interazioni, i criteri e le modalità operative e di controllo dei processi. Essi fanno riferimento al sistema di gestione per la qualità documentato e possono includere procedure, istruzioni operative e/o registrazioni;

f) **Specifiche (4.1 10999:2002):**

Documenti che stabiliscono dei requisiti ai quali il servizio deve rivelarsi conforme;

g) **Registrazioni:**

Documenti che forniscono evidenza oggettiva di attività eseguite o di risultati conseguiti;

Tutta la documentazione è redatta dal RSGQ ed approvata dal CDA. Le modifiche alla documentazione possono essere proposte da chiunque in azienda e sono predisposte da RSGQ ed approvate dal CDA. Per ogni tipologia di documento è predisposto un indice che determina lo stato di revisione. Il RSGQ ha la copia su file di tutta la documentazione. All'interno del MQ, nella tabella "Documenti di Riferimento", di ogni sezione, sono individuate tutte le procedure operative utilizzate nella Fondazione.

Tutta la documentazione del Sistema di Gestione della Qualità può essere prodotta e gestita su qualsiasi supporto, sia esso cartaceo che elettronico.

## 4.2.2 Manuale della qualità

Il Manuale della Qualità è la raccolta organica delle regole che la Fondazione si è data in ogni area per espletare in maniera adeguata le attività.

E' strutturato in 8 sezioni, il cui contenuto riporta le indicazioni di massima delle modalità e delle responsabilità inerenti le attività descritte, facendo però riferimento alle procedure di supporto che riportano in dettaglio i compiti, le responsabilità e le modalità per l'esecuzione delle attività.

Nell'intestazione di ciascuna pagina, sono riportati:

- Logo della Fondazione
- Titolo del documento
- Numerazione progressiva delle Sezioni del Manuale (a partire da 0)
- Titolo della sezione
- Numero dell'edizione del Manuale
- Indice di revisione del Manuale
- Data di revisione del Manuale
- Indice di revisione della Sezione
- Data di revisione della Sezione
- Redazione e Approvazione della Sezione
- Numero di pagina

La prima pagina (Frontespizio) riporta inoltre l'edizione, l'indice di revisione e la data di emissione del Manuale, l'indicazione dell'emissione del Manuale in forma Controllata o Non controllata ed una tabella riportante le date e relative firme per la Redazione, Riesame, Verifica e approvazione del Manuale della qualità.

- **Redazione:** il MQ è redatto e revisionato da RSGQ, riesaminato dalla Dir. Esecutiva, verificato ed approvato dal CDA. Durante la fase di redazione collaborano con RSGQ i responsabili delle diverse aree della Direzione Esecutiva (AMM., SAN., PERS., SCM.) che provvedono ad assicurare tutte le informazioni ed i supporti necessari.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 4 – SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

- **Revisione:** la revisione anche di una sola pagina di una sezione del MQ comporta la revisione della sezione stessa, con una breve descrizione dei motivi della revisione nella tabella presente al § 0.1, dei motivi della revisione.
- **Distribuzione:** il manuale viene distribuito in “copia controllata” o in “copia non controllata” attraverso un elenco di distribuzione, presente nel Frontespizio. Le copie controllate sono identificate da un numero progressivo e sono assegnate internamente all'Azienda, ad Enti di Certificazione e agli Enti Committenti nel caso ne facciano richiesta. Esse sono soggette ad aggiornamento ad ogni revisione e il RSGQ ne assicura la gestione con l'Elenco di distribuzione, dove è riportato:

- Funzione assegnataria;
- N° della copia controllata;
- Firma o rif. di consegna;
- Data di avvenuta consegna.

Il ricevente dà evidenza dell'avvenuta ricezione apponendo la firma sull'elenco di distribuzione del manuale.

- **Archiviazione:** relativamente all'archiviazione il RSGQ garantisce che l'originale di ogni revisione del Manuale sia archiviata e conservata per almeno 5 anni dal suo superamento.

### 4.2.3 Tenuta sotto controllo dei documenti

La Fondazione ha individuato nelle varie Procedure ed Istruzioni operative e nelle relative registrazioni, i criteri di gestione della documentazione del SGQ che costituisce il supporto per il conseguimento, il mantenimento e il miglioramento della qualità dell'azienda.

I documenti possono avere origine interna, ovvero essere emessi dall'azienda, o avere origine esterna; e sono così classificati:

#### Documenti di origine interna del SGQ:

- il MQ;
- le Procedure documentate;
- le Istruzioni operative;
- la Modulistica specifica e quella per le registrazioni della qualità.

#### Documenti di origine esterna del SGQ:

- Schede e Manuali tecnici;
- Schede tecniche materie prime;
- Schede tecniche e di sicurezza dei prodotti per l'igiene e la sanificazione;
- Documentazione del cliente;
- Certificati di conformità e/o analisi;
- Leggi e Normative d'interesse.

Di tutta la documentazione di origine esterna è identificata e distribuita in forma controllata solo quella ritenuta necessaria per la pianificazione e per il funzionamento del SGQ.

#### Documenti contrattuali:

- contratti/ordini dei clienti;
- offerte/contratti di fornitura;
- contratti di servizi.

Per tenere sotto controllo i documenti del SGQ, in conformità alla norma di riferimento, è stata predisposta una procedura documentata in cui sono definiti i criteri e le modalità per:

- l'identificazione;
- la redazione, la verifica e l'approvazione prima della relativa emissione;
- il riesame, l'aggiornamento e la riapprovazione;
- l'identificazione delle modifiche e dello stato di edizione e revisione vigente;

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 4 – SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

- garantire la disponibilità delle versioni aggiornate degli stessi nelle aree aziendali di utilizzo;
- garantirne lo stato di conservazione affinché rimangano leggibili ed identificabili;
- assicurare l'identificazione e la distribuzione controllata di tutti i documenti di origine esterna ritenuti necessari per la pianificazione e per il funzionamento del SGQ;
- prevenire l'uso involontario della documentazione obsoleta provvedendo ad una opportuna identificazione della stessa in caso di archiviazione per qualsiasi scopo.

La procedura di riferimento è denominata **PRQ01 – Controllo dei documenti e delle registrazioni**, in cui sono descritte in dettaglio le modalità operative adottate dall'azienda per la formattazione e redazione dei documenti.

#### **Identificazione:**

I documenti sono identificati e catalogati con un'adeguata numerazione e classificazione, allo scopo di garantirne l'omogeneità e di facilitarne la rintracciabilità.

Vengono inoltre stabilite le modalità di distribuzione dei documenti interni ed esterni al Centro. Ogni responsabile di funzione archivia e gestisce i propri documenti di origine esterna come descritto nella **PRQ01 – Controllo dei documenti e delle registrazioni**.

La diffusione del Manuale della Qualità e delle Procedure di Riferimento viene effettuata sulla base delle liste di distribuzione che, oltre a garantire una loro razionale distribuzione, sono mirate anche a prevenire l'eventuale impiego non corretto dei documenti da parte delle funzioni e degli enti destinatari, come per esempio l'utilizzo di documenti obsoleti, annullati, ecc...

L'elenco generale di tutti i documenti utilizzati dalla Fondazione con il relativo indice di revisione è raccolto nel **MOD 001 – Elenco dei documenti e moduli e loro stato di revisione**.

#### **Approvazione ed emissione dei documenti e dei dati:**

Per quanto concerne la responsabilità dell'emissione dei documenti che descrivono e regolamentano le attività di ciascuna funzione aziendale, essa fa capo ai responsabili di funzione.

I documenti emessi devono essere articolati in fogli recanti l'intestazione dei documenti relativi al SGQ, sui quali sono riportati: la numerazione progressiva ed il totale delle pagine, l'indice di revisione, la data e il codice identificativo;

Il responsabile della funzione interessata dovrà sempre verificarne la leggibilità e la completezza e firmare il documento, prima dell'invio al RSGQ e della successiva emissione.

Il RSGQ deve provvedere all'aggiornamento ed all'istruzione del personale che è interessato all'utilizzo dei documenti verificando in seguito la modalità di gestione di questi ultimi in forma controllata.

#### **Diffusione / conservazione dei documenti e dei dati**

Tutti i documenti sono diffusi nella versione aggiornata rispetto alle esigenze di utilizzo e possono essere diffusi in maniera controllata o non controllata, a seconda delle circostanze e del tipo di documentazione.

Salvo giustificate eccezioni, i documenti distribuiti in maniera controllata sono i seguenti:

- MQ;
- Procedure documentate;
- Modelli previsti dal MQ e dalle Procedure documentate

Il RSGQ deve provvedere alla distruzione o rimozione di tutti i documenti scaduti, assicurandosi che solo una copia sia archiviata con la dicitura "SUPERATO". La conservazione dei documenti aggiornati avviene in archivio mediante l'utilizzo dei raccoglitori appositamente designati o la creazione di appositi file elettronici.

#### **Modifiche ai documenti e ai dati:**

Al fine di mantenere uno sviluppo uniforme nella documentazione del SGQ e di garantire che ogni responsabile di funzione operi per ottimizzare tale sviluppo, ogni modifica della documentazione esistente è

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 4 – SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITA'	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

attuata dalla stessa funzione che è proprietaria del documento in oggetto, in collaborazione con RSGQ; il documento modificato, onde garantirne la congruità con tutto il sistema, deve nuovamente seguire l'iter di verifica e di approvazione.

Le informazioni riguardanti le modifiche sono riportate sia sul documento stesso che nelle note di revisione; i punti revisionati nei documenti sono evidenziati con una linea a margine.

Tutti i documenti riportano l'indice della revisione corrente.

La procedura di riferimento per il controllo della documentazione è la **PRQ01**, in cui sono riportati anche i tempi di archiviazione di tutti i documenti riguardanti il Sistema Qualità.

Nella procedura **PRQ01** sono descritte in dettaglio le modalità operative adottate dall'azienda per la formattazione e redazione dei documenti.

#### 4.2.4 Tenuta sotto controllo delle registrazioni

Le registrazioni servono a dimostrare l'efficacia e la conformità di quanto viene svolto e quanto è prescritto all'interno dei documenti richiesti dal SGQ adottato.

I responsabili della redazione, approvazione ed archiviazione dei documenti di registrazione della Qualità sono riportati nella Matrice delle responsabilità per la gestione dei documenti di registrazione della qualità.

Per documenti di registrazione Qualità, si intende l'insieme dei documenti atti a comprovare l'efficace funzionamento del Sistema di gestione per la qualità ed il conseguimento della qualità dei prodotti richiesta da norme specifiche applicabili. Nel **DGQ 001 Elenco dei documenti di Sistema** sono riportate le registrazioni correnti del SGQ.

#### DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

*PRQ 01*  
*MOD 001*

*Controllo dei documenti e delle registrazioni*  
*Elenco dei documenti e moduli e loro stato di revisione*

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 5 – RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

## 5.1 IMPEGNO DELLA DIREZIONE

La Direzione Esecutiva della Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus, definisce e documenta il suo impegno nello sviluppo e nella messa in atto del Sistema di Gestione per la Qualità e nel miglioramento continuo della sua efficacia, attraverso le seguenti azioni:

- Definizione della Politica per la Qualità;
- Definizione degli Obiettivi per la Qualità;
- Conduzione dei Riesami da parte della Direzione;
- Messa a disposizione di risorse adeguate;
- Comunicazione a tutto il personale dell'importanza di soddisfare le esigenze dell'utente e di tutte le parti interessate.

Alla base degli intenti della Direzione Esecutiva vi è un impegno concreto nella diffusione, a tutti i membri dell'Organizzazione, circa i principi che reggono il Sistema di Gestione per la Qualità, comunicazione che avviene principalmente con le seguenti modalità:

- Distribuzione controllata del Manuale della Qualità presso le sedi di tutti i servizi;
- Diffusione della Politica per la Qualità in tutti i luoghi di lavoro;
- Diffusione dei risultati e delle decisioni prese in sede di Riesame da parte della Direzione;
- Formazione periodica circa l'andamento e l'evoluzione del Sistema di Gestione per la Qualità.

## 5.2 ATTENZIONE FOCALIZZATA AL CLIENTE

La specificità della Fondazione è di essere una realtà senza fini di lucro, la cui mission è di gestire servizi socio-assistenziali. La tipologia delle attività svolte implica una visione articolata della figura del Cliente, che in questo caso diventa un soggetto "complesso". Allo scopo principale della Fondazione, ossia offrire servizi in grado di rispondere ai bisogni degli Utenti, si affianca la volontà di soddisfare le richieste e le linee guida dei Committenti e, in terza istanza ma non meno importante, creare e mantenere posti di lavoro per tutti i Soci e Dipendenti. È possibile affermare che ciascuno di questi "attori" è portatore di interessi, bisogni e richieste diversificate, che la Fondazione comprende, riesamina e cerca di soddisfare con continuità. La Direzione ha stabilito che l'input iniziale di tutto il SGQ deve necessariamente scaturire dando "voce" o in qualche modo interpretando le esigenze di questi tre soggetti.

Gli Utenti spesso possono non aver sufficienti competenze comunicative per dar voce alle proprie aspettative. La Fondazione si impegna a ridurre il più possibile questo problema, responsabilizzando gli operatori nell'ascolto, nell'osservazione e nell'individuazione dei bisogni dei singoli.

Nel caso dei Committenti il rischio è quello di accontentarsi dell'assenza di reclami formali. A tal proposito la Fondazione considera di fondamentale importanza l'attività di comunicazione con i propri clienti, soprattutto per quel che riguarda le relazioni circa l'andamento dei servizi gestiti.

Le Risorse Umane, infine, non rappresentano solo uno strumento per la realizzazione delle attività, ma sono esse stesse parte integrante del servizio che la Fondazione mette a disposizione dell'Utente, in special modo nella cura di tutto il processo di presa in carico. Per questo motivo c'è una forte attenzione allo sviluppo della coscienza di essere parte di un sistema che richiede l'apporto e l'impegno di tutti, per il raggiungimento di obiettivi comuni che vanno al di là dell'esecuzione delle singole attività e mansioni.

Sulla base di quanto descritto la Direzione garantisce che siano definiti i requisiti richiesti da ogni cliente o utente e soddisfatte le sue aspettative allo scopo di accrescerne la soddisfazione. Le modalità di monitoraggio della soddisfazione dell'Utente sono descritte nella sezione 8 di questo manuale. L'analisi della soddisfazione del cliente e le modalità di miglioramento, anch'esse descritte alla sezione 8, sono periodicamente analizzate e documentate in sede di Riesame della Direzione.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 5 – RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

## 5.3 POLITICA PER LA QUALITA'

La Direzione Esecutiva mantiene attiva e diffonde a tutti i livelli aziendali la propria Politica per la Qualità, contenente gli obiettivi aziendali circa il perseguimento continuo della qualità del servizio offerto e della piena soddisfazione dei propri Clienti, nonché della realizzazione professionale delle proprie Risorse Umane, sottolineando l'impegno al soddisfacimento dei requisiti (**Allegato 1 – Dichiarazione di Politica per la Qualità**).

La Direzione assicura che tale politica sia compresa, attuata e sostenuta a tutti i livelli dell'organizzazione, cioè da tutte le figure professionali operanti nelle strutture e per i servizi gestiti.

In accordo con la norma UNI EN ISO 9001, la Politica per la Qualità è redatta in modo da:

- Essere coerente con lo statuto della Fondazione e con la finalità dei servizi gestiti;
- Essere efficacemente diffusa e compresa da tutti i livelli dell'Organizzazione;
- Soddisfare in maniera prioritaria le esigenze dei propri clienti, monitorando le non conformità, i reclami clienti e le azioni correttive e preventive, al fine di instaurare un processo di miglioramento continuo nel servizio offerto al cliente;
- Mantenere e consolidare una posizione di leadership all'interno del proprio settore specialistico;
- Incrementare gli investimenti per l'ammodernamento delle attrezzature;
- Identificare nuovi servizi da offrire ai clienti;
- Migliorare le condizioni morali e materiali dei soci e delle famiglie, impegnandosi ad assicurare almeno le attuali condizioni occupazionali;
- Adeguare le proprie strutture alle normative vigenti relative alla sicurezza ed all'ambiente.

La Politica per la Qualità non ha un periodo di validità prestabilito, ma è sottoposta a riesame almeno annuale, in occasione di un Riesame da parte della Direzione, per accertarne la continua congruenza ed idoneità alle linee guida e alle attività svolte. Al fine di garantire trasparenza nell'operato e di indirizzare le risorse della Fondazione al continuo miglioramento delle prestazioni offerte al Cliente, la Direzione si impegna ad attuare le azioni necessarie alla diffusione della politica, degli obiettivi/risultati e delle strategie adottate, attraverso un'attenta formazione del proprio personale ai principi che sostengono il SGQ implementato.

## 5.4 PIANIFICAZIONE

### 5.4.1 OBIETTIVI PER LA QUALITA'

La Direzione, in coerenza con la politica per la qualità, definisce gli obiettivi per la qualità. Tali obiettivi riguardano tutte le aree ed i processi aziendali. Per ogni obiettivo è sempre individuato un responsabile del suo raggiungimento, il tempo di raggiungimento e le risorse necessarie. Gli obiettivi sono espressi in forma il più possibile misurabile e vengono controllati per verificare il loro grado di raggiungimento attraverso gli indicatori di processo. Gli obiettivi sono verificati in sede di Riesame della Direzione.

Gli obiettivi della Fondazione si suddividono in:

- **Obiettivi Esterni:** che riguardano l'ambiente esterno (miglioramento della competitività dell'offerta, della soddisfazione dell'utenza e dell'immagine della Fondazione);
- **Obiettivi Interni:** che riguardano la promozione di iniziative di miglioramento da parte di tutto il personale, l'ottimizzazione delle Risorse Umane, l'ottenimento degli standard qualitativi e di ottimizzazione del processo di erogazione delle attività svolte.

### 5.4.2 PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'

La definizione dei processi, l'individuazione degli obiettivi per la qualità per ogni processo ed il loro monitoraggio, l'individuazione e la pianificazione di responsabilità e risorse necessarie per il conseguimento degli obiettivi, consentono la pianificazione del SGQ ed il raggiungimento degli obiettivi in conformità ai requisiti normativi.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 5 – RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

La pianificazione è adeguatamente documentata nel MQ, nelle Procedure e nei riesami della Direzione. Modifiche alla pianificazione del SGQ comporteranno modifiche alla documentazione garantendo l'integrità del Sistema stesso.

## 5.5 RESPONSABILITA', AUTORITY E COMUNICAZIONE

### 5.5.1 RESPONSABILITA' E AUTORITY

La struttura organizzativa della Fondazione è concepita al fine di avere compiti ben distinti, oltre a svolgere importanti compiti di public relations, coordina tutte le fasi tecniche ed amministrative interne. Nonostante però la suddivisione degli incarichi tra il personale dipendente ci si prefigge di riuscire anche ad ottenere una discreta intercambiabilità tra personale di pari professionalità e ruolo. Il CDA definisce le responsabilità e le autorità delle figure aziendali. Nell'**Allegato 2** è illustrato l'organigramma della Fondazione, il mansionario e la matrice delle responsabilità.

### 5.5.2 RAPPRESENTANTE DELLA DIREZIONE

La figura del Rappresentante della Direzione è identificata nella figura del RSGQ. La Direzione Esecutiva al fine di garantire la competenza del RSGQ, prevede che la figura designata debba avere le necessarie caratteristiche e conoscenze (Allegato 2).

### 5.5.3 COMUNICAZIONE INTERNA

La comunicazione efficace della strategia e delle politiche è essenziale per il successo durevole dell'organizzazione. Pertanto, la comunicazione sarà significativa, tempestiva e continua.

La comunicazione all'interno della Fondazione avviene attraverso:

- Comunicazione scritta (vedi ad es. procedure ecc. ...);
- Scambio di informazioni istituzionalizzato;
- Intranet della Fondazione nella quale sono disponibili, per tutte le figure, i documenti e le informazioni;
- Altri tipi di comunicazioni anche non formalizzati (istruzioni verbali, bacheche, email);
- Periodico Aziendale trimestrale "CentroInforma".

E' previsto un riesame delle informazioni di ritorno per affrontare proattivamente i cambiamenti dell'organizzazione.

## 5.6 RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE

### 5.6.1 GENERALITA'

La Direzione sottopone a riesame periodico, almeno annuale, il SGQ al fine di:

- Monitorare l'efficienza del SGQ, avendo particolare attenzione al raggiungimento degli obiettivi di qualità contenuti nella Politica per la Qualità della Fondazione o fissati nel corso dei precedenti riesami;
- Assicurarne la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia;
- Definire gli obiettivi in relazione alle esigenze di miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità;
- Definire le azioni correttive e preventive necessarie a garantire la conformità del Sistema di Gestione per la Qualità alla norma UNI EN ISO 9001:2008;
- Riesaminare l'efficacia delle azioni correttive e preventive intraprese in precedenza.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 5 – RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

Ciascuna riunione è convocata dal RSGQ e presieduta dal Presidente e dalla DE.

### 5.6.2 ELEMENTI IN INGRESSO PER IL RIESAME

Il RSGQ esamina le registrazioni della qualità prodotte nel periodo intercorso dall'ultimo riesame. In particolare sono esaminati:

- Risultati degli audit interni di parte II (eventuali) e III;
- Informazioni di ritorno del cliente;
- Prestazione dei processi e stato di conformità dei servizi erogati;
- Stato delle azioni correttive e preventive;
- Stato delle azioni derivanti da precedenti riesami della Direzione;
- Modifiche che possono avere effetto sul SGQ;
- Raccomandazioni per il miglioramento;
- Idoneità della Politica per la Qualità;
- Le non conformità riscontrate e/o reclami dei clienti e dei relativi trattamenti;
- Gli indicatori della Fondazione;
- I risultati del monitoraggio effettuato sui Fornitori;
- Le registrazioni relative ai servizi erogati;
- I Rendiconti Finanziari;

Contestualmente al riesame, la Direzione coadiuvata dal RSGQ, definisce le azioni correttive e preventive necessarie a garantire la conformità del SGQ, stabilisce obiettivi specifici e valuta le esigenze di risorse specifiche per lo svolgimento efficiente ed efficace delle attività. Tali risorse comprendono: Risorse umane, Risorse economiche, Risorse strumentali, Risorse organizzative, Risorse logistiche.

#### Preparazione della convocazione del riesame del sistema qualità

Il RSGQ convoca il riesame del SGQ con congruo anticipo per consentire ai convocati di poter proporre integrazioni ai punti all'ordine del giorno.

#### Riesame del sistema qualità

Alla riunione di riesame del SGQ possono partecipare oltre che i membri della Direzione anche altro personale interno invitato per specifici contributi.

#### Definizione delle Azioni correttive e preventive

Dall'analisi delle registrazioni e degli indicatori possono essere definite dalla Direzione, eventuali Azioni correttive (AC) ed Azioni preventive (AP) (vedi sezione 8) indirizzate al miglioramento continuo.

### 5.6.3 ELEMENTI IN USCITA DAL RIESAME

Nel riesame gli elementi in uscita sono sempre volti a valutare le necessità relative a:

- Miglioramento dell'efficacia del SGQ e dei relativi processi;
- Miglioramento del servizio in relazione ai requisiti di tutte le parti interessate;
- Esigenza di risorse;

#### Stesura del verbale di riesame del sistema qualità

Il RSGQ elabora il verbale del riesame riportando per ogni argomento discusso:

- Valutazione (eventuale) delle attività svolte
- Definizione dell'attività da intraprendere

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 5 – RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

- Risorse
- Responsabilità
- Tempi di attuazione

Tale verbale è, infine, firmato per approvazione del CDA.

#### **Distribuzione del verbale**

Il RSGQ provvede ad inserire la copia informatica nella rete intranet aziendale al fine di renderlo disponibile a tutte le figure della Fondazione.

#### **Archiviazione**

Il RSGQ provvede all'archiviazione della copia originale del riesame.

#### **DOCUMENTI DI RIFERIMENTO**

*Allegato 1*  
*Allegato 2*  
*MOD 002*

*Politica per la Qualità*  
*Organigramma, mansionario e matrice di responsabilità*  
*Riesame della direzione*

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 6 – GESTIONE DELLE RISORSE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

## 6.0 SCOPO

Scopo del presente capitolo è quello di descrivere le modalità adottate dalla Fondazione per individuare e rendere disponibili:

- a) le risorse necessarie per attuare e tenere aggiornato il SGQ e migliorare in modo continuo la sua efficacia;
- b) le risorse necessarie per accrescere la soddisfazione dei clienti.

## 6.1 MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE

La Direzione provvede a rendere disponibili tutte le risorse, umane e materiali, necessarie ed adeguate allo svolgimento delle attività nel rispetto dei requisiti prefissati.

### 6.1.1 RISORSE FINANZIARIE

Le risorse economiche della Fondazione provengono in misura quasi esclusiva da convenzioni con Enti Pubblici, donazioni ed in misura minore da contratti con soggetti privati; all'atto della sottoscrizione del contratto vengono definiti gli importi, i tempi di fatturazione e le modalità di pagamento delle prestazioni erogate.

Per alcuni settori il valore economico della prestazione può variare in base alla frequenza/presenza degli Utenti all'interno del servizio, per questo motivo è di fondamentale importanza un'attenta gestione della commessa nella sua globalità (soddisfacimento degli Utenti, dei committenti, dei soci/operatori) da parte dei Coordinatori dei rispettivi servizi ai quali la DE affida gli strumenti necessari per il raggiungimento di tali obiettivi.

Compatibilmente con lo Statuto della Fondazione, il C.d.A. determina le esigenze finanziarie dell'organizzazione e stabilisce le risorse finanziarie necessarie per le attività attuali e future. L'organizzazione, attraverso l'opera della DE stabilisce e mantiene attivi i processi per il monitoraggio, il controllo e la rendicontazione dell'efficace assegnazione e dell'efficiente utilizzo delle risorse finanziarie relative agli obiettivi prefissati.

La rendicontazione costituisce uno strumento per determinare le attività inefficaci o inefficienti e, per intraprendere le opportune azioni di miglioramento. I rendiconti finanziari delle attività correlate alle prestazioni del SGQ ed alla conformità delle attività formative saranno utilizzati nei Riesami della Direzione. (Sezione 5 Par. 5.6.2)

## 6.2 RISORSE UMANE

### 6.2.1 GENERALITA'

La Fondazione dispone di tecnici qualificati e provvede ad assegnare loro gli incarichi per i quali sono stati addestrati e si sono formati.

Per raggiungere gli obiettivi definiti per la qualità, la Fondazione, affida gli incarichi al personale competente in base ad un adeguato grado di istruzione, addestramento, abilità ed esperienza; a tale scopo deve:

- Definire le esigenze di competenza (istruzione, abilità, esperienza, addestramento) in funzione del ruolo e della disponibilità assegnate;
- Fornire l'addestramento sia su aspetti teorici e pratici del lavoro che sulle metodologie e tecniche per l'assicurazione ed il miglioramento della qualità, o intraprendere altre azioni per soddisfare queste esigenze;
- Valutare l'efficacia delle azioni intraprese;
- Assicurare che il personale sia consapevole della rilevanza e dell'importanza delle proprie attività e di come esse contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi per la qualità;
- Conservare appropriate registrazioni sul grado di istruzione, addestramento, abilità e sull'esperienza del personale.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 6 – GESTIONE DELLE RISORSE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

Qualora si presenti la necessità di attivare risorse umane aventi profili professionali diversi da quelli di cui attualmente l'azienda dispone, si provvederà ad attuare programmi di formazione e di addestramento tali da permettere l'assegnazione di personale qualificato allo svolgimento delle attività ad esso assegnate secondo le modalità descritte nella procedura **PRQ 02 – Gestione Risorse Umane**.

## 6.2.2 COMPETENZA CONSAPEVOLEZZA E ADDESTRAMENTO

### 6.2.2.1 COMPETENZA DEL PERSONALE

La Fondazione riconosce particolare importanza alle risorse umane quali patrimonio primario, indispensabile per un'attività improntata sulla qualità.

Definisce ciascuna figura professionale dell'azienda e le competenze richieste per svolgere le mansioni affidate in termini di grado di istruzione, addestramento, abilità ed esperienza e, sulla base dei profili iniziali di ognuno, individua l'idoneità di ciascuno a svolgere i compiti/responsabilità assegnatigli e le eventuali ulteriori esigenze formative.

### 6.2.2.2 ADDESTRAMENTO

La Fondazione considera l'addestramento del proprio personale un elemento importante per aggiornarne ed accrescerne le conoscenze tecniche e sensibilizzarlo sull'argomento qualità.

Sulla base delle competenze richieste, si pianificano i tempi e le attività di addestramento e formazione necessarie, cioè tutte quelle attività volte a fornire conoscenze, competenze ed esperienza necessarie al personale per eseguire adeguatamente il proprio lavoro.

Il personale, che svolge particolari attività e/o utilizza particolari apparecchi, è addestrato sotto la responsabilità del diretto superiore, in maniera tale da poter assicurare il possesso delle conoscenze e delle competenze necessarie ad una corretta esecuzione dei compiti affidatigli.

Il RSGQ, quindi, in collaborazione con la Direzione Esecutiva e l'ufficio Risorse Umane ha la responsabilità di individuare le necessità di addestramento del proprio personale e quindi è doveroso:

- Pianificare i corsi;
- Stabilire gli argomenti oggetto del corso;
- Individuare i docenti/relatori;
- Esaminare la documentazione del corso, relativamente all'estensione e alla congruenza;
- Analizzare le eventuali note dei docenti /relatori in merito ai singoli partecipanti;
- Analizzare le osservazioni ed i consigli espressi dai partecipanti;
- Archiviare gli attestati dei corsi avvenuti nelle Cartelle Curriculum dei partecipanti.

Periodicamente, secondo necessità il Resp. Uff. Formazione indice una riunione, nel corso della quale vengono evidenziate ed esaminate le esigenze formative o di aggiornamento del personale e ci si attiva per ricercare:

- All'interno dell'azienda o all'esterno il personale competente per tenere corsi di formazione o di aggiornamento;
- Convegni e seminari.

La responsabilità per l'attività di addestramento e di formazione è della DE, che si avvale della collaborazione di RSGQ.

In base alle decisioni prese nel corso di tale riunione, che può coincidere con il Riesame da parte della Direzione Esecutiva, viene redatto il Piano di addestramento e formazione.

Il personale di nuova assunzione, prima di operare autonomamente, viene affiancato da un collega più esperto che trasferisce le proprie conoscenze e valuta il grado di apprendimento. Il grado di preparazione,

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 6 – GESTIONE DELLE RISORSE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

viene registrato sulla Scheda Personale secondo le modalità descritte nella procedura **PRQ 03 – Gestione Formazione e Addestramento**.

### 6.2.2.3 VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'ADDESTRAMENTO

Al termine di ogni attività formativa (fatta eccezione per convegni o seminari esterni) si valuta il livello di efficacia dell'attività stessa mediante colloqui o somministrazione di appositi questionari, tale valutazione sarà registrata sulla Scheda Personale.

### 6.2.2.4 INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE DEL PERSONALE

La Fondazione, mediante informazione e sensibilizzazione del proprio personale sulla struttura organizzativa, sulle prassi, consuetudini e procedure operative descritte nella documentazione del SGQ e nelle relative procedure, si assicura che ciascuno conosca l'importanza del proprio lavoro e del contributo che fornisce nella soddisfazione dell'utente.

Qualora le attività di supervisione del SGQ dovessero evidenziare carenze nell'informazione del personale, il RSGQ si fa carico di promuovere le necessarie azioni al riguardo, preavvisando e concordando le stesse con la direzione.

## 6.3 INFRASTRUTTURE

Le infrastrutture e l'ambiente di lavoro sono conformi alle normative vigenti in materia di igiene e sicurezza sul lavoro e ritenute idonee a garantire la conformità del servizio erogato.

In particolare, la struttura è facilmente accessibile ed esente da barriere architettoniche, dotata di idonei locali sottoposti a programma di pulizia giornaliera, di attrezzature conformi alle disposizioni di legge e soggette a manutenzione periodica.

Tutta la documentazione relativa a infrastrutture e ambiente di lavoro è archiviata a cura della Ufficio Tecnico aziendale.

L'idoneità di infrastrutture e ambiente di lavoro esistenti, viene comunque valutata dalla Direzione, durante l'effettuazione del riesame annuale.

## 6.4 AMBIENTE DI LAVORO

Eventuali condizioni dell'ambiente di lavoro necessarie per garantire il corretto e conforme svolgimento dell'erogazione della formazione sono individuate e tenute controllate.

In riferimento all'applicazione del D.lgs 81 del 09/04/2008 e s.m.i la Fondazione ha predisposto il proprio Documento di Valutazione dei Rischi con lo scopo di effettuare la valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza.

Ai sensi dell'art. 28 del D.Lgs. n. 81/08, il DVR è redatto a conclusione della valutazione e contiene:

- Una relazione sulla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute durante l'attività lavorativa, nella quale sono stati specificati i criteri adottati per la valutazione stessa;
- L'indicazione delle misure di prevenzione e di protezione attuate e dei dispositivi di protezione individuali adottati, a seguito della valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a);
- Il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza;
- L'individuazione delle procedure per l'attuazione delle misure da realizzare, nonché dei ruoli dell'organizzazione aziendale che vi debbono provvedere, a cui devono essere assegnati unicamente soggetti in possesso di adeguate competenze e poteri;

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 6 – GESTIONE DELLE RISORSE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

- L'indicazione del nominativo del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza o di quello territoriale e del medico competente che ha partecipato alla valutazione del rischio;
- L'individuazione delle mansioni che eventualmente espongono i lavoratori a rischi specifici che richiedono una riconosciuta capacità professionale, specifica esperienza, adeguata formazione e addestramento.

Il contenuto del documento rispetta le indicazioni previste dalle specifiche norme sulla valutazione dei rischi contenute nel D.Lgs. 81/08.

Si procederà alla rielaborazione del DVR in caso di variazioni nell'organizzazione ed ogni qualvolta l'implementazione del sistema di sicurezza, finalizzato ad un miglioramento continuo del grado di sicurezza, la faccia ritenere necessaria.

L'organizzazione dell'attività è pianificata in sede di progettazione definendo:

- Luoghi di svolgimento adeguati;
- Attrezzature tecniche necessarie;
- Personale necessario;
- Necessità di acquisto;

#### DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

*PRQ 03*

*PRQ 11*

*MOD 003*

*MOD 004*

*MOD 005*

*Gestione formazione e addestramento*

*Approvvigionamento e valutazione fornitori*

*Programma annuale di formazione*

*Verbale di formazione*

*Scheda Personale*

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 7 – REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

## 7.0 SCOPO

Tutto il processo produttivo per la soddisfazione del cliente può essere suddiviso nelle seguenti attività:

### ATTIVITA' GESTIONALI

- Gestione delle Non Conformità
- Pianificazione
- Controllo
- Programmazione

### ATTIVITA' DI VERIFICA

- Delle attrezzature
- Del servizio erogato
- Di processi particolari

### ATTIVITA' DI SUPPORTO

- Identificazione e Rintracciabilità del servizio
- Identificazione dello stato dei controlli sulle attrezzature

In questa sezione si svilupperà il discorso sulle attività gestionali (controllo del processo), che vengono gestite secondo la procedura **PRQ 04 – Erogazione del Servizio**.

Scopo di questo capitolo del Manuale è descrivere in generale le modalità adottate dalla Fondazione per sviluppare in condizioni controllate tutte le attività necessarie alla realizzazione dell'erogazione del servizio.

Obiettivo della gestione del servizio è **la gestione in qualità** di tutte le attività necessarie alla realizzazione di un servizio conforme ai requisiti specificati. Tale gestione in qualità consiste nello sviluppare **in condizioni controllate** tutte le attività che hanno influenza sulla qualità del servizio erogato, al fine di assicurare la soddisfazione delle esigenze espresse ed implicite del Cliente. Tutto ciò nel miglior rapporto qualità/prezzo ed a salvaguardia delle esigenze e degli interessi della Fondazione.

Per *condizioni controllate* si intende, il sottoporre le attività e le fasi nelle quali queste si sviluppano ad un insieme di vincoli che, opportunamente fissati in relazione alla complessità e criticità delle stesse, possano dare le migliori garanzie di qualità sulle modalità con le quali sono state eseguite.

La Fondazione sottopone ad un complesso di vincoli l'insieme delle attività a partire dalla richiesta di consulenza medica fino all'erogazione del servizio, tali da assicurare le migliori garanzie di qualità relativamente al modo con le quali tali attività vengono eseguite. Tali vincoli si concretizzano nel pianificare le attività da eseguire, nell'eseguire quanto pianificato, nel confrontare i risultati ottenuti con quelli attesi e nell'agire di conseguenza.

La responsabilità per l'applicazione di quanto descritto in questo capitolo è di PRS, DE, DS e Responsabile Sanitario.

Per quanto di sua competenza, l'operatore è responsabilizzato lavorando in autocontrollo.

## 7.1 PIANIFICAZIONE DELLA REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO

La Fondazione, pianifica la realizzazione di ogni servizio, evidenziando e verificando i requisiti, i processi e la documentazione necessari per l'esecuzione delle attività. La procedura **PRQ 05 – Pianificazione e controllo della progettazione**, prevede la definizione dei seguenti aspetti:

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 7 – REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

- Il riesame degli elementi in ingresso;
- Il riesame della convenzione, dei capitolati, dei contratti;
- L'assegnazione dell'incarico ad un Responsabile del progetto;
- L'individuazione della documentazione del SGQ;
- L'individuazione delle risorse umane;
- La determinazione delle attività di verifica e monitoraggio;
- Il sopralluogo nelle strutture da parte del Committente;
- L'individuazione di altri elementi, comprese le indicazioni per il Piano di miglioramento.

I documenti della pianificazione, approvati dal Presidente, sono conservati e messi a disposizione delle funzioni interessate dalle attività previste.

## 7.2 PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE

### 7.2.1 GENERALITA'

Prima di avviare il rapporto, occorre assicurarsi della capacità organizzativa, tecnica, gestionale e produttiva del momento e della disponibilità del servizio. Tale accertamento è eseguito dal Coordinatore Sanitario di ogni centro, che a fronte dei Planning settimanali (**PRQ 04 – Erogazione del Servizio**) definisce tempi e modalità di erogazione del servizio.

La richiesta del paziente nasce solitamente dalla necessità di un percorso riabilitativo o dalla necessità di effettuare un esame diagnostico. I requisiti sono chiariti dal paziente attraverso:

- Presentazione di prescrizione medica;
- Progetto terapeutico ASL.

### 7.2.2 RIESAME DEI REQUISITI

L'accettazione a seguito della richiesta del paziente:

- Verifica che siano disponibili mezzi, attrezzature, risorse umane per avviare un percorso;
- Analizza la capacità aziendale di soddisfare i requisiti richiesti;
- Coordinare le attività aziendali rivolte alla soddisfazione dei requisiti contrattuali.

### 7.2.3 COMUNICAZIONE CON IL CLIENTE

La comunicazione con il paziente può essere distinta in:

- Comunicazione di servizio, definita come la semplice comunicazione di appuntamenti, orari, costi: se il paziente richiede le informazioni direttamente al front office, avviene attraverso un supporto cartaceo, altrimenti avviene oralmente. Le informazioni comunicate riguardano:
  1. Orario
  2. Informazioni sulla terapia e su eventuali adempimenti da rispettare
  3. Informazioni sulle modalità di raggiungimento del Presidio, qualora fosse il primo appuntamento. Contestualmente l'addetta al Front Office richiede i contatti telefonici del paziente per poter comunicare cambi di orario, spostamenti, etc.
- Comunicazione cogente consistente in tutte quelle comunicazioni regolate dalla normativa cogente, ed in particolare dalla legge sulla privacy e consensi informati; L'informativa della privacy viene fatta firmare ad ogni nuovo paziente ed archiviata in un apposito contenitore. I consensi informati vengono fatti firmare al momento della somministrazione di una terapia o di un trattamento per il quale la legge lo richieda. Vengono archiviati in Amministrazione. **MOD 030 – Consenso Informato.**

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 7 – REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

- Comunicazione di ritorno dal paziente consistente in reclami (scritti o verbali, gestiti secondo la **PRQ 06 – Gestione Della Comunicazione**), questionari di soddisfazione, moduli di suggerimento. Queste informazioni devono essere patrimonializzate attraverso le procedure di gestione reclamo clienti e la gestione delle non conformità, delle azioni correttive e preventive e delle tecniche statistiche. Infatti tali informazioni contribuiranno a determinare la natura e l'estensione dei problemi di un servizio in relazione all'esperienza ed alle aspettative del cliente. Questa continua acquisizione serve alla fine a migliorare la comprensione dei requisiti contrattuali da immettere per raggiungere la completa soddisfazione del cliente.

## 7.3 PROGETTAZIONE DEL SERVIZIO

La Fondazione progetta, in base alle attività previste dalla pianificazione sopra esposta, tutti i servizi, di nuova assegnazione o in occasione di rinnovi contrattuali. La procedura **PRQ 05 – Pianificazione e controllo della progettazione** prevede la trattazione, in accordo con la norma di riferimento, dei seguenti aspetti:

- Pianificazione delle attività del progetto;
- Individuazione ed analisi degli elementi in entrata;
- Determinazione degli elementi in uscita (stesura del documento di progetto);
- Effettuazione di opportuni riesami;
- Controllo delle modifiche;
- Verifica del progetto del servizio;
- Validazione del progetto;

### 7.3.1 PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' DI PROGETTO

La realizzazione di qualsiasi procedura di progettazione prende l'avvio da un incarico della DE, formalizzato in un documento, con il quale:

- Individua il Responsabile di progetto e il pool di progettazione;
- Definisce i tempi di consegna;
- Stabilisce il budget di progettazione;
- Individua le aspettative economiche rispetto al servizio in progetto;
- Indica eventuali risorse interne o esterne da coinvolgere nella progettazione;
- Definisce, se è il caso, altri vincoli o risorse dei quali tener conto nella progettazione.

Per ogni progetto è elaborata una pianificazione, a cura del Responsabile di Progetto, ove sono indicati:

- Funzioni aziendali coinvolte;
- Elenco delle attività;
- Pianificazione temporale delle attività (inclusi riesame, verifica e validazione);
- Tempi di realizzazione.

In sede di pianificazione, i compiti sono affidati a personale adeguatamente qualificato ed idoneo. Il Responsabile del Progetto identifica, anche su indicazione della DE, le interfacce interne ed esterne necessarie per una corretta gestione del progetto, indicandole nella pianificazione.

### 7.3.2 ELEMENTI IN INGRESSO

Gli elementi in ingresso sono costituiti dai requisiti dei servizi che si intendono progettare. Nel corso del primo incontro del pool di progettazione si esaminano i requisiti del servizio ed in particolare:

- Gli elementi scaturiti dalla fase di pianificazione;
- Eventuale indagine di mercato formale ed informale;
- Eventuali vincoli espressi dalla DE nell'affidamento dell'incarico;
- Leggi nazionali e regionali;
- Regolamenti e delibere degli EE. LL., AA.SS.LL.;

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 7 – REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

- Lo stato dell'arte e la ricerca scientifica;
- Valutazioni della soddisfazione del cliente in servizi analoghi;
- Politiche ed obiettivi dell'organizzazione;
- Informazioni di ritorno da esperienze e progetti passati;

Il pool di progettazione deve chiarire al suo interno i requisiti che risultano incompleti, ambigui o incongruenti. Nel caso sia necessario, si distribuiscono i compiti per una miglior definizione dei requisiti e successivamente si confrontano nuovamente.

### 7.3.3 ELEMENTI IN USCITA

L'attività di progettazione è coordinata dal Responsabile del Progetto. Ogni membro del pool partecipa alle riunioni, produce i materiali concordati nei tempi stabiliti e fa riferimento al Responsabile. I materiali prodotti devono essere adeguatamente codificati (sia in cartaceo che su supporto informatico), datati e fatti pervenire al Responsabile. Gli elementi in uscita della progettazione (il progetto, le istruzioni, le procedure, ecc.) devono essere forniti in modo da consentire il confronto con gli elementi in ingresso. Gli elementi in uscita devono essere approvati formalmente dal Responsabile del Progetto prima del loro rilascio.

I risultati complessivi della progettazione di un servizio devono indicare almeno:

- Le specifiche del servizio:
  - Struttura logistica;
  - Utenza;
  - Orari;
  - Prestazioni;
  - Numero e qualifica del personale impiegato;
  - Tariffa o corrispettivo o costo;
- Modalità operative:
  - Procedure di gestione del servizio;
  - Gestione delle risorse umane (selezione, formazione, motivazione e valutazione);
  - Rapporti con il cliente/utente (informazioni, carta dei servizi, soddisfazione, gestione reclami e suggerimenti);
- Controllo qualità:
  - Indicatori relativi al servizio
  - Sistema di verifica degli indicatori;
  - Modalità di controllo delle procedure operative.

### 7.3.4 RIESAME, VERIFICA, VALIDAZIONE, CONTROLLO DELLE MODIFICHE

In fasi specifiche della realizzazione del progetto, possono essere effettuate e registrate attività di riesame, al fine di valutare la capacità del progetto di soddisfare i requisiti, individuare gli eventuali problemi e trovare le necessarie soluzioni. La necessità di apportare modifiche alla progettazione può emergere nel corso dei riesami o da segnalazione formale di una delle interfacce interessate.

Prima di emettere i risultati della progettazione, il Responsabile del Progetto verifica i risultati riesaminando tutti i documenti prima della loro emissione, relativamente alla coerenza e alla completezza del progetto al fine di ottenerne una validazione.

## 7.4 APPROVVIGIONAMENTO

### 7.4.1 GENERALITA'

Questo paragrafo del manuale descrive le principali attività svolte dalla Fondazione, per assicurare la qualità degli approvvigionamenti, assicura che i prodotti acquistati siano conformi ai requisiti specificati nei documenti di approvvigionamento (**PRQ 11 – Approvvigionamento e Valutazione Fornitori**).

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 7 – REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

Quanto descritto nel presente capitolo si applica a tutti i materiali acquisiti dalla Fondazione che hanno influenza sulla qualità dei propri prodotti.

La responsabilità per l'applicazione di quanto descritto in questa area è di AMM, in collaborazione con gli Uffici Aziendali direttamente interessati.

Al fine di assicurare la conformità del prodotto fornito ai requisiti richiesti, La Fondazione pone particolare attenzione ai materiali/servizi approvvigionati.

L'azienda sviluppa tre linee di approvvigionamenti:

- Attrezzature e accessori;
- I prodotti chimici e sanitari;
- I servizi per il buon funzionamento dell'erogazione del servizio che risultano essere i punti critici ai fini della gestione della qualità del servizio offerto dalla Fondazione.

Questi materiali vengono approvvigionati, tramite fornitori certificati oppure fornitori abituali, dei quali è ormai accertata la serietà e l'affidabilità o comunque in grado di documentare la qualità dei loro prodotti, anche se ancora sprovvisti di un Sistema Qualità certificato da un Ente accreditato.

L'approvvigionamento di tali materiali avviene normalmente in base a:

- Esigenze terapeutiche specifiche (per i medicinali a consumo immediato);
- Scorte di magazzino (per prodotti non deperibili e prodotti per la sanificazione, cancelleria, etc);
- Usura (per attrezzature).

Ogni Richiesta di Approvvigionamento, deve pervenire al Resp. Servizio Amministrativo. Il Resp. Servizio Amministrativo verificata la conformità e appropriatezza, sottopone al PRS, che firma per approvazione e passa l'ordine all'UFF. Acquisti e Logistica per avviare la richiesta.

Questi ordini saranno identificati con una data di invio.

## 7.4.2 PROCESSO DI APPROVVIGIONAMENTO

I fornitori possono essere suddivisi in queste quattro categorie:

- Fornitore in possesso di Certificazione Aziendale in accordo alle norme UNI EN ISO 9001;
- Fornitore in possesso di documentata certificazione di prodotto o che fornisca certificati di origine del prodotto;
- Fornitore abituale (è il caso dei fornitori di secondaria importanza, di accessori, materiali di consumo), o di servizi che viene valutato dall'azienda;
- Fornitore storico.

Per la valutazione dei fornitori l'azienda segue quanto definito in procedura **PRQ 11 – Approvvigionamento e Valutazione Fornitori**. L'esito della valutazione è riportata nella modulistica di riferimento. L'elenco completo viene sottoposto a revisione almeno una volta l'anno.

Per ogni fornitore viene gestito un fascicolo con tutta la documentazione specifica, qualora necessario, con listini, documenti di trasporto o altro.

L'Elenco Fornitori Approvati è da ritenersi comunque un documento *dinamico* e non statico, in quanto ogni scostamento prestazionale e qualitativo di un fornitore approvato sarà vagliato attentamente e in caso di recidività del fornitore, questi sarà prontamente rimosso dall'elenco.

I fornitori esclusi dall'elenco possono rientrarvi sottoponendosi all'iter di valutazione come se fossero fornitori nuovi.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 7 – REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

Per i nuovi fornitori, si acquisiranno informazioni sulle capacità qualitative, si effettuerà una fornitura di prova dopodiché al termine di tre forniture senza non conformità, questi potranno essere inseriti nell'elenco dei fornitori approvati.

### 7.4.3 INFORMAZIONI PER L'APPROVVIGIONAMENTO

Le caratteristiche ed i requisiti dei prodotti da acquisire vengono trasmessi al fornitore in termini chiari, espliciti ed inequivocabili. In questo senso è preciso dovere del richiedente, formulare le richieste di acquisto prevedendo la descrizione più ampia possibile di ogni caratteristica del materiale/servizio, evidenziando:

- Corrispondenza a normative ufficiali o capitolati;
- Specifici requisiti tecnici;
- Caratteristiche dimensionali;
- Eventuali riferimenti al Catalogo del fornitore;
- Tempi di consegna;
- Attestati di origine;
- Eventuali specifici controlli o collaudi da eseguire;
- Istruzioni per eventuali imballi speciali.

Il Responsabile Servizio Amministrativo, prima di dare l'approvazione, controlla la pertinenza, l'esattezza e la completezza dei dati di acquisto riportati sull'ordine di acquisto.

La Ufficio Acquisti e Logistica conserva per un periodo di 5 anni copia degli ordini emessi.

### 7.4.4 VERIFICA DEL PRODOTTO APPROVVIGIONATO

Un addetto della Fondazione verifica la conformità delle forniture ai requisiti specificati al ricevimento, a fronte dell'ordine di acquisto così come definito in **PRQ 11 – Approvvigionamento e Valutazione Fornitori**. Il Responsabile Amministrativo dove necessario, può richiedere di effettuare visite al fornitore, specificando di volta in volta le disposizioni per la verifica e le modalità per il rilascio del prodotto.

Le visite vengono effettuate da un incaricato designato da DE o dalla stessa e può essere prevista l'annotazione dei risultati su un documento che viene conservato unitamente ai documenti riguardanti la fornitura.

Queste eventuali visite non hanno valore liberatorio dei doveri e delle responsabilità del fornitore. In particolare la Fondazione non decade dal diritto di rifiutare successivamente il prodotto, per giustificati motivi.

Per il tipo di servizio richiesto alla Fondazione da parte dei propri clienti, è politica dell'azienda acquistare sempre prodotti originali, per cui, il cliente è garantito dall'originalità del prodotto stesso, per i quali valgono le clausole contrattuali delle case costruttrici che in caso di difetto sostituiscono in garanzia quanto acquistato.

## 7.5 EROGAZIONE DEL SERVIZIO

### 7.5.1 CONTROLLO DELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO

La Fondazione tiene sotto controllo i processi di erogazione dei servizi attraverso:

- La chiara identificazione dei percorsi terapeutici dei pazienti;
- Disponibilità di procedure documentate sull'erogazione del servizio;
- Disponibilità di un software di gestione che garantisca l'attribuzione di codifica e comunicazione con ASL;
- La gestione di orari, appuntamenti, contabilità e flussi attraverso la modulistica di sistema;
- Disponibilità di istruzioni sull'erogazione del servizio di riabilitazione (Linee guida Regione Puglia);

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 7 – REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

- Disponibilità di procedure documentate sulla gestione della formazione con strumenti di valutazione delle prestazioni e monitoraggio della formazione continua in medicina;
- Disponibilità di documentati sulla gestione delle attrezzature **ISTR 01 – Gestione delle apparecchiature biomediche**, con strumenti di controllo costante dello stato delle stesse;
- Disponibilità di procedure documentate sulla gestione dei fornitori e degli acquisti **PRQ 11 – Approvvigionamento e Valutazione Fornitori**;
- Disponibilità di procedure documentate sulla gestione della comunicazione **PRQ 06 – Gestione Della Comunicazione** e gestione della Carta dei Servizi;
- Disponibilità di procedure documentate sulla gestione del servizio **PRQ 04 – Erogazione Del Servizio**;
- Disponibilità di procedure documentate sulla gestione delle **NC PRQ 08 – Gestione delle Non Conformità**;
- Disponibilità di supporti di registrazione dello stato del paziente e verifica di efficacia delle terapie e delle indagini diagnostiche effettuate sotto la responsabilità del Direttore Sanitario.

Il paziente accede alla struttura su richiesta del medico proponente (medico di base o specialista prescrittore dell'ASL). L'appuntamento può essere richiesto personalmente o tramite telefono e può avere per oggetto:

- Una visita specialistica d'ingresso;
- Un ciclo di terapie.

La procedura di accesso si svolge secondo **PRQ 04 – Erogazione del Servizio**

Innanzitutto in Accettazione si verifica se esistono i “*requisiti*”, ossia se la prescrizione preveda delle prestazioni comprese nello schema di convenzione (analisi di fattibilità – I Riesame) e contemporaneamente si verifica se l'impegnativa è in corso di validità (30 gg. dalla data di emissione).

L'accettazione verifica sulla modulistica di gestione e sul software, la disponibilità di risorse umane compatibili con il tipo di trattamento richiesto.

Tale verifica presuppone che non sia stata superata la capacità operativa riconosciuta dall'Asl e i tetti di spesa concordati con la parte pubblica.

Il Resp. Sanitario, verificata la documentazione, autorizza il trattamento o l'esame il giorno stesso.

In caso affermativo il servizio “front office” inserisce il Paziente nell'AGENDA del software e comunica allo stesso il giorno in cui potrà iniziare il ciclo di terapie o effettuare l'analisi.

### 7.5.2 IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITA'

Il concetto di identificazione del servizio è inteso come mezzo per l'individuazione del servizio stesso. Il concetto di rintracciabilità fa riferimento alla capacità di ricostruire la completa storia del servizio erogato e dei percorsi dei prelievi e dei relativi referti.

La Fondazione garantisce l'identificazione e la rintracciabilità del servizio erogato dalla fase di avvio alla chiusura del percorso terapeutico mediante modulistica interna.

La rintracciabilità e l'identificazione dei prodotti acquistati è assicurata da questi fattori:

- Documenti di acquisto (bolle e fatture), sui quali vengono sempre precisati gli elementi caratteristici di individuazione;
- Documento di accompagnamento alla consegna, sui quali vengono sempre precisati gli stessi elementi.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 7 – REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

## 7.6 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DISPOSITIVI DI MONITORAGGIO

I dispositivi di monitoraggio e misurazione utilizzati dalla Fondazione sono essenzialmente:

- 1) **Questionario di soddisfazione del cliente**, utilizzato per monitorare e misurare il grado di soddisfazione dell'utente, al fine di assicurare la conformità delle prestazioni erogate ai requisiti richiesti dai Clienti;
- 2) **Scheda Valutazione prestazioni e soddisfazione del personale**, utilizzato per verificare l'efficienza ed efficacia della formazione ricevuta attraverso i corsi a cui il personale della Fondazione ha partecipato;
- 3) Indicatori/parametri per valutare l'efficienza e l'efficacia dei processi.

### 1. QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEL CLIENTE:

#### Definizione

Il **questionario** consta di una serie di domande sulla prestazione effettuata che l'utente dovrebbe valutare in base al gradimento di ciascun punto in esame (**PRQ 06 – Gestione Della Comunicazione**).

#### Compilazione

Il questionario è disponibile nelle sale d'attesa e i pazienti sono invitati alla compilazione dal personale di Front Office.

I questionari ricevuti sono raccolti, almeno una volta all'anno, letti da RSGQ, che stila una relazione sul giudizio generale degli Utenti sul servizio reso dalla Fondazione e sul questionario stesso; tale relazione sarà argomento trattato in sede di Riesame della Direzione.

### 2. SCHEDA VALUTAZIONE PRESTAZIONI E SODDISFAZIONE DEL PERSONALE:

#### Definizione

Il **questionario formazione** consta di una serie di caratteristiche dell'attività formativa cui si è partecipato che il partecipante dovrebbe valutare esprimendo una votazione in base al gradimento di ciascuna caratteristica indicata.

#### Compilazione

Il questionario formazione è compilato periodicamente sia dai partecipanti alla formazione che da altre organizzazioni.

I questionari sono raccolti, almeno una volta all'anno, letti da RSGQ, che stila una relazione sulla qualità percepita dal personale sui corsi seguiti (contenuti, docenti, ecc.) e sul questionario stesso; tale relazione sarà argomento trattato in sede di riesame.

### 3. INDICATORI / PARAMETRI DEI PROCESSI:

Gli indicatori/parametri definiti sono utilizzati per valutare l'efficienza e l'efficacia dei processi primari della Fondazione e sono sottoposti a continua valutazione.

## DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

PRQ 01	<i>Controllo dei documenti e delle registrazioni</i>
PRQ 04	<i>Erogazione del servizio</i>
PRQ 05	<i>Pianificazione e controllo della progettazione</i>
PRQ 06	<i>Gestione della comunicazione</i>
PRQ 08	<i>Gestione delle Non Conformità</i>
PRQ 11	<i>Approvvigionamento e valutazione dei fornitori</i>
ISTR 01	<i>Gestione delle apparecchiature biomediche</i>
MOD 006	<i>Elenco Servizi</i>
MOD 007	<i>Nomina responsabile del servizio</i>

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 8 – MISURAZIONI ANALISI E MIGLIORAMENTO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

## 8.0 SCOPO

Scopo della presente sezione è quello di definire e descrivere le responsabilità e le modalità per misurare l'efficacia dei processi interni, del Sistema di Gestione per la qualità e il livello di soddisfazione del cliente e per raggiungere gli obiettivi di miglioramento continuo, al fine di dimostrare la conformità dell'organizzazione ai requisiti del servizio prestato e al sistema di gestione per la qualità implementato.

## 8.1 GENERALITA'

La Fondazione al fine di assicurare la conformità del servizio erogato e la conformità al proprio sistema di gestione per la qualità, pianifica le misurazioni e i monitoraggi da effettuare, la tenuta sotto controllo delle non conformità, le modalità per l'analisi dei dati e per realizzare, soprattutto, il miglioramento continuo in termini di efficacia del sistema di gestione per la qualità.

Particolare attenzione è dedicata alle registrazioni e all'elaborazione statistica di tutti i dati relativi al riesame degli elementi in ingresso, che consentono di:

- Dimostrare la conformità del servizio ai requisiti specificati;
- Dimostrare la conformità del SGQ;
- Rilevare le segnalazioni del grado di soddisfazione/insoddisfazione del cliente;
- Effettuare Audit interni, quali strumenti di verifica e miglioramento del SGQ;
- Monitorare tutte le non conformità del servizio, di processo e di sistema di gestione per la qualità, il trattamento, e l'andamento incluse le opportune azioni correttive/preventive;
- Utilizzare tecniche statistiche per valutare l'idoneità del servizio fornito al fine di individuare opportunità di miglioramento;
- Applicare le azioni correttive al fine di eliminare le cause di non conformità;
- Applicare le azioni preventive, al fine di perseguire attivamente le opportunità di miglioramento.

Successivamente alla raccolta dei dati, la Fondazione analizza e si attiva per ottenere un progressivo incremento dell'efficacia nel perseguire le proprie politiche e i propri obiettivi. I risultati dell'analisi dei dati e delle attività di miglioramento rappresentano un elemento in ingresso per il riesame del proprio sistema di gestione per la qualità.

## 8.2 MONITORAGGI E MISURAZIONI

### 8.2.1 SODDISFAZIONE DEL CLIENTE

La Fondazione può valutare il grado di soddisfazione del cliente in relazione alla qualità percepita del servizio erogato, attraverso l'analisi dei risultati dei questionari di soddisfazione, somministrati periodicamente agli utenti.

Con le informazioni raccolte con il questionario, viene redatto un report valutativo necessario alla verifica della capacità della Fondazione, di soddisfare gli obiettivi prefissati nella Politica per la Qualità.

Inoltre all'arrivo ogni reclamo viene trattato come una Non Conformità, analizzato e attuate le azioni del caso, soddisfacendo il cliente nei limiti del possibile, al fine di garantirgli sempre il prodotto/servizio definito contrattualmente.

Il monitoraggio della soddisfazione dei Clienti si basa su indicatori ritenuti significativi per la valorizzazione del proprio SGQ, quali potrebbero essere in via non esclusiva:

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 8 – MISURAZIONI ANALISI E MIGLIORAMENTO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

INDICATORE	RESPONSABILE RACCOLTA DATI	MODALITÀ DI RACCOLTA DATI	MODALITÀ DI UTILIZZO DEI DATI RACCOLTI
Numero reclami	RSGQ	Annotazione di tutti i reclami (verbali e scritti) su apposito registro.	analisi durante il riesame della direzione per definire miglioramenti
% risposte soddisfacenti ai Questionari pazienti	RSGQ	registrazione esiti questionari	analisi durante il riesame della direzione per definire nuove modalità operative e miglioramenti

## 8.2.2 AUDIT INTERNI

Le verifiche ispettive interne costituiscono il necessario monitoraggio al fine di evidenziare eventuali non conformità, da portare a conoscenza del personale responsabile dei settori interessati, affinché vengano intraprese le necessarie e tempestive azioni correttive.

Gli Audit hanno lo scopo di:

- Valutare la conformità del Sistema di Gestione per la Qualità alla norma di riferimento;
- Valutare la conformità delle attività costituenti il servizio alle procedure, ai contratti e ai requisiti richiesti;
- Verificare il corretto utilizzo di tutta la documentazione del SGQ;
- Valutare il grado di conoscenza e di formazione di tutto il personale operante nelle strutture della Fondazione riguardo alla Qualità;
- Accertare l'efficacia del SQ nel perseguire gli obiettivi di qualità e di miglioramento prefissati;
- Prevenire il verificarsi di problemi che possono compromettere la qualità dei servizi;
- Innescare opportune azioni correttive.

Gli Audit, come previsto dalla norma UNI EN ISO 19011:2012, vengono programmati in relazione allo stato e all'importanza delle attività da verificare; esse vengono effettuate da personale interno o esterno alla Fondazione e, in ogni caso, da personale indipendente da chi ha diretta responsabilità per le attività sottoposte a Verifica Ispettiva.

Gli Audit vengono solitamente condotti dal Responsabile della Qualità o da personale esterno che, previa autorizzazione del CDA, qualora lo ritenga necessario, può delegare interamente l'attività di verifica ad esperti esterni qualificati; per le verifiche ad attività proprie di quest'ultimo e per eventuali altre attività aziendali nelle quali lo stesso riveste ruoli di responsabilità, il compito dell'esecuzione delle verifiche è di un valutatore, o gruppo di valutazione, appositamente delegato dal CDA e in possesso delle conoscenze e competenze per svolgere adeguatamente tali attività.

È compito del verificatore formalizzare e portare a conoscenza dei Responsabili delle funzioni aziendali oggetto di verifica, i risultati emersi. Successivamente tali risultati devono essere sottoposti all'attenzione della Direzione Esecutiva.

Nel caso in cui l'auditor rilevi situazioni di non conformità, il personale direttamente responsabile del Settore o Funzione interessata dovrà intraprendere, quando possibile, tempestive Azioni Correttive, relativamente alle carenze evidenziate. Successivamente il verificatore accerterà che le Azioni Correttive previste siano state messe in atto e ne valuterà l'efficacia.

Al termine dell'attività di verifica, il Responsabile della Qualità effettua un'analisi dei risultati conseguiti, portandoli a conoscenza della DE.

L'attività di pianificazione, conduzione e registrazione delle Verifiche Ispettive Interne è regolata dalla procedura **PRQ 07 – Verifiche Ispettive Interne**.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 8 – MISURAZIONI ANALISI E MIGLIORAMENTO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

### 8.2.2.1 AUTOVALUTAZIONE

L'autovalutazione è un riesame completo e sistematico delle attività della Fondazione e delle sue prestazioni in relazione al suo grado di maturità. Essa viene utilizzata per determinare le forze e le debolezze dell'organizzazione per quanto attiene alle sue prestazioni, sia complessivamente che a livello dei suoi singoli processi.

L'autovalutazione aiuterà la Fondazione a stabilire priorità, pianificare ed attuare miglioramenti e/o innovazioni, ove necessario.

### 8.2.3 MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PROCESSI E DEI SERVIZI

Il monitoraggio continuo dei processi è affidato ai Responsabili degli uffici che, oltre alla verifica "visiva" su tutte le attività, hanno la possibilità di verificare ogni aspetto lavorativo tramite la lettura della documentazione di controllo del processo, potendo riscontrare in ogni istante (giornata, settimana, mese) lo stato di avanzamento delle fasi operative. Le procedure di gestione dei servizi, infatti, forniscono l'elenco della documentazione applicabile ad ogni attività, nonché le modalità e la tempistica di compilazione da parte del personale.

Questo controllo documentale è in grado di evidenziare in ogni istante la conformità o meno delle attività a fronte delle indicazioni stabilite dalle procedure e dalle istruzioni operative interne, redatte per soddisfare i requisiti dell'Utente e delle norme cogenti.

È doveroso però sottolineare che la tipologia dei servizi gestiti dalla Fondazione non consente una rigida applicazione delle prescrizioni contenute nei documenti del SGQ, soprattutto per quel che riguarda la presa in carico degli Utenti; spesso la professionalità degli operatori non emerge solo dal rispetto degli schemi prefissati, ma anche dalla capacità di elaborare ed attuare, **in autocontrollo**, soluzioni nuove a fronte di problematiche delicate, complesse e spesso esclusive, nell'ottica di un miglioramento continuo ma non sempre pianificabile a priori.

L'implementazione del SGQ ha tuttavia permesso di individuare alcuni indicatori, per procedere ad una misurazione dei processi e dei servizi, fissando dei parametri oltre i quali non è possibile ottenere i risultati pianificati. Gli indicatori, i valori limite, la frequenza e le metodologie di misurazione e la loro registrazione sono descritte nella procedura **PRQ 10 – Analisi dei dati e tecniche statistiche**.

## 8.3 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEL PRODOTTO NON CONFORME

In questo capitolo del MQ la Fondazione ha implementato una procedura che descrive le modalità per identificare e tenere sotto controllo i processi e i servizi, o singole fasi di essi, che non soddisfano i requisiti richiesti e prefissati, e quindi definibili "Non Conformi".

La procedura **PRQ 08 – Gestione delle Non Conformità** si applica a tutte le attività descritte in questo Manuale che hanno diretta influenza sulla qualità dei servizi offerti, come per esempio le fasi di lavoro, l'operato del personale in servizio e tutti i materiali che durante il loro impiego non dovessero risultare conformi alle specifiche stabilite.

Una non conformità è una discrepanza fra le caratteristiche di un servizio o di un prodotto, nella sua globalità come nelle singole fasi/parti, e le prescrizioni tecniche o qualitative definite dai contratti e/o dal Sistema Qualità ad esso applicabili.

Le non conformità possono riguardare i seguenti aspetti:

- Fornitori di materiali e servizi;
- Materiali presenti nelle strutture (materie prime, attrezzature, ecc.);
- Attività costituenti i servizi agli Utenti
- Aspetti disciplinari riguardanti gli operatori;

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 8 – MISURAZIONI ANALISI E MIGLIORAMENTO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

- Sistema di Gestione per la Qualità;

La procedura **PRQ 08 – Gestione delle Non Conformità**, che regola le attività e le responsabilità sopra descritte, prevede e descrive le seguenti fasi:

- Rilevazione delle Non Conformità (compresi i reclami);
- Analisi della NC ed individuazione delle azioni correttive/preventive;
- Trattamento della Non Conformità;
- Archiviazione delle registrazioni;

Quando previsto, al Cliente e/o al Committente può venire notificato il rapporto di non conformità riscontrata e della soluzione intrapresa per ottenerne la risoluzione.

## 8.4 ANALISI DEI DATI

La Fondazione ha implementato e mantiene attiva la procedura **PRQ 10 – Analisi dei dati e tecniche statistiche**, al fine di valutare le informazioni di ritorno sull'andamento del Sistema di Gestione per la Qualità e sull'efficacia dei processi, per proporre eventuali azioni di miglioramento o correttive. La procedura prevede la trattazione delle seguenti tipologie di dati, fornendo per ciascuna la metodologia per l'analisi e la valutazione:

ANALISI DEI DATI	
TIPOLOGIA DATI	STRUMENTO UTILIZZATO
Soddisfazione dell'utente	Questionari di gradimento del servizio Reclami
Soddisfazione Dipendente	Questionari di valutazione del Dipendente
Andamento del servizio	Analisi degli indicatori Valutazione audit interni Valutazione degli operatori Non Conformità Richieste di azioni preventive/correttive
Gestione delle Risorse	Analisi degli indicatori
Valutazione dei Fornitori	Analisi degli indicatori

I risultati dell'analisi dei dati vengono presentati e discussi nel corso dei Riesami da parte della Direzione e vengono successivamente diffusi a tutti i livelli aziendali.

## 8.5 MIGLIORAMENTO

### 8.5.1 MIGLIORAMENTO CONTINUO

Per poter attuare una politica di miglioramento continuo, l'azienda deve raccogliere correttamente le informazioni e i dati ed essere capace, attraverso la valutazione di questi, di individuare le cause delle non conformità, dei malfunzionamenti, delle inefficienze, delle difettosità, ecc...

L'azienda, quindi, deve progettare ed attuare interventi necessari ad eliminare le cause delle non conformità e/o malfunzionamenti verificatisi ed a prevenire il verificarsi di difettosità e/o inefficienze.

### 8.5.2 AZIONI CORRETTIVE

L'obiettivo delle attività relative alle azioni correttive è quello di individuare, analizzare, valutare e correggere le non conformità o altre situazioni indesiderabili verificatesi e pregiudizievoli per la qualità delle opere realizzate, al fine di prevenirne l'eventuale ripetersi.

	MANUALE DELLA QUALITA'	SEZ. 8 – MISURAZIONI ANALISI E MIGLIORAMENTO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

La necessità di un'azione correttiva (AC) nasce in seguito all'individuazione e all'analisi di una non conformità (NC), rilevata in fase di Audit Interno o esterno e in generale, ogni volta che si vengono a determinare e a individuare delle aree o degli elementi del SGQ che presentano aspetti di NC da eliminare.

Qualora l'azione correttiva comporti impegni straordinari di risorse, RSGQ chiede l'approvazione della DE.

Il RSGQ esamina le NC riscontrate e relative all'erogazione dei servizi, ai controlli e ad eventuali reclami giunti, riconducibili a cause imputabili internamente.

Se individua NC ripetitive o altri elementi contrastanti con la qualità del servizio erogato, richiede le AC sul SGQ, come descritto nella procedura **PRQ 09 – Azioni Correttive e Preventive**.

Le AC necessarie possono andare dall'addestramento del personale, alla revisione di un documento carente, all'acquisto di una nuova attrezzatura, ecc.; a completamento delle AC il RSGQ verifica l'attuazione, l'efficacia e l'efficienza delle medesime.

Le AC richiedono sempre la registrazione dell'azione richiesta, della causa e della verifica della loro efficacia.

### 8.5.3 AZIONI PREVENTIVE

La necessità di un'azione preventiva (AP) nasce dalla valutazione di informazioni e osservazioni, che non si possono considerare carenze, bensì indicatori per lo svolgimento di indagini e conseguenti attività al fine del continuo miglioramento del SGQ.

Le informazioni/osservazioni possono nascere nell'ambito delle attività di lavoro e di processo, dalle verifiche ispettive, dalla valutazione dei documenti di registrazione della qualità, dai contatti con Clienti e dalle informazioni di ritorno ricevute dagli stessi.

Le Azioni Preventive sono portate all'attenzione della DE, che generalmente, le analizza affinché possa dare la propria approvazione per l'attuazione. La DE definisce inoltre il gruppo di lavoro e il suo coordinatore, cui viene assegnata la responsabilità della pianificazione, attuazione e registrazione delle attività nei tempi stabiliti.

In sede di riesame La DE esamina il Registro delle NC, i reclami, le informazioni provenienti dai Pazienti/Utenti e i rapporti di audit interni per valutare se sussistono delle carenze qualitative che necessitino di una AP.

Tutto il processo è descritto nella procedura **PQR 09 – Azioni Correttive e Preventive**.

#### DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

<i>PRQ 07</i>	<i>Verifiche ispettive interne</i>
<i>PRQ 08</i>	<i>Gestione delle Non Conformità</i>
<i>PRQ 09</i>	<i>Azioni Correttive e Preventive</i>
<i>PRQ 10</i>	<i>Analisi dei dati</i>

	ALLEGATO 1	POLITICA PER LA QUALITA'	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## DICHIARAZIONE DI POLITICA PER LA QUALITA'

La **Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus** di San Giovanni Rotondo (FG) è un Ente che opera, dal 1971, nel settore della riabilitazione extraospedaliera privata, istituzionalmente accreditato per l'erogazione di prestazioni sanitarie riabilitative a ciclo continuativo, ambulatoriali, domiciliari ed extramurali (nella provincia di Foggia) e socio-sanitarie assistenziali residenziali nel Comune di Isernia. A tal fine e per perseguire gli obiettivi e le finalità proprie la Fondazione vuole:

- Assicurare, con continuità, l'offerta di servizi riabilitativi a ciclo continuativo;
- Soddisfare in maniera prioritaria le esigenze dei propri utenti;
- Mantenere una posizione di leadership all'interno del proprio settore di attività;
- Incrementare gli investimenti per l'ammodernamento delle attrezzature;
- Identificare nuovi servizi da poter offrire ai propri clienti;
- Migliorare le condizioni morali e materiali dei soci e delle famiglie, impegnandosi ad assicurare almeno le attuali condizioni occupazionali;
- Adeguare le proprie strutture alle normative vigenti relative alla sicurezza ed all'ambiente.

La Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus, attraverso l'applicazione di un Sistema di Gestione orientato ai requisiti delle norme UNI EN ISO 9001, punta ad affinare le capacità di risposta della stessa nei confronti del mercato, sia in termini di competenza tecnica che di affidabilità, garantendo che il servizio erogato risulti pienamente soddisfacente per gli utenti e tutte le parti interessate e poggi su solide basi di professionalità.

A tal fine la Direzione si impegna a:

- Promuovere il massimo coinvolgimento di tutto il personale nella gestione efficace ed efficiente del Sistema di Gestione per la Qualità;
- Rispettare le normative nazionali ed internazionali in vigore, con particolare riferimento a quelle relative al settore sanitario;
- Qualificare e valutare periodicamente i propri fornitori;
- Pianificare e controllare le attività, con riguardo a tutte le parti interessate;
- Procedere al riesame periodico di quanto stabilito dalla presente politica e dei dati rilevati, promuovendo nuove iniziative, in una logica di miglioramento continuo del proprio Sistema di Gestione per la Qualità;
- Sensibilizzare il personale aziendale al miglioramento continuo in ogni attività;
- Creare corretti canali di informazione, sia all'esterno sia all'interno della Fondazione.
- Realizzare un Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico secondo gli standard della JCI.

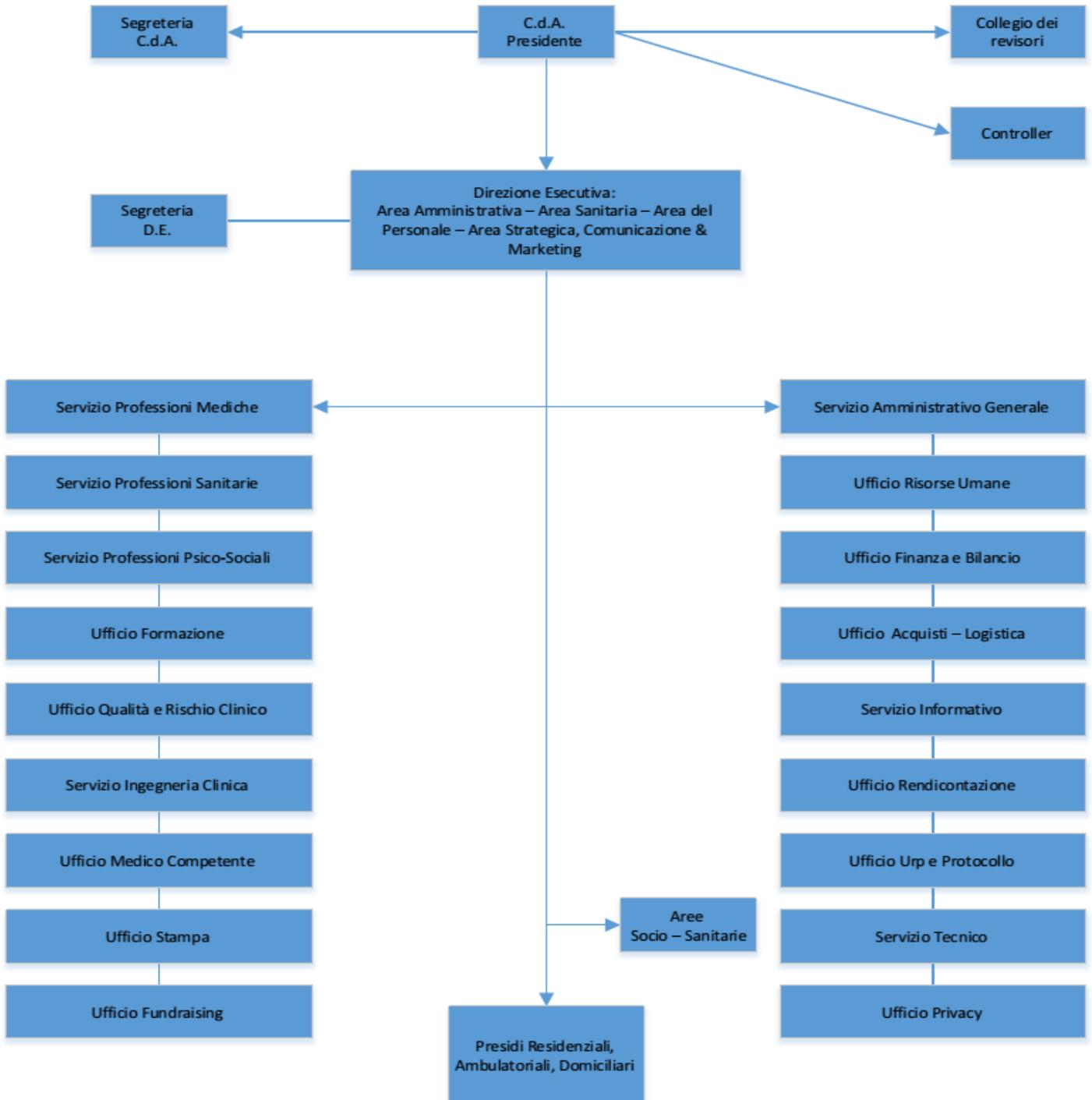
La Fondazione perseguirà e raggiungerà questi obiettivi solo con l'impegno di tutti, è indispensabile pertanto che tutti coloro che operano all'interno di essa aderiscano allo spirito e alle modalità operative della presente politica per la qualità al fine di conseguire i risultati che ci auspichiamo in termini di efficienza, soddisfazione dell'utenza e delle parti interessate.

Il Presidente della Fondazione

Fr. Francesco Colacelli OFM Cap

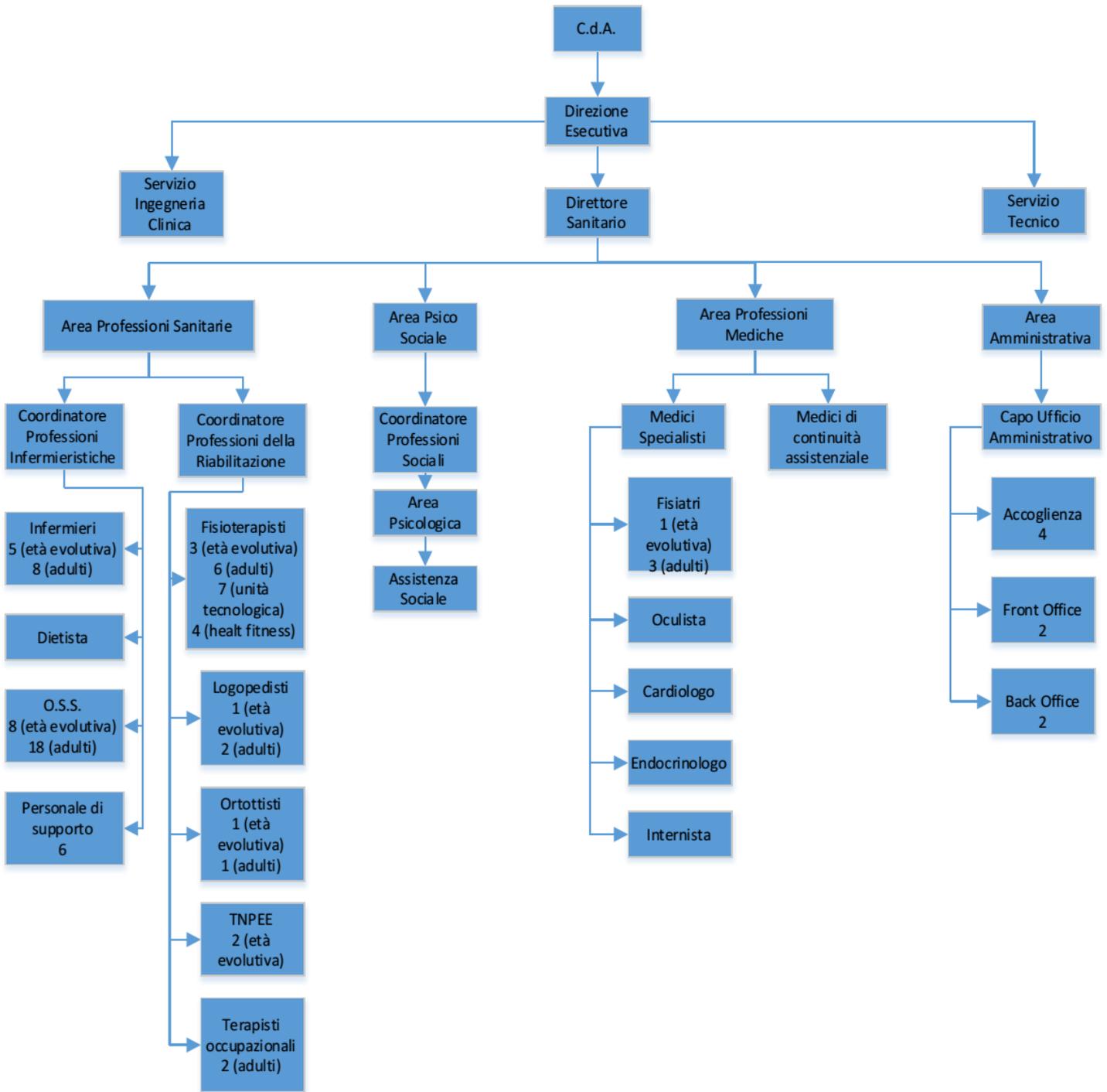
	ALLEGATO 2	ORGANIGRAMMA – MANSIONARIO – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## ORGANIGRAMMA FONDAZIONE CENTRI DI RIABILITAZIONE “PADRE PIO ONLUS”



	ALLEGATO 2	ORGANIGRAMMA – MANSIONARIO – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## ORGANIGRAMMA PRESIDIO RESIDENZIALE “GLI ANGELI DI PADRE PIO”



	<b>ALLEGATO 2</b>	<b>ORGANIGRAMMA – MANSIONARIO – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

# MANSIONARIO

## Indice

1.	Presidente	
2.	Consiglio di Amministrazione	
	2.1 Segreteria C.d.A.	
3.	Comitato Scientifico	
4.	Controller	
5.	Collegio dei revisori	
6.	Direzione esecutiva	
	6.1 Segreteria D.E.	
7.	Direzione area Amministrativa	
	7.1 Servizio amministrativo generale	
	7.2 Ufficio finanza e bilancio	
	7.3 Ufficio Acquisti e Logistica	
	7.4 Servizio Informativo	
	7.5 Servizio Tecnico	
8.	Direzione area del Personale	
	8.1 Ufficio Formazione	
	8.2 Ufficio Risorse Umane	
	8.3 Ufficio Urp e Protocollo	
9.	Direzione area Strategica, Comunicazione & Marketing	
	9.1 Ufficio Privacy	
	9.2 Ufficio Stampa	
	9.3 Ufficio Rendicontazione	
	9.4 Ufficio Fundraising	
10.	Direzione area sanitaria	
	10.1 Servizio Professioni Mediche	
	10.2 Servizio Professioni Sanitarie	
	10.3 Servizio Professioni Psico-sociali	
	10.4 Ufficio Ingegneria Clinica	
	10.5 Ufficio Qualità e Rischio Clinico	
	10.6 Ufficio Medico Competente	

	<b>ALLEGATO 2</b>	<b>ORGANIGRAMMA – MANSIONARIO – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## 1. Presidente

Il Presidente ha la rappresentanza legale della Fondazione. Resta in carica per tre anni ed è rieleggibile.

Viene eletto tra i membri del CDA dal Definitorio della Provincia di Foggia dei Frati Minori Cappuccini.

Il Presidente:

- a) Convoca e presiede il Consiglio di Amministrazione;
- b) Sovrintende l'esecuzione delle delibere;
- c) Svolge un'azione di vigilanza, coordinamento e indirizzo sulle attività della Fondazione;
- d) Esercita attività di ordinaria amministrazione delegate in via generale dal C.d.A.;
- e) Svolge funzioni straordinarie, delegate ad hoc dal C.d.A.;
- f) Può adottare provvedimenti di emergenza in vece del C.d.A.

## 2. Consiglio di amministrazione

Il consiglio di amministrazione della Fondazione determina le linee strategiche di conduzione della Fondazione e attua le decisioni di impiego delle risorse dell'Ente. E' formato da 5 membri di cui almeno 3 scelti tra confratelli della Provincia di Foggia dei Frati Minori Cappuccini, che restano in carica per 3 anni. I membri sono scelti tra i frati cappuccini e possono essere riconfermati senza interruzione.

Il C.d.A.:

- a) E' responsabile dell'organizzazione dell'attività e del controllo dei risultati;
- b) Ha potestà esclusiva in merito alla gestione del personale dipendente.
- c) Approva il bilancio preventivo e consuntivo redigendo relazione morale e finanziaria
- d) Delibera le modifiche allo statuto
- e) Gestione del patrimonio
- f) Nomina RS, DS e Responsabile di Servizio o Settore

### 2.1 Segreteria C.d.A.

La funzione di Segretaria del Consiglio di Amministrazione è svolta dal Responsabile Area Amministrativa. E' incaricato dal C.d.A. della stesura e della tenuta dei verbali di riunione del Consiglio di Amministrazione.

## 3. Comitato Scientifico

E' un organo esterno. Viene eletto dal C.d.A. per i presidi riconosciuti.

## 4. Controller

E' un organo esterno. Il C.d.A., per il controllo di gestione delle risorse, nomina da uno a tre professionisti di comprovata esperienza e capacità nel ruolo. Per l'accesso al ruolo di controller bisogna essere in possesso del titolo di Dottore Commercialista.

	<b>ALLEGATO 2</b>	<b>ORGANIGRAMMA – MANSIONARIO – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## 5. Collegio dei Revisori

Il Collegio dei revisori è composto da tre membri effettivi e due supplenti. Tutti vengono nominati dalla Provincia di Foggia dei Frati minori Cappuccini, che ne individua anche il Presidente e il suo supplente. L'incarico ha durata triennale e possono essere riconfermati. Il Presidente provvede alla convocazione del collegio, ne dirige le riunioni ed assume ogni utile iniziativa per il funzionamento del collegio.

Il Collegio dei Revisori:

- a) Vigila sulla regolarità amministrativa e contabile;
- b) Accerta con cadenza almeno trimestrale la consistenza di cassa;
- c) Vigila sulla gestione economica;
- d) Può formulare osservazioni e proposte al C.d.A. ed esprimere pareri su specifici quesiti rientranti nei propri compiti;
- e) Esamina e valuta il bilancio.

## 6. Direzione Esecutiva

Deve avere i seguenti requisiti (Regolamento Regione Puglia 3/2010):

- Diploma di LM
- Esperienza quinquennale di direzione sanitaria, tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale delle RU, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la nomina.

La Direzione esecutiva è un organo propositivo ed esecutivo delle decisioni del C.d.A. della Fondazione. Essa si compone dei Direttori delle quattro aree operative della Fondazione: Amministrativa, Sanitaria, del Personale, Strategica – Comunicazione & Marketing.

I dirigenti che compongono la Direzione Esecutiva, scelti tra i professionisti, interni o esterni, in possesso di adeguate competenze e comprovati requisiti di professionalità nel management sanitario:

- a) Assicurano la realizzazione degli obiettivi stabiliti dagli organi della Fondazione sovrintendendo all'esecuzione dei consequenziali adempimenti di competenza dei Presidi/Servizi;
- b) Coadiuvano il Presidente nella direzione generale della Fondazione;
- c) Partecipano alle riunioni del C.d.A. con funzioni consultive, avvalendosi quando necessario della collaborazione dei responsabili degli Uffici/Servizi in staff;
- d) Possono su indicazione del C.d.A. prendere decisioni circa la normale attività operativa, che saranno poi ratificate in sede di Consiglio di Amministrazione;
- e) Possono esercitare ogni altra funzione attribuitagli dal Presidente del C.d.A.

I dirigenti devono essere in possesso di Laurea Magistrale o equipollente e curriculum vitae e formativo-professionale che attesti capacità ed esperienza pregressa di direzione delle strutture sanitarie.

Sono tutti collocati sullo stesso livello gerarchico e durano in carica fino a nomina/sostituzione da parte dello stesso organo di governo della Fondazione.

### 6.1 Segreteria Direzione Esecutiva

La Segreteria D.E. è incaricata dal C.d.A. allo svolgimento dei seguenti compiti:

- a) Stesura e tenuta dei verbali di riunione della Direzione Esecutiva;

	<b>ALLEGATO 2</b>	<b>ORGANIGRAMMA – MANSIONARIO – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- b) Organizzazione delle attività e dei rapporti con altre articolazioni aziendali;
- c) Supporta la Direzione Esecutiva nei rapporti con gli organi istituzionali;
- d) Facilita e promuove le relazioni tra Servizi/Uffici.

## 7. Direzione area Amministrativa

Deve avere i seguenti requisiti (Regolamento Regione Puglia 3/2010):

- Diploma di LM
- Esperienza quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale delle RU, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la nomina.

### 7.1 Responsabile dei Servizi Amministrativi

Il Responsabile dei Servizi Amministrativi è scelto tra persone in possesso di adeguate competenze e comprovati requisiti di professionalità in materie giuridiche ed economico-aziendali con particolare riferimento al campo dell'assistenza sanitaria. Le sue attribuzioni e competenze sono quelle previste per legge.

Il Responsabile:

- a) Svolge funzioni di segretario del C.d.A.;
- b) Partecipa alle riunioni del Consiglio con funzioni consultive, avvalendosi della collaborazione dei responsabili dei servizi;
- c) Cura le Verbalizzazioni del C.d.A.

### 7.2 Ufficio finanza e bilancio

Il Responsabile dell'Ufficio deve essere in possesso della Laurea Specialistica in economia e commercio o titolo equipollente.

Il personale dell'Ufficio Finanza e Bilancio deve:

- a) Predisporre le procedure amministrative, contabili e fiscali;
- b) Predisporre il bilancio di esercizio nel rispetto delle norme contabili, civilistiche e fiscali;
- c) Applicare i principi di contabilità generale e fiscale dell'Ente;
- d) Compilare i bilanci infrannuali per verificare eventuali anomalie gestionali e scostamenti delle previsioni.

### 7.3 Ufficio Acquisti e Logistica

Il Responsabile dell'Ufficio deve essere in possesso di:

- Laurea Specialistica in economia e commercio o titolo equipollente e/o
- Diploma di ragioneria con esperienza pregressa nel settore.

	<b>ALLEGATO 2</b>	<b>ORGANIGRAMMA – MANSIONARIO – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Il personale dell'ufficio deve:

- a) Ottimizzare la liquidità dell'Ente, attraverso la richiesta dei vari preventivi prima di affrontare una spesa;
- b) Interfacciarsi con i vari fornitori per tutto il processo di acquisto;
- c) Prevedere l'ammontare economico dell'Ente in entrata ed in uscita;
- d) Controllare il flusso monetario;
- e) Raccogliere le varie esigenze provenienti dal territorio;
- f) Evadere le varie richieste dei fabbisogni;
- g) Coordinare la gestione della corrispondenza in uscita;
- h) Programmare la manutenzione ordinaria e straordinaria dei vari presidi contestualmente con le altre figure professionali di riferimento (Ingegnere – Architetto).

#### 7.4 Servizi Informativi

Il Responsabile dell'Ufficio deve essere in possesso di Diploma e Certificazione di Operatore della Sanità Digitale.

Il Responsabile dei Servizi Informativi deve supervisionare e curare le attività di:

- a) Raccolta e verifica della qualità e diffusione dei dati;
- b) Gestire, predisporre ed inviare alla Regione e/o ai competenti Ministeri gli specifici flussi informativi richiesti ovvero previsti da norme e regolamenti;
- c) Sostanziare e ridefinire le politiche aziendali;
- d) Fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, con particolare riferimento alla elaborazione dei dati necessari alla produzione degli indicatori previsti per le attività di verifica e miglioramento della qualità;
- e) Verificare che la struttura informativa dell'Ente sia adeguata a quanto previsto dal Documento di Indirizzo sul Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità approvato dalla Regione Puglia.

#### 7.5 Servizio Tecnico

Il RSPP deve essere in possesso di una Laurea nelle classi previste dal D.Lgs. 81/2008 o Diploma di Scuola superiore unitamente a specifico Corso di Formazione.

Il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione:

- a) Supporta la Direzione Esecutiva ad adempiere alle disposizioni della normativa in vigore, riguardante il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro;
- b) E' responsabile di quanto previsto dal R.R. n.3/2010, Sez. A punti A.01.05 (dal 01 al 17 compreso);
- c) Provvede all'individuazione dei fattori di rischio, alla valutazione dei rischi e all'individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale;
- d) Elabora, per quanto di competenza, le misure preventive e protettive previste dal D.Lgs. 81/2008 e i sistemi di controllo di tali misure;
- e) Elabora le procedure di sicurezza per le varie attività aziendali;
- f) Propone i programmi di informazione e formazione dei lavoratori;
- g) Partecipa alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica come previsto dalla normativa vigente;
- h) Fornisce ai lavoratori le informazioni prevista dalla norma.

	<b>ALLEGATO 2</b>	<b>ORGANIGRAMMA – MANSIONARIO – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## 8 Direzione area del Personale

### 8.1 Ufficio Risorse Umane

Il responsabile dell'ufficio deve essere in possesso Laurea Magistrale.

Il Responsabile delle Risorse Umane in base a quanto stabilito dalla Direzione, si assicura che il fabbisogno di personale sia garantito:

- a) In termini numerici per ciascuna professione o qualifica professionale nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente;
- b) Per posizione funzionale;
- c) Per qualifica;
- d) Per limiti di età e condizione di compatibilità corrispondenti a quelli previsti per il personale dipendente della Azienda Sanitarie ed Enti Pubblici del Servizio Sanitari;
- e) Nel rispetto del principio di congruità in relazione al volume, tipologia e complessità delle prestazioni erogate dalle strutture, secondo i criteri specificati dalle normative regionali.

Inoltre si accerta che:

- a) Tutti i ruoli e le posizioni funzionali siano ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente;
- b) Le prestazioni sanitarie siano erogate nel rispetto della competenze riconosciute dalla normativa vigente;
- c) I medici e i dirigenti del ruolo sanitario siano in possesso della specializzazione o dei requisiti previsti dalla vigente normativa per l'esercizio della branca specifica;

### 8.2 Ufficio Formazione

Il Responsabile dell'Ufficio deve essere in possesso Laurea Magistrale.

L'Ufficio Formazione provvede a:

- a) Predisporre un piano di formazione-aggiornamento del personale a valenza annuale;
- b) Normalizzare le modalità per favorire l'inserimento del personale di nuova acquisizione;
- c) Redigere una relazione annuale con l'individuazione dei soggetti coinvolti nell'attività di formazione;
- d) Predisporre, nei presidi ove si svolgono attività didattiche e di tirocinio, la documentazione circa gli obiettivi didattici, la supervisione allievi, i metodi di valutazione e gli eventuali accordi con scuole/università;
- e) Predisporre fascicoli individuali attraverso i quali sia documentabile l'attività di formazione/aggiornamento permanente del personale;
- f) Conservare la documentazione per la consultazione/divulgazione di tutti i percorsi formativi o di aggiornamento realizzati in sede esterna all'azienda;
- g) Documentare il preventivo aggiornamento del personale interessato all'applicazione in caso di acquisto di nuove tecnologie o introduzione di metodiche innovative.
- h) Verifica acquisizione crediti ECM.

	<b>ALLEGATO 2</b>	<b>ORGANIGRAMMA – MANSIONARIO – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 8.3 Ufficio Urp e Protocollo

Il Responsabile dell'Ufficio Protocollo deve essere in possesso di Laurea Magistrale.

L'Ufficio protocollo ha la responsabilità del trattamento sotto il profilo giuridico e gestionale di tutte le scritture e i documenti in entrata e uscita dall'organizzazione. Il Responsabile è coadiuvato nell'attività operativa dagli addetti assegnati all'ufficio.

## 9 Direzione area Strategica, Comunicazione & Marketing

### 9.1 Ufficio Privacy

Il Responsabile dell'Ufficio deve essere in possesso Laurea Magistrale.

Il responsabile dell'ufficio, si accerta che il trattamento dei dati avvenga secondo quanto prescritto dal **REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

### 9.2 Ufficio Stampa

Il Responsabile dell'Ufficio deve essere iscritto all'ordine dei giornalisti.

L'Ufficio Stampa e la struttura giornalistica della Fondazione, preposta all'informazione tale struttura:

- a) Cura i rapporti con gli organi dell'informazione scritta, radiofonica e televisiva, assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni sulle materie di competenza dell'Ente;
- b) Redige i comunicati stampa;
- c) Organizza le conferenze stampa;
- d) Allestisce una rassegna stampa quotidiana;
- e) Cura il periodico trimestrale di informazione aziendale "CentrInforma" ed il sito web aziendale;
- f) Supervisiona il materiale da pubblicare sulle pagine facebook e YouTube.

### 9.3 Ufficio Rendicontazione

Il Responsabile dell'Ufficio deve essere in possesso Laurea Magistrale..

Questo Ufficio predispose le contabilità mensili e trimestrali da inviare alle AASSLL, elabora i dati relativi alle prestazioni effettuate sui pazienti suddividendole per tipologie con conseguente determinazione del credito nei confronti della AASSLL. Predispose le statistiche inerenti tutte le attività della Fondazione.

### 9.4 Ufficio Fundraising

Il Responsabile dell'Ufficio deve essere in possesso Diploma di scuola secondaria superiore e di esperienza pregressa nel settore. Inoltre il Fundraiser deve avere attitudine professionale positiva, dimostrare impegno sul lavoro, senso di responsabilità, affidabilità, spirito d'iniziativa, accuratezza del lavoro, flessibilità, disponibilità, motivazione, rispetto dei valori e delle regole dell'organizzazione, capacità di usare le tecnologie, di proporre idee innovative, di riconoscere le priorità, di lavorare in team, di lavorare sotto pressione e di rispettare le scadenze. Capacità di pianificare e organizzare il lavoro, accountability verso il servizio di riferimento e la Direzione Esecutiva.

	<b>ALLEGATO 2</b>	<b>ORGANIGRAMMA – MANSIONARIO – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Gli obiettivi specifici che l'Ufficio dovrà perseguire sono:

- a) Incrementare il numero dei donatori;
- b) Incrementare l'ammontare donato;
- c) Consolidare un rapporto duraturo e continuo con i donatori;
- d) Mantenere un rapporto costi/benefici efficiente ed efficace;
- e) Orientare gli investimenti;
- f) Incrementare la visibilità e la conoscenza della Fondazione;

Dovrà inoltre rispettare i seguenti compiti specifici:

- a) Identificare, di anno in anno e in accordo con il Servizio di Riferimento e la Direzione Esecutiva le azioni da compiere per la raccolta fondi;
- b) Definire gli obiettivi ed elaborare le strategie ed i piani operativi della raccolta fondi;
- c) Coordinare le principali attività di raccolta fondi;
- d) Accrescere le potenzialità comunicative dell'organizzazione per la raccolta fondi.

## **10 Direzione area Sanitaria**

### **10.1 Servizio Professioni Mediche**

Il Responsabile del Servizio delle Professioni Mediche deve essere in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia e della specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitativa.

Ha il compito di coordinare i responsabili sanitari e tutte le attività di loro competenza (gestionale e clinica). Il Responsabile Servizio Professioni Mediche di concerto con il Responsabile delle Risorse Umane e con i Responsabili Sanitari dei Presidi, definisce e comunica alla direzione il fabbisogno di personale sanitario medico. Assicura inoltre, la qualità delle prestazioni erogate e il raggiungimento degli obiettivi di "produttività" stabiliti dalla Direzione Esecutiva.

### **10.2 Servizio Professioni Sanitarie**

Il Responsabile delle Professioni Sanitarie deve essere in possesso della Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative e del Master in Coordinamento delle Professioni Sanitarie.

Dirige e coordina i Coordinatori di area Sanitaria e tutte le attività di loro competenza gestionale e clinica. Di concerto con il Responsabile delle Risorse Umane e con i Responsabili Sanitari dei Presidi, definisce e comunica alla Direzione Aziendale il fabbisogno di personale sanitario non medico. Assicura inoltre, la qualità delle prestazioni erogate e il raggiungimento degli obiettivi di "produttività" stabiliti dalla Direzione Esecutiva.

### **10.3 Servizio Professioni Psico-Sociali**

Il Responsabile delle Professioni Psico-sociali deve essere in possesso della Laurea Magistrale in Psicologia o Sociologia.

Di concerto con il Responsabile delle Risorse Umane e con i Responsabili Sanitari dei Presidi, definisce e comunica alla Direzione Esecutiva il fabbisogno di personale di area psicologica e sociale. Si assicura

	<b>ALLEGATO 2</b>	<b>ORGANIGRAMMA – MANSIONARIO – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

inoltre, che per le prestazioni erogate da detto personale, vengano impiegate metodologie e tecniche riconosciute da Associazioni Scientifiche. Il Responsabile monitora costantemente la qualità delle prestazioni erogate e il raggiungimento degli obiettivi di "produttività" stabiliti dalla Direzione Esecutiva.

#### **10.4 Servizio Ingegneria Clinica**

Il Responsabile dell'Ufficio, preferibilmente un laureato magistrale in Ingegneria Biomedica, ha il compito di sovrintendere a tutte le attività connesse alla gestione della apparecchiature biomediche.

L'Ingegnere Biomedico dovrà:

- a) Prevedere specifiche procedure di programmazione degli acquisti delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici che devono tenere conto dell'obsolescenza, dell'adeguamento alle norme tecniche, della eventuale disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria;
- b) Predisporre un parere tecnico-sanitario documentato e coerente con l'acquisto;
- c) Adottare un inventario della apparecchiature in dotazione;
- d) Normalizzare, nel rispetto delle direttive aziendali e della normativa vigente, le procedure di: Manutenzione Ordinaria e Manutenzione Straordinaria, documentando un piano per ciascuna apparecchiatura;
- e) Assicurarsi che la documentazione tecnica di ogni apparecchiatura sia a corredo dello strumento per una pronta consultazione;
- f) Predisporre un rapporto dettagliato e documentato di tutti gli interventi tecnici e di manutenzione;
- g) Creare una cartella per ogni apparecchiatura, riportante i dati significativi relativi ad ogni intervento di manutenzione subito;
- h) Predisporre un programma di aggiornamento del personale medico e non medico sull'utilizzo sicuro e appropriato delle apparecchiature;
- i) Effettuare il collaudo tecnico di sicurezza ad ogni nuova acquisizione di apparecchi biomedici.

#### **10.5 Ufficio Qualità e Rischio Clinico**

Il Responsabile dell'Ufficio deve essere in possesso Laurea Medicina con specializzazione in Igiene, Medicina Legale ovvero Professionista dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Come previsto dalla normativa Regionale, l'Ufficio presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità. Si accerta che in tutti i presidi siano attivati programmi di valutazione e miglioramento delle attività nelle aree:

- a) Buon uso del sangue, degli emocomponenti ed emoderivati;
- b) Infezioni nosocomiali;
- c) Razionale utilizzazione dei farmaci;
- d) Monitoraggio degli eventi indesiderati;
- e) Gestione del rischio clinico, con l'adozione di procedure per:
  - Elaborare, monitorare e valutare piani per la sicurezza dei pazienti, in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali;
  - Identificare, segnalare, monitorare ed analizzare gli eventi avversi e porre in atto le relative azioni correttive;
  - Implementare raccomandazioni, linee-guida, buone pratiche per la prevenzione degli eventi avversi;

	<b>ALLEGATO 2</b>	<b>ORGANIGRAMMA – MANSIONARIO – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- f) Appropriatelyzza nell'uso delle risorse;
- g) Prevenzione dei processi di cronicità delle patologie;
- h) Integrazione dei servizi;
- i) Accessibilità delle prestazioni;
- j) Appropriatelyzza delle indagini;

Devono essere predisposti documenti per lo svolgimento di attività di supporto tecnico-amministrativo, in particolare:

- a) Criteri e modalità di accesso dell'utente;
- b) Modalità di prelievo, conservazione, trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento;
- c) Modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti e accessori;
- d) Pulizia e sanificazione degli ambienti;
- e) Modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti una attività sanitaria.

All'Ufficio Qualità e Rischio Clinico fa capo il **Responsabile del Sistema Gestione Qualità (RSGQ)**, al quale sono affidate le seguenti mansioni:

- a) Assicurare che il SGQ istituito presso l'azienda e descritto nel Manuale risponda ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008;
- b) Assicurare che il SGQ sia attuato correttamente e che la sua attuazione sia controllata e mantenuta efficacemente;
- c) Mantenere informato il Presidente sull'andamento del SGQ;
- d) Elaborare la documentazione del SGQ in collaborazione con i responsabili delle funzioni aziendali interessate;
- e) Modificare e mantenere aggiornata la documentazione del SGQ;
- f) Assicurare che la documentazione del SGQ, con i relativi aggiornamenti e modifiche, sia rintracciabile e disponibile per tutto il personale;
- g) Raccogliere ed elaborare i dati necessari per la realizzazione del riesame del Sistema da parte della direzione, predisponendo una relazione sullo stato del sistema;
- h) Raccogliere e archiviare i singoli rapporti di non conformità, sottoponendoli alla direzione nel corso del riesame del SGQ e gestire le non conformità di sistema;
- i) Definire le azioni correttive e preventive necessarie a garantire la conformità del SGQ alle norme di riferimento e verificarne l'efficacia;
- j) Redigere il programma annuale degli audit interni, assicurare l'effettiva esecuzione delle verifiche, gestirne in maniera controllata verbali e risultati e sottoporre i risultati in sede di riesame del Sistema;
- k) Definire le esigenze di formazione in materia di implementazione, monitoraggio e miglioramento del SGQ ed elaborare la proposta di piano annuale di formazione del personale in materia di qualità, verificando l'effettiva realizzazione delle azioni formative pianificate;
- l) Gestire i dati provenienti dalle attività di monitoraggio e sorveglianza;
- m) Valuta l'efficacia e l'efficienza del Sistema di Gestione;
- n) Pianifica le principali attività di gestione e di controllo;
- o) Effettua la Qualificazione e monitoraggio dei Fornitori;

## 10.6 Ufficio Medico Competente

Il medico competente deve essere in possesso di uno dei seguenti titoli (previsti dal decreto 81/2008 SEZIONE V art. 38):

	<b>ALLEGATO 2</b>	<b>ORGANIGRAMMA – MANSIONARIO – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- a) specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica;
- b) docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia e igiene del lavoro o in clinica del lavoro;
- c) autorizzazione di cui all'articolo 55 del decreto legislativo 15 agosto 1991, n. 277(N);
- d) specializzazione in igiene e medicina preventiva o in medicina legale;

Svolge i seguenti compiti:

- Sorveglianza sanitaria;
- Accertamenti sanitari preventivi e periodici;
- Istituzione, aggiornamento e custodia, sotto propria responsabilità, per ogni lavoratore soggetto a sorveglianza sanitaria, di una cartella sanitaria e di rischio;
- Informazione ai lavoratori sugli accertamenti sanitari, sulla loro necessità e sui risultati;
- Comunicazione dei risultati anonimi degli accertamenti sanitari al Rappresentante della sicurezza;
- Controllo di sicurezza e salubrità degli ambienti di lavoro, con visite a frequenza di almeno 1 volta all'anno;
- Partecipazione alla riunione annuale di prevenzione e protezione dei rischi;
- Effettuazione di visite mediche su richiesta dei lavoratori solo se giustificate sulla base dei rischi professionali;
- Collaborazione con la DE per attività di formazione e informazione dei lavoratori in tema di sicurezza;

	<b>ALLEGATO 2</b>	<b>ORGANIGRAMMA – MANSIONARIO – MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017	

## MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Il legame delle responsabilità e dei contributi delle funzioni nei confronti delle attività interfunzionali, è descritto nella seguente matrice delle responsabilità:

SEZ. ISO 9001	FUNZIONI AZIENDALI  ATTIVITA'	P	C	R	D	S	S	A	S	S	P	R
		R	d	S	E	G	G	M	A	C	E	S
		S	A	Q		-	-				S	P
		A			A	D	E					
4.2	Requisiti relativi alla documentazione	X	X	X	C	C	C					
5.1	Impegno della Direzione	X	X		X			C	C	C	C	
5.2	Attenzione focalizzata al cliente	X	X	C	C			C	C	C	C	
5.3	Politica per la qualità	X	X	C	C							
5.4	Pianificazione	X	X	C	C			C	C	C	C	
5.5	Responsabilità, autorità e comunicazione	X	X	X	C	C	C	C	C	C	C	
5.6	Riesame della Direzione	X	X	C	C							
6.1	Messa a disposizione delle risorse	X	X		C			C	C	C	C	
6.2	Risorse Umane	C	C	C	X			C	C	C	C	
6.3	Infrastrutture	C	C	C	X							C
6.4	Ambiente di lavoro	C	C	C	X							C
7.1	Pianificazione e realizzazione del servizio	C	C	C	X							
7.2	Processi relativi al cliente	C	C	C	X			C				
7.3	Progettazione e sviluppo	C	C	C	X			C	C	C	C	
7.4	Approvvigionamento	C	C	C	X			C				
7.5	Produzione ed erogazione dei servizi	C	C	X	X			C	C	C	C	
7.6	Tenuta sotto controllo dei dispositivi di monitoraggio e misurazione	C	C	X	C							
8.2	Monitoraggio e misurazioni:											
	- Soddisfazione del cliente	C	C	X	X				C	C		
	- Audit	C	C	X								
	- Controllo processo	C	C	X	X			C	C	C	C	C
	- Controllo servizio	C	C	X	X			C	C	C	C	C
8.3	Tenuta sotto controllo dei prodotti/servizi non conformi	C	C	X	X			C	C	C	C	
8.4	Analisi dei dati	C	C	X	C	C	C					
8.5	Miglioramento	X	X	X	C			C	C	C	C	C

Legenda: Gli acronimi delle funzioni sono gli stessi riportati nel paragrafo 3.3 della sez. 3 del MQ

X = Responsabilità primaria

C = Responsabilità secondaria

	<b>ALLEGATO 3</b>	<b>AGGIORNAMENTI RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## RIFERIMENTI NORMATIVI DEL MANUALE DELLA QUALITA' DELLA FONDAZIONE CENTRI DI RIABILITAZIONE PADRE PIO ONLUS

<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPR 128 DEL 27/03/1969</li> </ul>	Ordinamento interno dei servizi ospedalieri;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 833 DEL 23/12/1978</li> <li>• Circolare Ministeriale della Sanità n. 500 .6 / AG. 1105/1171 del 7-6-1984</li> <li>• DGR. n. 533/88</li> </ul>	Legge di riforma sanitaria; Criteri per l'acquisizione dei dati necessari del costo aggiuntivo per l'anno 1984 dell'assistenza riabilitativa da erogare ex art. 26 legge 833/78, tramite i centri di riabilitazione convenzionati Recepimento standard stabiliti nella circolare ministeriale del 07/06/1984
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPR 285 DEL 10/09/90</li> </ul>	Approvazione del regolamento di polizia mortuaria;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPR 309 DEL 09/10/90</li> </ul>	Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DL 502 / 92 E DL 517 / 93</li> </ul>	Riforma servizio sanitario nazionale;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Art. 14 del d.lgs 502/92</li> <li>• Nota Ministeriale 5340/1994</li> </ul>	Presenza e collaborazione degli organismi di volontariato nelle strutture sanitarie; modalità di tutela del cittadino rispetto ai disservizi;  LG per la riabilitazione
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPCM 27/01/94</li> <li>• DM 15/04/1994 (GU n° 107 /1994)</li> <li>• LG 106/1994</li> </ul>	Principi sull'erogazione dei servizi pubblici;  determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera  Linee guida su residenze assistenziali
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPCM 11/10/94</li> </ul>	Principi per l'istituzione e il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 724 DEL 23/12/94</li> </ul>	Misure di Razionalizzazione della Finanza Pubblica art. 6 commi 5° e 6° Disposizioni in Materia Sanitaria (acquisto di beni e servizi)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circolare del Ministero della Sanità n. 1/1995</li> </ul>	Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DL N° 163 DEL 12/05/1995</li> </ul>	Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPCM 19/05/95</li> </ul>	Schema generale della carta dei servizi pubblici sanitari;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 549 DEL 28/12/95</li> </ul>	art. 1 comma 8°
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 662 DEL 23/12/96</li> <li>• DPR 14/1/97</li> <li>• DCR 244/97</li> <li>• DGR 4457/97</li> </ul>	art. 1 comma 32°  Requisiti minimi per l'esercizio
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DL 22/97 DEL 05/02/1997 E SUCCESSIVI AGG.</li> </ul>	Decreto Ronchi;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DL 46/97 DEL 24/02/97</li> </ul>	Attuazione della Direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici;

	<b>ALLEGATO 3</b>	<b>AGGIORNAMENTI RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 127/97 DEL 15/05/97</li> </ul>	Misure urgenti per lo snellimento delle attività amministrative e dei procedimenti di decisione e di controllo;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 449 DEL 27/12/97</li> </ul>	art 32 comma 8° Interventi di razionalizzazione della spesa
<ul style="list-style-type: none"> <li>• GU serie generale n.124 del 30/05/1998</li> </ul>	Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DL n°419, 30/11/1998</li> <li>• L 448 DEL 23/12/98</li> <li>• DL n° 229, 19/6/1999</li> </ul>	Delega al governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale. Art 72 comma 1° disposizioni per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DLGS 368/99 DEL 17/08/99</li> </ul>	Attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPCM 27/03/2000</li> </ul>	Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del SSN;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LR 28 DEL 22/12/2000</li> </ul>	Art. 25 Prestazioni specialistiche e ospedaliere erogate da soggetti privati provvisoriamente accreditati;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 405 DEL 16/11/2001</li> <li>• DPCM 29/11/2001</li> </ul>	Legge di bilancio; Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria LEA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LR 32 DEL 05/12/2001</li> </ul>	Art. 11 Disposizioni riguardanti le prestazioni sanitarie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L 179/02 DEL 31/07/2002</li> </ul>	Disposizioni in materia ambientale;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DL 196 DEL 30/06/2003</li> </ul>	Codice in materia di protezione dei dati personali;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LR 8 DEL 28/05/2004</li> </ul>	Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LR 14 DEL 04/08/2004</li> </ul>	Art. 17 Assestamento e prima variazioni al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2004
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LR 1 DEL 12/01/2005</li> </ul>	Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2005 e bilancio pluriennale 2005 – 2007 della Regione Puglia;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LR 26 DEL 09/08/2006</li> </ul>	Interventi in materia sanitaria;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DLGS N° 193/07 DEL 6/11/2007</li> </ul>	Attuazione della Direttiva 2004/41/CE relativa ai controlli in materia di sicurezza alimentare e applicazione dei regolamenti comunitari nel medesimo settore;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGR 1400 DEL 03/08/2007</li> <li>• Raccomandazione 8, 2007</li> </ul>	Limiti di remunerazione <a href="#">Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</a>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LR 40 DEL 31/12/2007</li> </ul>	Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2008 e bilancio pluriennale 2008/2010 della Reg. Puglia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DLGS 81/2008</li> </ul>	Testo unico sulla salute e sicurezza sul posto di lavoro;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LR 1 DEL 19/02/2008</li> <li>• Raccomandazione ,2008</li> <li>• Raccomandazione 7, 2008</li> <li>• Raccomandazione 4,2009</li> <li>• Raccomandazione 9, 2009</li> </ul>	Disposizioni integrative e modifiche della LR n. 40/07 <a href="#">Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura</a> Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica <a href="#">Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale</a>  Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali

	<b>ALLEGATO 3</b>	<b>AGGIORNAMENTI RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

<ul style="list-style-type: none"> <li>DM 7/2/2009</li> </ul>	Redazione della consulta ministeriale sulle malattie neuromuscolari
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR 1494 DEL 04/08/2009</li> <li>DL n° 133, 6/8/2008 (GU n° 195, 21/8/2008)</li> </ul>	Conversione in legge, con modificazioni del DL n° 112, 25/6/2008, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria
<ul style="list-style-type: none"> <li>D.M.DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE 17 DICEMBRE 2009</li> </ul>	Istituzione del Sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti, ai sensi dell'articolo 189 del decreto legislativo n. 152 del 2006 e dell'articolo 14-bis del decreto-legge n. 78 del 2009 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 102 del 2009;
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR 2672 DEL 28/12/2009</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Raccomandazione 11,2010</li> </ul>	<a href="#">Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)</a>
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR 728 DEL 15/03/2010</li> <li>DGR 1694 DEL 19/07/2010</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>LR 12 DEL 24/09/2010</li> </ul>	Art. 3 comma 2-3
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR 2185 DEL 11/10/2010</li> <li>DGR 2336 DEL 29/10/2010</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>RR 16 DEL 04/11/2010</li> </ul>	Regolamento regionale dell'Assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi ex art. 26 della l. n. 833/78;
<ul style="list-style-type: none"> <li>LR 2 DEL 09/02/2011</li> </ul>	Appr. Del piano di rientro della regione Puglia 2010/2012
<ul style="list-style-type: none"> <li>DL 10/02/2011</li> <li>Raccomandazione 13, 2011</li> </ul>	Piano di indirizzo per la riabilitazione approvato dalla Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 10/02/2011 <a href="#">Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</a>
<ul style="list-style-type: none"> <li>RR 20 DEL 04/08/2011</li> </ul>	Assistenza Domiciliare;
<ul style="list-style-type: none"> <li>DGR 933/2011</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Quaderno n° 8/2011 del Ministero della salute</li> </ul>	La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali;
<ul style="list-style-type: none"> <li>DL 192 DEL 09/11/2012</li> <li>DL 158 DEL 13/9/2012</li> </ul>	Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231; Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute
<ul style="list-style-type: none"> <li>Raccomandazione 15, 2013</li> <li>DGR 1195 DEL 01/07/2013</li> <li>DGR 1521 DEL 2/08/2013</li> <li>DGR 7/11/2013 n° 2067</li> <li>DGR 7/11/2013, n° 2067</li> <li>DGR 23/6/2014, n° 1310</li> <li>DGR 3/3/2015, n° 381</li> <li>Regolamento 12, 16/4/2015</li> <li>Regolamento 9, 8/7/2016</li> <li>Regolamento 2, 11/2/2016</li> <li>Regolamento UR 679/2016</li> </ul>	<a href="#">Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso</a>  UVARP, protocollo di verifica appropriatezza prestazioni Linee Guida Regionali per l'Autismo Documento Appropriatezza dei ricoveri in Riabilitazione Intensiva principi e criteri per l'attività regionale di verifica della compatibilità al fabbisogno sanitario regionale  Procedure di Incident Reporting  Qualità e formazione  "Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste: fabbisogno, autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio, accreditamento, requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici"  Rete assistenziale territoriale sanitaria e sociosanitaria per i Disturbi dello Spettro Autistico.  Attività libero professionale intramuraria



	PRQ 01	<b>CONTROLLO DEI DOCUMENTI E DELLE REGISTRAZIONI</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## **CONTROLLO DEI DOCUMENTI E DELLE REGISTRAZIONI**

- 1. Scopo**
- 2. Definizioni**
- 3. Applicabilità**
- 4. Responsabilità**
- 5. Documenti di riferimento**
- 6. Gestione dei Moduli e dei Documenti Aziendali**
- 7. Piano di diffusione**

### **Stato e descrizione delle revisioni**

Edizione	Data	Motivo della nuova revisione	Firma RGQ
1 – Rev.00		Prima emissione	
1 – Rev.01		Revisione	

	PRQ 01	<b>CONTROLLO DEI DOCUMENTI E DELLE REGISTRAZIONI</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 1. Scopo

Lo scopo della presente procedura è quello di indicare le modalità di emissione, redazione, approvazione, conservazione, distribuzione ed aggiornamento dei moduli e dei documenti del Sistema Qualità Aziendale.

### 2. Definizioni

La **Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio ONLUS** adotta i seguenti documenti:

- **Modulo** Documento di supporto che può essere su carta, disco magnetico, etc.;
- **Documento** Modulo che riporta i risultati ottenuti o fornisce evidenza delle attività svolte.

### 3. Applicabilità

La presente procedura si applica ai moduli del Sistema Qualità Aziendale ed a tutti i Documenti Aziendali.

### 4. Responsabilità

Le responsabilità di emissione, redazione, approvazione, conservazione e aggiornamento dei documenti del Sistema Qualità sono attribuite al **Responsabile del Sistema di Gestione della Qualità** e se incaricati ai **Responsabili di Funzione** dell'Azienda.

### 5. Documenti di riferimento

**MQ Sez.4.2 e Sez. 4.3**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità.

### 6. Gestione dei Moduli e dei Documenti Aziendali

I documenti aziendali che vengono utilizzati per la realizzazione dei processi aziendali sono raccolti nel modulo **MOD 001 - Elenco dei documenti e moduli e loro stato di revisione** dove sono indicati i **Responsabili di Funzione** che si occupano della loro corretta gestione ed utilizzo.

	PRQ 01	<b>CONTROLLO DEI DOCUMENTI E DELLE REGISTRAZIONI</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

La presente procedura definisce i criteri e le modalità per:

- l'identificazione:  
tutti i documenti del SGQ sono identificati da un codice numerico seguito dal titolo del documento stesso:  
Procedure: PRQ(nr) – Titolo  
Istruzioni di lavoro: ISTR(nr) – Titolo  
Documenti: DGQ(nr) – Titolo  
Moduli: MOD(nr) - Titolo;
- la redazione, la verifica e l'approvazione prima della relativa emissione:  
i documenti relativi al SGQ sono redatti dal RSGQ o dai responsabili di funzione quando incaricati dalla Direzione Esecutiva. Tutti i documenti una volta redatti vengono verificati dal personale incaricato e approvati dalla direzione aziendale. Nell'intestazione di ogni pagina dei documenti del SGQ sono riportate le funzioni incaricate della redazione e dell'approvazione del documento e la data di emissione dello stesso;
- il riesame, l'aggiornamento e la riapprovazione:  
i documenti di sistema possono essere riesaminati, aggiornati e riapprovati quando intervengono modifiche sostanziali al loro contenuto e comunque soltanto dalle funzioni incaricate dalla direzione aziendale;
- l'identificazione delle modifiche e dello stato di edizione e revisione vigente:  
ogni documento del SGQ è provvisto di una tabella delle revisioni e su ogni pagina è riportato il numero di edizione, di revisione e la data di ultima emissione del documento;
- garantire la disponibilità delle versioni aggiornate degli stessi nelle aree aziendali di utilizzazione:  
i documenti del SGQ saranno resi disponibili nelle aree di competenza e sarà cura del RSGQ che a tutte le funzioni aziendali siano sempre trasmessi nell'ultima versione aggiornata;
- garantirne lo stato di conservazione affinché rimangano leggibili ed identificabili:  
è cura del RSGQ tenere aggiornato e in buono stato l'archivio cartaceo dei documenti;
- assicurare l'identificazione e la distribuzione controllata di tutti i documenti di origine esterna ritenuti necessari per la pianificazione e per il funzionamento del SGQ:  
i documenti di origine esterna, dopo essere stati opportunamente protocollati, saranno identificati e distribuiti secondo i criteri previsti dalla presente procedura;

Le modalità di accettazione, distribuzione e conservazione dei documenti sono esplicitate nelle **Procedure di Gestione del Sistema Qualità** e nelle **Istruzioni Operative** di supporto ai processi aziendali.

Le Funzioni Aziendali che detengono gli originali dei Documenti hanno la responsabilità di catalogarli in appositi archivi e di gestire la conservazione degli stessi, avendo cura delle eventuali modifiche;

	<b>PRQ 01</b>	<b>CONTROLLO DEI DOCUMENTI E DELLE REGISTRAZIONI</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

sono, inoltre, responsabili dell'emissione, del controllo e della loro approvazione secondo quanto pianificato dalla Direzione aziendale.

Per prevenire l'uso involontario di Moduli in revisione non vigente, è stato, dunque, predisposto il modulo **MOD 001 – Elenco dei documenti e moduli e loro stato di revisione** conservato nell'Archivio di **RSGQ** nel raccogliatore dei Moduli Aziendali. Il modulo **MOD 001** identifica tutta la modulistica aziendale e ne registra la distribuzione ed i Responsabili di Funzione che devono occupare della loro gestione ed applicazione.

Ogni modulo/documento riporta lo stato di revisione del modulo e del documento a cui lo stesso si riferisce al fine di gestire e controllare lo stato delle registrazioni e di evitare la messa in circolo di documentazione obsoleta. Il documento superato riporta in calce la data dell'ultimo giorno di validità, la firma della Funzione che lo aggiorna ed il motivo.

Tutta la modulistica e tutte le registrazioni saranno opportunamente conservate al fine di mantenere inalterato il loro stato di conservazione.

Le modalità di distruzione dei moduli sarà valutata di volta in volta dai **Responsabili di Funzione** che gestiscono gli appositi archivi a cadenza triennale e sotto autorizzazione della Direzione.

La documentazione di origine esterna (comunicazioni da parte del Cliente, ordini, variazioni contrattuali, ecc., Normative, Leggi) sarà gestita secondo le apposite istruzioni di sistema.

## **7. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**                   Presidente
- **RSGQ**               Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**                    Direzione Esecutiva;
- **UQRC**               Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**               Segreteria CDA;
- **SDE**                 Segreteria DE;
- **SAN**                 Area Sanitaria;
- **AMM**               Area Amministrativa;
- **SCM**               Area Strategica, Comunicazione e Marketing;
- **PERS**               Area del Personale;

	PRQ 01	CONTROLLO DEI DOCUMENTI E DELLE REGISTRAZIONI	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- **DS** Direttore Sanitario;
- **CAI** Coordinatore Area Infermieristica;
- **CAR** Coordinatore Area Riabilitazione;
- **CAS** Coordinatore Area Sociale;
- **COM** Responsabile commerciale;

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.

	PRQ 02	GESTIONE RISORSE UMANE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

---

- 1. Scopo**
- 2. Applicabilità**
- 3. Responsabilità**
- 4. Documenti di riferimento**
- 5. Gestione delle risorse umane**
- 6. Piano di diffusione**

### Stato e descrizione delle revisioni

Edizione	Data	Motivo della nuova revisione	Firma RGQ
1 – Rev.00		Prima emissione	
1 – Rev.01		Revisione	

	PRQ 02	<b>GESTIONE RISORSE UMANE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### **1. Scopo**

Lo scopo della presente procedura è quello di indicare le modalità di azione dell'ufficio risorse umane per sviluppare un'organizzazione orientata alle persone che favorisca la crescita delle risorse umane e il lavoro di gruppo assicurando relazioni lavorative serene con i dipendenti e favorendo il benessere organizzativo. Oltre ad assicurare un collegamento costante tra i vertici dell'azienda e i dipendenti.

### **2. Applicabilità**

La presente procedura si applica alla gestione di tutto il personale della Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus.

### **3. Responsabilità**

Le responsabilità di ricerca e selezione del personale, gestione del rapporto di lavoro, invio dati al consulente paghe, comunicazioni con medico competente/RSPP e tutti gli adempimenti relativi al personale, compresi tirocinanti, liberi professionisti e volontari sono attribuite al Responsabile dell'Ufficio Risorse Umane e agli addetti operanti nell'ambito della stessa funzione.

### **4. Documenti di riferimento**

**MQ Sez.6.2**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità.

### **5. Gestione delle risorse umane**

L'Ufficio Risorse Umane gestisce:

I rapporti interfunzionali interni con

- Vertice dell'azienda (C.d.A. e Presidente);
- La Direzione Esecutiva;
- Con i Responsabili di funzione e di strutture e servizi;
- Con tutti i collaboratori della Fondazione (a tempo determinato, indeterminato, Volontari, Consulenti, Tirocinanti G.G. e Curriculari ecc.);

I rapporti esterni con

- Enti pubblici di controllo (Direzione Territoriale Lavoro);
- Organizzazioni sindacali;
- Consulenti legali e del lavoro;
- Agenzie del lavoro ecc.

	PRQ 02	GESTIONE RISORSE UMANE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Nei rapporti con il vertice collabora per la definizione di politiche relative al personale e ne assicura l'attuazione.

Gestisce inoltre i seguenti processi:

1. Programmazione del fabbisogno previsionale annuo di personale della Fondazione, considerando i flussi del personale in ingresso, la mobilità interna e il personale in uscita. Definisce la quantità e la qualità delle risorse umane da acquisire (quanto personale serve e con quali competenze). In particolare cura la programmazione delle competenze necessarie all'organizzazione per la copertura dei bisogni esplicitati dai responsabili di funzione o di struttura in termini di risorse umane e valuta tali bisogni anche in riferimento a possibili mobilità interne all'organizzazione.
2. Reclutamento, selezione ed inserimento in azienda, supportando i responsabili delle unità operative nelle quali sono previste nuove assunzioni.
3. Gestione delle pratiche amministrative del personale predisponendo il contratto individuale o lettera di assunzione e inserendo il neo-assunto nel sistema amministrativo (per gli aspetti contributivi, fiscali e per l'elaborazione del cedolino paga il processo è stato esternalizzato alla Soc. Coop. TopServices arl).
4. Gestione del rapporto con tutti i dipendenti assicurando un collegamento costante tra i vertici dell'azienda e i dipendenti stessi e al fine di monitorare il grado di coinvolgimento e di impegno delle risorse predisporrà per il 2017 indagini di clima -Valutazione del clima aziendale- quale indicatore della qualità delle relazioni interne: tra collaboratore e management aziendale, tra collaboratore e lavoro che svolge, tra collaboratore e colleghi in azienda.
5. Gestione delle attività legate allo sviluppo delle risorse umane in collaborazione con l'Ufficio Formazione secondo specifici obiettivi aziendali.
6. Gestione monitoraggio e valutazione delle prestazioni del personale inserito: per individuare le competenze e il potenziale delle risorse interne in funzione dell'ottimale impiego delle stesse e del loro futuro sviluppo, per individuare eventuali necessità di formazione o reclutamento di nuovo personale.
7. Definizione iniziative collegate ai temi della salute e della sicurezza in collaborazione con il RSPP e il Medico Competente.
8. Gestione delle relazioni sindacali, negoziando e pervenendo ad accordi con i rappresentanti dei lavoratori, oltre a gestire gli adempimenti previsti per la registrazione delle deleghe, disdette, permessi sindacali e monitoraggio ore assemblee sindacali.
9. Gestione degli archivi del personale. Registrazione e reperimento di documenti relativi al personale. Creazione del fascicolo per ogni collaboratore che racchiude la sua "storia lavorativa" con tutta le informazioni e i documenti ad essa collegati.
10. Gestione fornitura periodica ai dipendenti dell'abbigliamento da lavoro.
11. Gestione del turnover del personale tra servizi e strutture e trasferimenti di sede.
12. Gestione reclami da parte dei dipendenti.
13. Gestione corrispondenza- cartacea e telematica- con redazione atti di carattere ricorrente.
14. Controlla, in base ai dati, l'orario di lavoro effettuato da ogni singolo dipendente, considerando anche le norme aziendali concernenti eventuali elasticità in entrata o in uscita, controlla le ferie, la banca ore, il lavoro supplementare.
15. Si occupa di stilare, in base alle richieste, report e statistiche inerenti al personale.

	PRQ 02	GESTIONE RISORSE UMANE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

L'Ufficio Risorse Umane provvede all'attivazione delle procedure per la gestione del processo aziendale che riguarda l'acquisizione delle risorse, la loro amministrazione, la valutazione e sviluppo.

### RICERCA E SELEZIONE:

La gestione dei curriculum vitae e ricerca di nuovo personale avviene attraverso la catalogazione e archiviazione dei curriculum pervenuti via mail, fax, posta ordinaria, sito internet mediante attraverso un data base aggiornato contenete informazioni sui candidati per facilitare la ricerca: dati anagrafici, grado d'istruzione, esperienze lavorative ecc.

Selezione e colloquio:

- Il responsabile di struttura/servizio/ufficio inoltra richiesta scritta (cartacea o telematica) al Responsabile del personale, contenente i requisiti che deve possedere il candidato e riportando le seguenti informazioni:
  - tipologia di richiesta (nuovo inserimento, tempo determinato/indeterminato, sostituzione ecc);
  - posizione da ricoprire (funzione, posizione e attività);
  - profilo del candidato (titolo di studio, competenze, esperienza);
  - esigenze temporali di assunzione (immediata o con data pianificata).
- L'ufficio del personale ricerca i candidati conformemente a quanto previsto dalla normativa sulla privacy, sulla base del profilo descritto da responsabile del settore interessato, attraverso l'analisi dei curricula che arrivano spontaneamente in azienda, oppure mediante altri canali ritenuti idonei.
- I candidati vengono sottoposti ad uno o più colloqui da parte del Responsabile Risorse umane volto ad accertare che siano in possesso della professionalità o competenza richieste. Generalmente segue secondo colloquio tecnico con personale sanitario.
- La scelta del candidato avviene sulla base delle competenze e qualificazioni.

### GESTIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO DALLA COSTITUZIONE, ALLA TRASFORMAZIONE, ALLA CESSAZIONE:

**ADEMPIMENTI GESTIONE NEOASSUNTI a tempo determinato e indeterminato. Riferimenti e documenti correlati (Regolamento aziendale e CCNL ARIS 5 dicembre 2012)**

L'assunzione del lavoratore viene effettuata con atto scritto come previsto dal D.Lgs 152/97, nel quale si chiede al lavoratore di esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003.

All'atto dell'assunzione il lavoratore è tenuto a presentare i seguenti documenti:

- Codice fiscale;
- Copia carta d'identità o documento equipollente;
- Certificato cumulativo di nascita, cittadinanza e residenza;

	<b>PRQ 02</b>	<b>GESTIONE RISORSE UMANE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- Copia Titolo di studio o professionale in copia autentica (diploma, certificato di abilitazione, ecc.) in relazione alla qualifica;
- n.1 foto in formato digitale;
- Certificato Casellario giudiziale;
- Certificato Carichi pendenti.

Nei casi previsti dalla legge le suddette certificazioni possono essere sostituite da autocertificazioni del lavoratore. Al lavoratore vengono consegnati:

- il badge con lettera di consegna badge e inserimento dati nel net time (software rilevazione presenze);
- il cartellino identificativo;
- divisa e calzature antiscivolo se previste;
- informativa sui rischi per la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del D.Lgs 81/2008

**INVIO I DATI AL CONSULENTE DELLE PAGHE** per le comunicazioni al Centro per l'impiego – UNILAV- e aggiornamento anagrafica programma paghe.

**INVIO COMUNICAZIONE al Medico Competente e al RSPP** dei nuovi assunti con specificazione delle mansioni per gli adempimenti previsti dal D.Lgs 81/2008

#### GESTIONE DELLE PRESENZE:

Alla fine di ogni mese, i responsabili di tutti gli uffici invieranno all'ufficio amministrativo i prospetti delle presenze del personale. Sarà quindi predisposto un foglio elettronico per le presenze del mese in oggetto, verificandone la funzionalità. Successivamente saranno inseriti i dati di tutto il personale e sarà elaborato un prospetto totale delle presenze, inoltre sarà elaborato un prospetto delle ore lavorate nel mese per il personale turnista.

I prospetti saranno inviati successivamente all'ufficio risorse umane che avrà il compito di verificare e correggere eventuali incongruenze tra le presenze e i giustificativi.

#### ALTRI ADEMPIMENTI RELATIVI AL PERSONALE:

Dimissioni volontarie, licenziamenti e trasferimenti del personale.

Proroghe contratti a termine

Trasformazioni rapporto di lavoro a part-time o a full-time

Aumento ore /diminuzione ore contrattuali

Appendici ai contratti part-time (variazione collocazione temporale orario di lavoro)

Ordini di servizio

Calcolo ferie residue

Aspettative

Contestazioni e Provvedimenti disciplinari

	PRQ 02	GESTIONE RISORSE UMANE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Gestione richieste dipendenti (anticipazione TFR, cambio mansioni, trasferimenti ecc)

Atti transattivi in sede sindacale

#### ADEMPIMENTI TIROCINANTI GARANZIA GIOVANI:

Richiesta Mod. UNILAV al consulente con dati e progetto formativo

Comunicazione al Medico Competente e al RSPP dei tirocinanti G.G. con specificazione delle mansioni per gli adempimenti previsti dal D.Lgs 81/2008

Ai Tirocinanti G.G. vengono consegnati:

- cartellino identificativo, divisa e calzature se previste

#### ADEMPIMENTI TIROCINANTI CURRICULARI:

Comunicazione al Medico Competente e al RSPP dei tirocinanti con specificazione delle mansioni per gli adempimenti previsti dal D.Lgs 81/2008

#### ADEMPIMENTI COLLABORAZIONI LIBERO PROFESSIONALI:

Stesura contratto per prestazioni libero professionali con consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003.

- Consegna cartellino identificativo, divisa e calzatura antiscivolo se previste.

#### ADEMPIMENTI PERSONALE VOLONTARIO:

Invio scheda di adesione all'Associazione "Amici di Padre Pio" di San Giovanni Rotondo

Stesura contratto di volontariato con consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003

Calcolo mensile rimborso spese

- Consegna cartellino identificativo, divisa e calzatura antiscivolo se previste

Comunicazione al Medico Competente e al RSPP dei volontari con specificazione delle mansioni per gli adempimenti previsti dal D.Lgs 81/2008

#### ADEMPIMENTI MENSILI TOPSERVICES srl:

Invio dati e contratti per richieste UNILAV nuove assunzioni, trasformazioni, cessazioni, attivazione tirocini G.G.

Invio dati premio produttività operatori domiciliari

	<b>PRQ 02</b>	<b>GESTIONE RISORSE UMANE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Invio in formato digitale delle presenze mensili di tutti i dipendenti con giustificativi della assenze

Invio pratiche infortuni per comunicazione all'INAIL

Invio dati dipendenti per variazioni articolazione orario settimanale con ricalcolo ferie, carico familiare, revoche e/o deleghe sindacali, variazione indirizzo residenza e tutto ciò che ha effetto in busta paga

Invio ore rimborso volontari

Invio in formato digitale delle maternità ai sensi dell'art. 17 comma 2 lett. a), b) e c) D.Lgs 151/2001, banca ore, congedi parentali, congedi matrimoniali, congedi straordinari, permessi per allattamento ai sensi dell'art.39 D.Lgs 151/2001, permessi L.104/92, rimborsi kilometrici ecc.

Invio elenco riepilogativo varianti del mese in corso.

Tutto il materiale relativo alla gestione del personale sarà archiviato presso l'Ufficio Risorse Umane

#### **6. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**                   Presidente
- **RSGQ**               Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**                    Direzione Esecutiva;
- **UQRC**               Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**               Segreteria CDA;
- **SDE**                Segreteria DE;
- **SAN**                Area Sanitaria;
- **AMM**               Area Amministrativa;
- **SCM**               Area Strategica, Comunicazione e Marketing;
- **PERS**               Area del Personale;
- **URU**                Ufficio Risorse Umane;
- **DS**                 Direttore Sanitario;
- **CAI**                Coordinatore Area Infermieristica
- **CAR**               Coordinatore Area Riabilitazione;
- **CAS**               Coordinatore Area Sociale;
- **COM**               Responsabile commerciale;

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.

	PRQ 03	GESTIONE FORMAZIONE, ADDESTRAMENTO E AGGIORNAMENTO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## GESTIONE FORMAZIONE, ADDESTRAMENTO E AGGIORNAMENTO

---

1. Scopo
2. Definizioni
3. Applicabilità
4. Responsabilità
5. Documenti di riferimento
6. Gestione della formazione, addestramento e aggiornamento
7. Piano di diffusione

### Stato e descrizione delle revisioni

Edizione	Data	Motivo della nuova revisione	Firma RGQ
1 – Rev.00		Prima emissione	
1 – Rev.01		Revisione	

	<b>PRQ 03</b>	<b>GESTIONE FORMAZIONE, ADDESTRAMENTO E AGGIORNAMENTO</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 1. Scopo

Scopo della presente procedura è quello di indicare le modalità di formazione e addestramento del personale della **Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio ONLUS**, nel rispetto di quanto descritto dal MQ e delle prescrizioni della normativa in vigore.

### 2. Definizioni

La **FORMAZIONE** è l'attività programmata e finalizzata che permette o sollecita l'individuo a evolvere, ponendolo in situazioni che possono ottenere come risultato un accrescimento delle sue competenze.

L'**ADDESTRAMENTO** è il complesso di tutte quelle attività dirette a far apprendere ai lavoratori l'uso corretto delle attrezzature, degli impianti, delle macchine, delle sostanze, dei dispositivi, anche di protezione individuale, utilizzate nello svolgimento della propria attività lavorativa.

L'**AGGIORNAMENTO** è l'acquisizione di conoscenze ed abilità coerenti con l'evoluzione tecnica, scientifica ed organizzativa, e pertanto si caratterizza come strumento di sviluppo professionale. Il professionista attraverso l'aggiornamento adegua le proprie competenze, sviluppando la dimensione tecnica della professione.

### 3. Applicabilità

La presente procedura si applica a tutte le Aree Aziendali, la pianificazione della formazione sarà specifica per ogni area.

### 4. Responsabilità

Le responsabilità di pianificare e attuare la formazione/addestramento/aggiornamento del personale sono attribuite al Responsabile dell'Ufficio Formazione, che dovrà redigere i PFA (Piani Formativi Annuali), sentiti i Responsabili Sanitari dei presidi. I PFA devono essere condivisi con RSGQ e presentati a DE tramite il Responsabile dell'Area Personale per la relativa approvazione in seno al CDA.

	PRQ 03	GESTIONE FORMAZIONE, ADDESTRAMENTO E AGGIORNAMENTO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## 5. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 6.2.2.2, Sez. 6.2.2.3 e Sez. 6.2.2.4**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità.

## 6. Gestione Formazione e addestramento

Come previsto dal MQ e dalla normativa vigente, è compito della Direzione Esecutiva indire, periodicamente e a seconda delle necessità, delle riunioni nel corso delle quali vengono esaminate le esigenze formative, di addestramento o di aggiornamento del personale. Fatto questo sarà dato incarico al Responsabile dell'Ufficio Formazione di:

- Individuare all'interno dell'azienda o all'esterno il personale competente per tenere corsi di formazione o di aggiornamento;
- Convegni e seminari.

E al Responsabile dell'Ufficio del Personale di:

- Organizzare l'addestramento dei neoassunti.

### PROGETTI DI FORMAZIONE E.C.M.:

Per redigere un progetto di Formazione E.C.M. è necessario individuare un provider che permetta alla Fondazione di accreditare l'evento formativo presso la regione di appartenenza. La scelta può ricadere sia su enti pubblici che privati a seconda dell'offerta formativa ed economica o la stessa Fondazione può chiedere l'accreditamento quale Provider.

Dopo aver individuato le esigenze dei Professionisti Sanitari si elabora un piano di formazione raccogliendo quanto più possibile i suggerimenti di tutti gli interessati. Descritto l'obiettivo generale da raggiungere, si individua il numero complessivo degli operatori coinvolti nel progetto formativo e viene definito il percorso, definendo date e ordine di svolgimento dei corsi. Individuati i Docenti, si allegano i CV e tutto viene inviato al provider per l'attivazione del corso. La fondazione provvede infine alla logistica.

### PERMESSO DI STUDIO:

*Per formazione e aggiornamento:* su richiesta del dipendente (**MOD 008 - richiesta permesso attività di formazione e aggiornamento**). La richiesta deve essere controfirmata dal **Direttore Sanitario**, o in sua assenza dal Responsabile Sanitario, e corredata di programma dell'evento. Tale richiesta è confermata con silenzio/assenso, il giorno successivo all'evento il dipendente dovrà inviare l'attestato di partecipazione al corso e saranno registrate le giornate usufruite.

*Per esame:* (permesso retribuito) La richiesta del dipendente indicante i gironi di permesso necessari, deve essere controfirmata dal **Direttore Sanitario**, o in sua assenza dal Responsabile Sanitario, e correlata da un certificato di iscrizione ad un corso universitario o master. Il giorno successivo alla partecipazione all'esame o al corso il dipendente dovrà presentare l'attestato di partecipazione.

	<b>PRQ 03</b>	<b>GESTIONE FORMAZIONE, ADDESTRAMENTO E AGGIORNAMENTO</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### FORMAZIONE ESTERNA:

Il **Direttore sanitario**, o in sua assenza il Responsabile Sanitario, che intende inviare il dipendente ad un determinato evento esterno professionalizzante o che contribuisce ad elevare l'immagine della Fondazione, deve far pervenire una comunicazione con motivata relazione sulle ragioni di tale scelta, corredata di richiesta del dipendente. A fine corso il dipendente dovrà presentare entro 10 gg all'Ufficio Formazione, fatture o ricevute delle spese sostenute, fattura tassa d'iscrizione, attestato di partecipazione e relazione illustrante i contenuti dell'iniziativa.

La Fondazione inoltre partecipa a programmi che prevedono TIROCINI CURRICULARI, EXTRACURRICULARI e di ORIENTAMENTO, nonché al programma GARANZIA GIOVANI permettendo a studenti e giovani professionisti di avvicinarsi al mondo del lavoro. Le attività di tirocinio e relative a Garanzia Giovani, sono regolamentate come previsto dalla normativa vigente.

La documentazione relativa alle attività descritte nella presente procedura, sarà gestita secondo le istruzioni di sistema e saranno conservate a cura dell'Ufficio Formazione le registrazioni di tutte le attività di formazione svolte.

### **7. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**                   Presidente
- **RSGQ**               Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**                    Direzione Esecutiva;
- **UQRC**               Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**               Segreteria CDA;
- **SDE**                 Segreteria DE;
- **SAN**                 Area Sanitaria;
- **AMM**               Area Amministrativa;
- **SCM**               Area Strategica, Comunicazione e Marketing;
- **PERS**               Area del Personale;
- **DS**                  Direttore Sanitario;
- **CAI**                 Coordinatore Area Infermieristica;
- **CAR**                Coordinatore Area Riabilitazione;
- **CAS**                Coordinatore Area Sociale;
- **COM**               Responsabile commerciale;
- **UF**                 Ufficio Formazione.

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	PRQ 04	EROGAZIONE DEL SERVIZIO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 1. Scopo

La presente procedura ha lo scopo di indicare le modalità adottate dalla Fondazione Padre Pio ONLUS, per la gestione in qualità di tutte le attività necessarie per la realizzazione di un servizio conforme ai requisiti specificati. Nel rispetto di quanto descritto dal MQ e delle prescrizioni della normativa in vigore.

### 2. Definizioni

La GESTIONE IN QUALITA' consiste nello sviluppare in condizioni controllate tutte le attività che hanno influenza sulla qualità del servizio erogato, al fine di assicurare la soddisfazione delle esigenze espresse ed implicite del Cliente. Tutto ciò nel miglior rapporto qualità/prezzo ed a salvaguardia delle esigenze e degli interessi della Fondazione.

Per CONDIZIONI CONTROLLATE si intende il sottoporre le attività e le fasi nelle quali queste si sviluppano ad un insieme di vincoli che, opportunamente fissati in relazione alla complessità e criticità delle stesse, possano dare le migliori garanzie di qualità sulle modalità con le quali sono state eseguite.

### 3. Applicabilità

La presente procedura si applica a tutte le Aree Aziendali, per quanto di loro competenza gli operatori saranno responsabilizzati lavorando in autocontrollo.

### 4. Responsabilità

Le responsabilità riguardanti la corretta erogazione del servizio sono attribuite al PRS e al Direttore Sanitario o Responsabile Sanitario, che pianificano le strategie aziendali e la loro applicazione. La normativa L.R. 8/2004 stabilisce i ruoli e le responsabilità del Legale Rappresentante e del DS.

### 5. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 7.0, Sez. 7.2 e Sez. 7.5.1**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità – Regolamento organizzativo – Carta dei Servizi.

	PRQ 04	EROGAZIONE DEL SERVIZIO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## 6. Erogazione del servizio

Come indicato dal MQ, dalla normativa e dalla documentazione di riferimento la Direzione Esecutiva ha il compito di definire le strategie aziendali e di conseguenza le attività gestionali necessarie al raggiungimento degli obiettivi prefissati. La Fondazione eroga i seguenti servizi riabilitativi:

- Riabilitazione Neurologica;
- Riabilitazione Ortopedica;
- Riabilitazione Pneumologica e Cardiovascolare;
- Riabilitazione Pediatrica;
- Riabilitazione Visiva;
- Riabilitazione Idrokinesiterapica;
- Riabilitazione Urologica
- Riabilitazione Oncologica.

La specificità dei trattamenti è ampiamente descritta all'interno della Carta dei Servizi dei singoli presidi. Alcune delle prestazioni riabilitative sono svolte anche in regime ambulatoriale, domiciliare ed extramurale.

### ACCETTAZIONE DEL PAZIENTE:

Il Paziente che vorrà accedere alle strutture della fondazione o richiedere, se prescritto, un trattamento domiciliare dovrà presentare, di persona o tramite un proprio familiare, la prescrizione del trattamento riabilitativo ex art. 26 L 833/78.

L'operatore, controllata la completezza della documentazione, prenderà in carico la richiesta registrandola sul registro di prenotazione per il trattamento richiesto e rilascerà al cliente una ricevuta con un numero di prenotazione (**MOD 009 - Prenotazione**), specificando che il cliente sarà contattato per un appuntamento con lo specialista di riferimento non appena lo stesso sarà disponibile.

Il rapporto con il paziente sarà avviato una volta che il Coordinatore Sanitario/Coordinatore Sociale del presidio avrà accertato la disponibilità operativa e definito i tempi e le modalità di erogazione del servizio tramite un Planning Settimanale.

Al ritorno del paziente per la valutazione da parte del Medico Specialista, l'accettazione creerà una Cartella Riabilitativa (**MOD 010 - Cartella Riabilitativa**), contenente tutte le informazioni riguardante il paziente e la passerà al medico specialista che provvederà alla compilazione diagnostica della stessa e del Consenso Informato (**MOD 030 - Consenso Informato**).

### PROGETTO E PROGRAMMA RIABILITATIVO INDIVIDUALE:

Al paziente con disabilità ricoverato in acuzie, viene fornita una proposta di percorso riabilitativo unico, integrato nei vari setting terapeutici della rete riabilitativa. Questo principio si concretizza nel concetto di "presa in carico dell'utente" e nell'erogazione degli interventi secondo definiti

	<b>PRQ 04</b>	<b>EROGAZIONE DEL SERVIZIO</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

programmi riabilitativi all'interno di uno specifico Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) (**MOD 011-PRI**) tenendo fermi i concetti di appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Il fisiatra, nella determinazione del PRI, terrà conto della prognosi funzionale e del margine di modificabilità del quadro di disabilità, del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma.

Il fisiatra si assicura inoltre della corretta informazione e del coinvolgimento di tutte le figure coinvolte nel processo di riabilitazione del paziente, del/i caregiver e del MMG/PLS.

Il fisiatra, anche mediante il coinvolgimento di un team multiprofessionale, definisce le aree di intervento specifico, gli obiettivi, i tempi di realizzazione e la verifica degli interventi che costituiscono i programmi riabilitativi, i quali specificano:

- Modalità di presa in carico del paziente
- Obiettivi a breve e medio termine
- Modalità e tempi di erogazione delle singole prestazioni previste
- Misure di esito atteso appropriate per la valutazione degli interventi
- Tempi di verifica e conclusione

Il PRI è lo strumento di lavoro che rende l'intervento riabilitativo mirato, continuativo ed efficace perché rispondente ai bisogni reali del paziente.

#### CHIUSURA DEL PERCORSO RIABILITATIVO:

Prima del termine prefissato dal PRI, precisamente a 15 giorni dalla dimissione, viene effettuata da parte del fisiatra, una valutazione delle condizioni cliniche del paziente. Se gli obiettivi riabilitativi sono stati raggiunti, al paziente viene comunicata la data di dimissione e le indicazioni per il reinserimento familiare, sociale e lavorativo e sulla eventuale prosecuzione del trattamento riabilitativo in setting alternativo. In caso contrario viene effettuata una "Richiesta di proroga di trattamento" che può essere autorizzata o meno dalla ASL. Se la ASL non autorizza la proroga, si comunica al paziente la data di dimissione o la proposta di ricovero solvente.

### **7. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**                   Presidente
- **RSGQ**               Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**                    Direzione Esecutiva;
- **UQRC**               Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**               Segreteria CDA;
- **SDE**                 Segreteria DE;
- **SAN**                 Area Sanitaria;
- **AMM**                Area Amministrativa;

	<b>PRQ 04</b>	<b>EROGAZIONE DEL SERVIZIO</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- **SCM** Area Strategica, Comunicazione e Marketing;
- **PERS** Area del Personale;
- **DS** Direttore Sanitario;
- **CAI** Coordinatore Area Infermieristica;
- **CAR** Coordinatore Area Riabilitazione;
- **CAS** Coordinatore Area Sociale;
- **COM** Responsabile commerciale;

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	<b>PRQ 05</b>	<b>PIANIFICAZIONE E CONTROLLO PROGETTAZIONE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 1. Scopo

La presente procedura definisce le modalità di pianificazione, impostazione, esecuzione e verifica delle attività di progettazione dei servizi della Fondazione.

### 2. Applicabilità

Le disposizioni contenute in questo documento si applicano a tutte le attività di pianificazione e gestione dei servizi erogati e a tutte le attività ad essi riconducibili.

### 3. Responsabilità

La presente procedura è stata realizzata per essere di supporto a tutto il personale della Fondazione, che in maniera diretta o indiretta partecipa al processo primario di Pianificazione e controllo della progettazione. La responsabilità di sovrintendere ed indirizzare l'intero processo di progettazione è della DE che coordina e definisce l'impiego delle risorse sia umane che infrastrutturali.

### 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 7.1 e Sez. 7.3**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità.

### 5. Pianificazione e controllo della progettazione

#### PIANIFICAZIONE DEL SERVIZIO:

La pianificazione della progettazione dei servizi viene eseguita dalla DE con la collaborazione del RSGQ, sulla base della rilevazione dei fabbisogni territoriali e delle eventuali richieste pervenute.

Il **MOD 012 - Scheda pianificazione**, prevede che per ogni processo siano definiti:

- Gli elementi in ingresso;
- La convenzione, i capitolati o i contratti riguardanti il servizio da erogare;
- Un Responsabile del progetto;
- La documentazione del SGQ necessaria alla corretta registrazione di tutte le fasi del processo;
- Le risorse umane;
- Le risorse economiche;

	<b>PRQ 05</b>	<b>PIANIFICAZIONE E CONTROLLO PROGETTAZIONE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- Le attività di verifica e monitoraggio;
- Eventuali modalità per l'effettuazione di un sopralluogo nelle strutture da parte del Committente;
- L'individuazione di altri elementi, comprese le indicazioni per il Piano di miglioramento.

I documenti della pianificazione devono essere approvati dal CDA e sono conservati e messi a disposizione delle funzioni interessate.

### PROGETTAZIONE DEL SERVIZIO:

In base alla pianificazione di cui sopra la Fondazione progetta tutte le attività e i servizi da erogare, definendo i seguenti aspetti in accordo con la normativa di riferimento:

- Pianificazione delle attività del progetto;
- Individuazione ed analisi degli elementi in entrata;
- Determinazione degli elementi in uscita (stesura del documento di progetto);
- Effettuazione di opportuni riesami;
- Controllo delle modifiche;
- Verifica del progetto del servizio;
- Validazione del progetto;

Per avviare una procedura di progettazione, la DE formalizza l'incarico in un documento (**MOD 013 - Scheda progettazione**) all'interno del quale:

- Individua il Responsabile di progetto e il pool di progettazione;
- Definisce i tempi di consegna;
- Stabilisce il budget di progettazione;
- Individua le aspettative economiche rispetto al servizio in progetto;
- Indica eventuali risorse interne o esterne da coinvolgere nella progettazione;
- Definisce, se è il caso, altri vincoli o risorse dei quali tener conto nella progettazione.

Per ogni scheda di progettazione sarà elaborata una pianificazione (**stesura di un verbale**), a cura del Responsabile di progetto, dove saranno indicati:

- Funzioni aziendali coinvolte;
- Elenco delle attività;
- Pianificazione temporale delle attività (inclusi riesame, verifica e validazione);
- Tempi di realizzazione.

Il Responsabile del Progetto in sede di pianificazione, affida i compiti a personale adeguatamente qualificato ed idoneo. Inoltre identifica, anche su indicazione della DE, le interfacce interne ed esterne necessarie per una corretta gestione delle attività del progetto, indicandole nella pianificazione.

	<b>PRQ 05</b>	<b>PIANIFICAZIONE E CONTROLLO PROGETTAZIONE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### RIESAME, VERIFICA, VALIDAZIONE E CONTROLLO DELLE MODIFICHE:

Come già previsto dal MQ, il Responsabile del Progetto verifica i risultati riesaminando tutti i documenti prima della loro emissione, relativamente alla coerenza e alla completezza del progetto al fine di ottenerne una validazione. L'avvenuta esecuzione delle attività di cui sopra sarà registrata direttamente nel documento di progettazione.

#### **7. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**           Presidente
- **RSGQ**       Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**           Direzione Esecutiva;
- **UQRC**       Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**       Segreteria CDA;
- **SDE**       Segreteria DE;
- **SAN**       Area Sanitaria;
- **AMM**       Area Amministrativa;
- **SCM**       Area Strategica, Comunicazione e Marketing;
- **PERS**       Area del Personale;
- **DS**       Direttore Sanitario;
- **COM**       Responsabile commerciale;

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	PRQ 06	<b>GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## 1. Scopo

Scopo della presente procedura è di descrivere le responsabilità e le modalità operative previste dalla Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus per la gestione della comunicazione interna ed esterna, in modo tale da:

- assicurare la corretta, sistematica e tempestiva circolazione delle informazioni, sia quelle rivolte ai portatori di interesse interni (personale dipendente, collaboratori ) che esterni (utenti e famiglie, stakeholders, partners, fornitori, istituzioni, territorio);
- assicurare la reperibilità e la facilità di accesso per tutti i portatori di interesse delle informazioni e delle comunicazioni provenienti dall'esterno;
- far entrare la comunicazione come componente strategica di ogni processo attivato nella Fondazione;
- assicurare, attraverso una comunicazione efficace e sistematica, la diffusione sul territorio della mission e e della vision della Fondazione;
- aprire canali di ascolto rivolti al territorio, facendo della comunicazione un fattore di miglioramento.

## 2. Applicabilità

La presente procedura si applica a tutti i processi di comunicazione che interessano la Fondazione nello svolgimento delle sue attività.

## 3. Responsabilità

Le responsabilità relative alla progettazione, erogazione e controllo dei processi comunicativi della Fondazione sono attribuite al Responsabile Ufficio stampa che afferisce a all'Area Strategica, Comunicazione e Marketing.

## 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 7.2.3**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità.

## 5. Gestione della Comunicazione

La Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus individua come interlocutori:

- Portatori di interesse interni: personale dipendente, collaboratori;

	PRQ 06	GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- Portatori di interesse istituzionali: Aziende Sanitarie Locali, Ministero della Salute, Regione Puglia, Molise e altre Regioni d'Italia, Università, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di categoria;
- Portatori di interesse esterni: pazienti e familiari, cittadini, territorio

Sulla base della tipologia specifica degli interlocutori coinvolti e dello scopo della comunicazione sarebbe opportuno elaborare almeno con cadenze annuale un '*Piano per la Comunicazione*' che prende in esame i diversi settori, progettando specifiche modalità per ognuno di essi. Con la strategia di comunicazione, l'azienda, il progetto, il soggetto persegue gli obiettivi che si è posta, ad es. fare conoscere se stessa, i propri servizi, un evento ai propri clienti potenziali o ai propri interlocutori (ben identificati).

Il piano di comunicazione definisce le modalità concrete con cui gli obiettivi prefissi verranno perseguiti.

Tutte le attività previste dovranno comunque essere: tempestive, credibili, programmate e coerenti.

Importanti aspetti da tenere in considerazione:

- Il piano deve definire in dettaglio le diverse categorie di destinatari: ognuno di questi è potenzialmente oggetto di un approccio differente;
- i messaggi devono prevedere delle attenzioni in merito ad argomentazioni a cui il destinatario risulta più sensibile;
- il mezzo di comunicazione più adeguato;
- il budget;

All'interno del Piano di Comunicazione dovrà essere prevista una *Pianificazione dei mezzi pubblicitari (Media Plan)*.

### COMUNICAZIONE INTERNA:

La comunicazione interna comprende tutte le comunicazioni rivolte o provenienti dal personale dipendente e dai collaboratori, sia quelle di origine interna che quelle che, provenienti dall'esterno, che devono essere diffuse a tutte le componenti della Fondazione; le informazioni vengono veicolate attraverso strumenti tradizionali di comunicazione cartacei (note, avvisi, circolari, ecc.), informatici (posta elettronica), si utilizza il telefono nel caso comunicazione tempestiva o il fax in dotazione nei presidi dislocati sul territorio. Da oltre un anno la Fondazione ha adottato, inoltre, un nuovo software gestionale (4handy), specifico per i Centri di Riabilitazione, che permette la circolazione di dati amministrativi e contabili quasi in tempo reale. Le responsabilità di queste operazioni competono al Presidente, ai Direttori Sanitari o Responsabili Sanitari, al Responsabile della qualità, al Responsabile dell'Ufficio Rendicontazione che afferisce all'Area SCM salvo diverse disposizioni da loro stessi indicate e preventivamente autorizzate dalla Direzione Esecutiva.

A questi si aggiunge anche la carta stampata con il periodico trimestrale di informazione aziendale "CENTRINFORMA", i social Network e il sito Web.

	PRQ 06	GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

La Responsabilità è in capo al Presidente. La redazione dei contenuti è a carico dell'Addetto alla Comunicazione e di chiunque decida di collaborare, con la supervisione del Coordinatore di Redazione.

L'Impaginazione e la stampa del Periodico sono affidate ad un'agenzia esterna.

#### COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE:

La comunicazione con il paziente è individuata in tre fasi distinte:

- Comunicazioni di servizio  
le informazioni comunicate riguardano: orari, informazioni sulla terapia ed eventuali adempimenti da rispettare, informazioni sul raggiungimento del centro, richiesta dei contatti telefonici del paziente. Nel caso il paziente si rivolga direttamente al Front Office, l'addetto fornirà le informazioni su supporto cartaceo, la comunicazione avviene oralmente in caso di contatto telefonico.
- Comunicazione cogente  
consistente in tutte quelle comunicazioni regolate dalla normativa cogente, ed in particolare dalla legge sulla privacy e consensi informati;  
L'informativa della privacy viene fatta firmare ad ogni nuovo paziente ed archiviata in un apposito contenitore. I consensi informati vengono fatti firmare al momento della somministrazione di una terapia o di un trattamento per il quale la legge lo richieda. Vengono archiviati in Amministrazione.
- Informazioni di ritorno da parte del paziente  
Reclami (scritti o verbali) registrati dagli addetti al Front Office su un apposito registro che sarà esaminato regolarmente dal RSGQ e riscontrato;  
Questionari di soddisfazione (**MOD 014 - Customer satisfaction**) disponibili nelle sale d'attesa. I pazienti sono invitati alla compilazione dagli addetti al Front Office che saranno responsabili della raccolta dei questionari compilati;  
Suggerimenti per il miglioramento, in forma scritta o verbale.

La modulistica contenente le informazioni di ritorno da parte del cliente sarà raccolta ed esaminata da RSGQ almeno una volta l'anno. Sulla base dei risultati il Responsabile per la qualità stilerà una relazione sul giudizio generale degli Utenti, tale relazione sarà esaminata durante il Riesame da parte della Direzione.

#### COMUNICAZIONE ESTERNA:

La comunicazione esterna comprende le comunicazioni rivolte a

- Portatori di interesse istituzionali: Aziende Sanitarie Locali, Ministero della Salute, Regione Puglia, Molise e altre Regioni d'Italia, Università, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di categoria;
- Portatori di interesse esterni: pazienti e familiari, cittadini, territorio

Si concretizza in una serie di attività che, in base al target di riferimento ed all'obiettivo che s'intende raggiungere, possono distinguersi in:

- Comunicazioni a carattere istituzionale

	PRQ 06	GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- Comunicati stampa
- Azioni promozionali e pubblicitarie
- Sito web aziendale
- Social network
- Partecipazione ad eventi e sponsorizzazioni.

### Comunicazioni a carattere istituzionale

Sono redatte in occasione di iniziative a carattere scientifico, proposte di collaborazioni e partnership, ecc...

La progettazione, la redazione e/o la revisione sono solitamente a cura del Responsabile dell'SCM.

Gli strumenti utilizzati sono: email, PEC e le raccomandate postali

### Comunicati stampa

Sono programmati in occasione di eventi culturali, manifestazioni, erogazione di nuovi servizi, presentazione di nuovi macchinari, ecc...

Sono a cura dal Responsabile dell'Ufficio Stampa o dell'addetto alla comunicazione.

Lo strumento utilizzato è la posta elettronica. Esiste un elenco di indirizzi di posta elettronica al quale si fa riferimento per l'invio a testate giornalistiche per la carta stampata e per il web. In alcuni casi specifici si fa riferimento alle agenzie di comunicazione e diffusione (in particolare COMUNICATISTAMPA.NET).

### Azioni promozionali e pubblicitarie

Sono di responsabilità del CDA.

Nella scheda RICHIESTA AZIONI PROMOZIONALI E PUBBLICITARIE (**MOD 015**) sono riportate tutte quelle iniziative che, attraverso una preventiva programmazione, potrebbero rappresentare un punto di partenza per la definizione di questo tipo di attività anche per i Presidi dislocati sul territorio:

- Acquisto flight (6x3)
- Spot Radio locali
- Spot Radio Nazionali
- Spot TV locali
- Spot TV Nazionali
- Quotidiani locali
- Quotidiani Nazionali
- Riviste di settore

	<b>PRQ 06</b>	<b>GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- Acquisto spazi sul web
- Creazione pagina web
- Brochure informative
- Conferenze stampa
- Organizzazione eventi
- Sponsorizzazioni
- Interviste
- Iniziative promozionali, concorsi, bandi
- Comunicati stampa

### Sito web aziendale e Social network

La Fondazione ha implementato un sito web aziendale dotandolo di funzioni e caratteristiche tali da garantire un'elevata qualità del servizio offerto e la facilità di navigazione da parte degli utenti. La gestione e la responsabilità del sito web aziendale è affidata al Responsabile SCM che è anche Responsabile Scientifico ai fini della Certificazione di Qualità HONcode.

Alla funzione di revisione e aggiornamento dei Social partecipano le figure coinvolte nell'Area Strategia, Comunicazione e Marketing della Fondazione. Il Responsabile SCM o un addetto da lui incaricato, ricopre l'incarico di Amministratore di rete. Prima di rendere i contenuti accessibili al pubblico, sarà compito dell'Amministratore di rete verificarne la conformità e procedere alla pubblicazione, sentito il Responsabile dell'Ufficio Stampa.

La progettazione e Manutenzione del sito web è affidata ad una società esterna.

Tutto il materiale relativo alla comunicazione aziendale sarà archiviato presso l'Ufficio SCM secondo quanto previsto dal SGQ.

### **6. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**                   Presidente
- **RSGQ**               Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**                    Direzione Esecutiva;
- **UQRC**               Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**               Segreteria CDA;
- **SDE**                 Segreteria DE;
- **SCM**                Area Strategica, Comunicazione e Marketing;
- **PERS**               Area del Personale;
- **DS**                  Direttore Sanitario;
- **FOF**                 Front Office

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	PRQ 07	VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## 1. Scopo

La presente procedura ha lo scopo di fissare le *responsabilità* e le *modalità operative* per pianificare e condurre le Verifiche Ispettive Interne (**Audit Interni**); *queste servono a verificare la completa e puntuale applicazione del Sistema di Gestione della Qualità implementato.*

## 2. Applicabilità

Questa procedura si applica all'attività di *verifica dell'applicazione sistematica del SGQ* in tutte le funzioni in cui si articola la Fondazione, e investe le seguenti attività:

**A.** *Responsabilità della Direzione Esecutiva;*

**B.** *Processi principali della Fondazione:*

- Erogazione di servizi di riabilitazione e assistenza in regime ambulatoriale, domiciliare, extramurale e residenziale.

**C.** *Processi di supporto:*

- Gestione delle risorse;
- Gestione dei documenti;
- Gestione degli strumenti di misura;
- Gestione del rapporto col cliente;
- Gestione del rapporto coi fornitori;
- Formazione del personale.

**D.** *Processo di miglioramento continuo.*

## 3. Responsabilità

Nell'ambito della procedura le responsabilità sono distribuite secondo le seguenti modalità:

- **CDA** approva il programma delle Verifiche Ispettive Interne;
- **RSGQ** redige il programma delle Verifiche Ispettive Interne ed esegue o fa eseguire le Verifiche Ispettive Interne.

## 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 8.2.2**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità.

	PRQ 07	VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## 5. Modalità Operative

### GENERALITÀ:

Le verifiche ispettive interne devono essere pianificate da **RSGQ** utilizzando il documento **MOD 016 - Programma delle verifiche Ispettive Interne** in concomitanza del Riesame da parte della Direzione, decidendo livello di estensione e profondità dell'intervento, in base alla situazione effettiva di conformità delle attività svolte e allo sviluppo della cultura della qualità in ogni processo aziendale.

Dette verifiche devono:

- *Garantire la corretta attuazione e il miglioramento del **SGQ** adottato dalla Società;*
- *Valutare l'effettiva efficacia del **SGQ** stesso;*
- *Evidenziare eventuali non conformità e le aree di possibile miglioramento;*
- *Indicare adeguate azioni correttive e/o preventive e accertarne i risultati.*

### VISITA ISPETTIVA INTERNA:

Date le dimensioni della Fondazione, **RSGQ** ha strutturato gli **Audit Interni** in modo da coinvolgere tutto il personale direttamente, secondo uno schema ben preciso e in attuazione della pianificazione annuale fatta in occasione del riesame da parte della Direzione, *di cui la Visita Ispettiva è una delle fasi preparatorie.*

Alla data programmata viene indetta una riunione, *con un anticipo di 15 giorni sulla visita per dar modo a ciascun dipendente di preparare la documentazione necessaria* (i dati sono comunque raccolti in continuo). In questa riunione, gestita dalla **DE** e coadiuvata da **RSGQ**, vengono anzitutto dichiarati e ricordati gli obiettivi dell'Audit Interno; si passa quindi all'indagine sulle attività già svolte e in corso di esecuzione, a mezzo di:

- *Domande;*
- *Esame dei documenti in uso;*
- *Osservazione diretta nei settori interessati.*

Durante la Visita Ispettiva **RSGQ** o chi da lui incaricato, deve verificare l'evidenza oggettiva delle informazioni acquisite, utilizzando il **MOD 017 - Rapporto di Audit** e annotando casi concreti: svolgimento di un processo assistenziale terapeutico, il rapporto con un fornitore, reclami o suggerimenti da parte dei clienti.

	PRQ 07	VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Se riscontra delle non conformità **RSGQ** le esamina e le tratta subito secondo la procedura **PRQ 08**; inoltre le discute con la **DE** e le registra nel verbale di chiusura.

*Le non conformità evidenti – quelle cioè che violano prescrizioni specifiche del **SGQ** – vanno subito discusse con gli interessati, assieme ai quali vanno poi studiate le relative Azioni Correttive.*

Le osservazioni emerse durante l’Audit Interno devono essere verbalizzate, per essere riesaminate in altre riunioni successive che si dovranno tenere dopo l’approfondimento di casi dubbi e/o la valutazione e soluzione delle eventuali non conformità riscontrate e dopo la valutazione dei risultati delle azioni correttive susseguenti.

Durante lo svolgimento dell’Audit Interno dovranno essere presi in considerazione tutti gli aspetti dell’attività utili per individuare:

- *Evidenze concrete;*
- *Eventuali rilievi positivi;*
- *Eventuali non conformità;*
- *Eventuali commenti e osservazioni da inserire a verbale.*

Infine, a conclusione della **Visita ispettiva interna**, la **DE** a sua volta valuta l’efficienza ed efficacia della Visita Ispettiva stessa, rilevando eventuali motivi di insoddisfazione e suggerendo i miglioramenti del caso.

La redazione del **verbale della riunione** deve tenere in considerazione:

- *L’attività svolta durante la riunione preliminare;*
- *Le evidenze risultate dall’attività di Audit;*
- *Le eventuali NC;*
- *I commenti e le osservazioni;*
- *I risultati delle Visite Ispettive precedenti;*
- *La verifica di efficacia delle azioni preventive e correttive già intraprese.*

Per ogni attività esaminata le verifiche sono sulla base delle prescrizioni che la regolano, così come definite nei documenti di riferimento del Sistema Gestione Qualità.

	PRQ 07	VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### RIUNIONE DI CHIUSURA:

Scopo della riunione di chiusura è quello di discutere assieme le osservazioni emerse e assicurarsi che vengano recepite nella loro effettiva importanza.

Al termine di ogni verifica ispettiva, **RSGQ** redige il verbale di riunione secondo il modello **MOD 018 - Verbale di Riunione**, registrando quanto emerso. Il verbale viene letto e discusso, e vengono decise le modalità di attuazione delle azioni correttive indicate.

Sia il verbale che i modelli corrispondenti vanno conservati da **RSGQ** e, in copia, dalla **DE** che dovrà utilizzare i risultati di ogni verifica per il successivo riesame del Sistema di Gestione della Qualità.

### AZIONI CORRETTIVE E AZIONI PREVENTIVE:

Se si riscontrano discordanze da quanto previsto nelle procedure, o emergono indicazioni o informazioni tali da richiedere un'azione correttiva, **RSGQ** redige il **MOD 019 - Azioni Correttive** secondo le modalità descritte nella procedura **PRQ 09 – Azioni Correttive e preventive**, indicando:

- *L'azione correttiva da intraprendere per evitare il ripetersi delle carenze riscontrate;*
- *I suoi tempi di attuazione;*
- *Il responsabile dell'esecuzione.*

*Se non si riscontrano **NC** vere e proprie, ma solo aree di possibile debolezza del **SGQ**, si individua l'azione preventiva più adatta per migliorare il sistema e prevenire l'insorgere futuro di carenze. L'azione suggerita va riportata sul verbale della riunione conclusiva.*

L'attuazione e i risultati delle azioni correttive o preventive prescritte vengono verificati da **RSGQ** dopo l'intervallo di tempo indicato, ovvero alla successiva Visita Ispettiva.

### **6. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**           Presidente
- **RSGQ**       Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**            Direzione Esecutiva;
- **UQRC**       Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**       Segreteria CDA;
- **SDE**         Segreteria DE;

	<b>PRQ 07</b>	<b>VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- **SAN** Area Sanitaria;
- **AMM** Area Amministrativa;
- **SCM** Area Strategica, Comunicazione e Marketing;
- **PERS** Area del Personale;
- **DS** Direttore Sanitario;
- **CAI** Coordinatore Area Infermieristica;
- **CAR** Coordinatore Area Riabilitazione;
- **CAS** Coordinatore Area Sociale;
- **COM** Responsabile commerciale;

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	PRQ 08	GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 01/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 01/03/2017

## 1. Scopo

Questa procedura è stata predisposta per *definire le modalità e le responsabilità* per:

- *evidenziare e analizzare le **non conformità (NC)**; ricercare e correggere le loro cause; identificare, intraprendere e controllare le **azioni correttive (AC)** più idonee per evitare il ripetersi delle **NC** dovute a fattori sistematici.*
- *identificare, intraprendere e controllare le **azioni preventive (AP)** più idonee ad attuare il continuo miglioramento dei servizi forniti al cliente.*

## 2. Applicabilità

La presente procedura si applica a in tutte le aree e attività della **Fondazione centri di riabilitazione Padre Pio ONLUS** che influenzano la qualità dei servizi forniti, ed in particolare:

- *Al controllo dei processi aziendali;*
- *al controllo dei materiali/attrezzature al ricevimento e durante il quotidiano utilizzo;*

## 3. Responsabilità

Le responsabilità di rilevazione e segnalazione delle **NC** sono attribuite a tutto il personale coinvolto nei processi aziendali, che dovrà segnalare tempestivamente la **NC** riscontrata al RSGQ.

## 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 8.3**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità.

## 5. Modalità Operative

La scoperta di una **NC** è un'eccellente occasione per migliorare il funzionamento del Sistema di Gestione della qualità della Fondazione. Le **NC** possono manifestarsi in qualunque fase di attività, ma in particolare:

- Durante la fase di progettazione dei servizi;
- Durante il processo di erogazione del servizio;
- Al ricevimento di materiali/attrezzature *dai fornitori*;

	PRQ 08	GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 01/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 01/03/2017

- Da *reclami e osservazioni del Cliente*;
- Durante le *Verifiche Ispettive* interne;
- In altre occasioni legate, comunque, alla *gestione del Sistema Qualità*.

La rilevazione di comportamenti operativi non corretti può essere fatta da tutto il personale coinvolto nell'erogazione dei servizi, che chiede l'intervento di **RSGQ** per completare il **Rapporto di Non Conformità (MOD 020)**.

La prima parte del **Rapporto di Non Conformità** è redatta dalla funzione che ha rilevato e segnalato la **NC** e deve riportare:

- *provenienza e riferimenti utili a evidenziare la NC*;
- *origine, frequenza e gravità (se conosciute)*;
- *descrizione particolareggiata*;
- *analisi delle cause*;
- *proposta di risoluzione*.

La segnalazione va completata con data e firma.

L'originale del **MOD 020 - Rapporto di Non Conformità** viene quindi passato ad **RSGQ** che lo completa, lo archivia e assieme al responsabile dell'Area interessata, individua una *proposta di soluzione del caso contingente* da sottoporre al **CDA**. Questi la approva (eventualmente con modifiche) e la fa attuare dal responsabile dell'Area interessata.

Ogni qualvolta viene riscontrata una **NC** questa viene riportata da **RSGQ** sul **MOD 021 - Registro delle Non Conformità**, contestualmente alla redazione del **RNC**.

Successivamente **RSGQ** avvia *l'indagine sulle cause* che hanno generato la **NC**, per studiare e attuare una **AP** che eviti il suo ripetersi, se questa è dovuta a fattori sistemici.

Al termine della **AC**, **RSGQ** verifica il buon esito dell'azione stessa e riporta quanto rilevato sul **Registro delle NC** con l'eventuale data di chiusura della **NC**.

## 6. Piano di diffusione

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**                   Presidente
- **RSGQ**               Responsabile Sistema Gestione Qualità;

	PRQ 08	GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 01/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 01/03/2017

- **DE** Direzione Esecutiva;
- **UQRC** Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA** Segreteria CDA;
- **SDE** Segreteria DE;
- **SAN** Area Sanitaria;
- **AMM** Area Amministrativa;
- **SCM** Area Strategica, Comunicazione e Marketing;
- **PERS** Area del Personale;
- **DS** Direttore Sanitario;
- **CAI** Coordinatore Area Infermieristica;
- **CAR** Coordinatore Area Riabilitazione;
- **CAS** Coordinatore Area Sociale;
- **COM** Responsabile commerciale;

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	PRQ 09	AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 1. Scopo

Lo scopo della presente procedura è quello di definire le *modalità operative*, le *responsabilità* ed i *criteri* con i quali La Fondazione intende identificare, intraprendere e controllare le **azioni preventive/correttive** più idonee ad attuare il continuo miglioramento dei servizi forniti al cliente.

### 2. Applicabilità

La presente procedura si applica in tutte le aree e attività della **Fondazione** che influenzano la qualità dei prodotti/servizi forniti. In particolare si applica alla:

**Gestione delle Azioni Correttive (AC)** conseguenti a:

- *Reclami dei Clienti*
- *Non conformità rilevate sui processi aziendali e su quelli del Sistema di Gestione per la Qualità aziendale nell'ambito delle:*
  - *Verifiche Ispettive interne;*
  - *Verifiche Ispettive dell'Organismo di Certificazione;*
  - *Verifiche esterne per qualifica o riqualifica dei Fornitori.*

**Gestione delle Azioni Preventive (AP)** per rimuovere cause potenziali di non conformità relative a:

- *Nuovi progetti/servizi in fase di realizzazione o svolgimento;*
- *Materiali e servizi esistenti;*
- *Attività normalmente eseguite per sviluppare i processi aziendali.*

### 3. Responsabilità

La gestione delle Azioni Correttive e Preventive conseguenti ai reclami dei Clienti è svolta dai **Responsabili di Funzione** ed **RSGQ** ne verifica l'efficacia.

La gestione delle Azioni Correttive a causa di **NC**, riscontrate sulle attività tecniche e gestionali di processo e sull'applicazione della documentazione del Sistema di Gestione Qualità è svolta sotto la responsabilità dei **Responsabili di Funzione** ed **RSGQ** ne verifica l'attuazione e l'efficacia.

	PRQ 09	AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Nell'ambito del *Riesame della Direzione* le responsabilità sono distribuite secondo le seguenti modalità:

- **RSGQ** *Elabora il Rapporto di Riesame del Sistema Qualità;  
Emette le azioni correttive/preventive;  
Controlla l'attuazione delle azioni correttive/preventive.*
- **CDA** *Approva il Rapporto di Riesame del Sistema Qualità;  
Approva le azioni correttive/preventive.*
- **DE** *Esamina il Rapporto di Riesame del Sistema Qualità;  
Propone le azioni correttive/preventive*
- **Resp. di Funzione** *Attuano le azioni correttive/preventive per competenza.*

#### 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 8.5.2 e Sez. 8.5.3**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità.

#### 5. Modalità Operative

AZIONI CORRETTIVE (AC):

Le *azioni correttive* sono dirette a *eliminare le cause che hanno generato la **NC** segnalata*.

Ad ogni **NC** riscontrata, **RSGQ** deve indagare per individuare le *cause* che l'hanno generata. L'indagine ha carattere *puramente oggettivo*, evitando ogni ricerca di "colpe" individuali.

Se le cause riscontrate sono *contingenti* (errori materiali, cattivo uso di strumenti, inosservanza di procedure o istruzioni chiare e precise) vi è un problema di addestramento e/o motivazione. Pertanto la persona più competente in merito illustrerà con chiarezza *a tutti i componenti interessati alla questione*, l'esatta procedura da svolgere e i motivi per i quali essa va seguita, verificando poi che l'istruzione sia stata perfettamente compresa.

Se invece le cause sono *sistemiche*, ovvero se la procedura e le istruzioni sono poco chiare o lasciano adito a dubbi, o semplicemente non prevedono la situazione che si è verificata, la **NC** potrebbe ripetersi e pertanto dette cause vanno rimosse con una opportuna **AC**.

L'**AC** viene proposta e annotata da **RSGQ** sul **RNC**, che ne stima anche i tempi di realizzazione e gli eventuali costi (tanto in termini di tempo da impiegare che di eventuali mezzi da acquistare) e approvate dalla **CDA**.

	PRQ 09	AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Alla data prevista (data verifica sul **MOD 020 - Rapporto Non Conformità**) **RSGQ** ne verifica la realizzazione e i relativi risultati in modo da poter fornire le informazioni necessarie nella sua relazione annuale alla Direzione.

#### Azioni preventive (AP):

Le *azioni preventive* sono intraprese *per eliminare le cause di possibili NC future*.

Ogni componente della **Fondazione** deve segnalare le **NC** che a suo parere potrebbero verificarsi e proporre le **Azioni Preventive** che ritiene opportune; in particolare con l'aiuto di **RSGQ** deve:

- Definire il problema, individuando la **NC** potenziale, le sue *conseguenze* e le sue *cause*;
- Proporre *interventi* atti a eliminare le cause (**AP**);
- Stimare i *costi* di tali interventi, in termini di attrezzature e di tempo necessario per attuarli.

La segnalazione va registrata, con l'aiuto di RSGQ, sul modulo **RNC** barrando la casella che indica che tale parte del modulo è compilata per un'azione preventiva.

Naturalmente le azioni preventive possono anche derivare direttamente dall'attività di controllo di **RSGQ**, quando essa evidenzia situazioni potenzialmente negative.

Le **AP** vanno gestite, in linea di massima, *esattamente come le azioni correttive*.

Per azioni che richiedano investimenti e costi rilevanti la **CDA** autorizza l'apertura di una commessa gestita da parte di **RSGQ**, come previsto per le azioni correttive.

#### **6. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**                   Presidente
- **RSGQ**               Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**                    Direzione Esecutiva;
- **UQRC**               Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**               Segreteria CDA;
- **SDE**                Segreteria DE;
- **SAN**                Area Sanitaria;
- **AMM**               Area Amministrativa;
- **SCM**               Area Strategica, Comunicazione e Marketing;
- **PERS**               Area del Personale;
- **DS**                 Direttore Sanitario;
- **CAI**                Coordinatore Area Infermieristica;
- **CAR**                Coordinatore Area Riabilitazione;
- **CAS**                Coordinatore Area Sociale;

	PRQ 09	AZIONI CORRETTIVE E PREVENTIVE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- **COM** Responsabile commerciale;

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	PRQ 10	<b>ANALISI DEI DATI E TECNICHE STATISTICHE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 1. Scopo

La presente procedura è stata istruita per definire le responsabilità e le modalità per la misurazione dei processi aziendali, del Sistema Gestione Qualità e del livello di Soddisfazione del Cliente al fine di perseguire gli obiettivi di miglioramento continuo. A tal proposito sono stati definiti degli **Indici di valutazione** che hanno l'obiettivo di trasformare tutte le informazioni raccolte durante le attività di monitoraggio dei processi aziendali in informazioni facilmente gestibili e che rappresentano la base per le successive analisi e verifiche da parte della Direzione Esecutiva.

### 2. Applicabilità

La presente procedura si applica a tutti i processi aziendali e a tutte le elaborazioni dei dati effettuate per tenere sotto controllo i processi aziendali e il Sistema di gestione della Qualità.

### 3. Responsabilità

Il **CDA** ha la responsabilità di:

- Definire gli obiettivi ed i parametri da tenere sotto controllo;
- Effettuare il riesame periodico.

**RSGQ** ha la responsabilità di:

- Sovrintendere alle attività;
- Verificare periodicamente l'andamento dei parametri definiti e valutare i risultati;
- Promuovere azioni di miglioramento, se necessario, e verificarne l'applicazione;
- Raccogliere i dati forniti dagli altri Responsabili di Funzione;
- Raccogliere i dati di propria pertinenza;
- Elaborare i dati e presentarli al **CDA** con la periodicità richiesta.

I **Responsabili di Funzione** hanno la Responsabilità di:

- Organizzare la raccolta dei dati di pertinenza e valutarli;
- Istruire il proprio personale per la raccolta dei dati di interesse e sensibilizzarlo sull'utilità del rilevamento dati e della loro valutazione;
- Assemblare i dati raccolti e consegnarli a **RSGQ** nei tempi previsti.

	PRQ 10	<b>ANALISI DEI DATI E TECNICHE STATISTICHE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

#### 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 7 e Sez. 8**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità.

#### 5. Modalità Operative

Per il monitoraggio dei principali processi della Fondazione, sono stati individuati i seguenti **Indici di misurazione dei dati**:

##### SODDISFAZIONE DELL'UTENTE:

L'indice di soddisfazione dell'utente sarà dato da:

$$\frac{\text{Totale Questionari Customer Satisfaction} - (\text{Customer Satisfaction negativi} + \text{Reclami})}{\text{Totale Questionari Customer Satisfaction}} \times 100$$

Il dato sarà ritenuto soddisfacente qualora raggiungerà o sarà superiore ad un valore dell'85%

##### SODDISFAZIONE DEL DIPENDENTE:

Il grado di soddisfazione del personale dipendente, sarà dato dal seguente indice:

$$\frac{\text{Totale Questionari Valutazione dipendente} - \text{Questionari di valutazione negativi}}{\text{Totale Questionari Valutazione dipendente}} \times 100$$

Tale dato sarà ritenuto positivo una volta raggiunta la percentuale del 75%

##### ANDAMENTO DEL SERVIZIO:

La valutazione circa l'andamento del servizio sarà data dai seguenti valori:

$$\frac{\text{Totale dei servizi erogati} - \text{Totale dei servizi non andati a buon fine}}{\text{Totale dei servizi erogati}} \times 100$$

L'andamento del servizio sarà ritenuto soddisfacente al superamento del 80%

	PRQ 10	ANALISI DEI DATI E TECNICHE STATISTICHE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### GESTIONE DELLE RISORSE:

L'indice di valutazione delle risorse sarà indicato da:

$$\frac{\text{Totale delle risorse} - \text{Totale risorse in uscita}}{\text{Totale delle risorse}} \times 100$$

Il dato sarà ritenuto positivo se superiore al 75%

### VALUTAZIONE DEI FORNITORI:

L'indice di valutazione dei fornitori è così definito:

$$\frac{\text{Totale ordini di acquisto evasi} - \text{Totale NC riscontrate}}{\text{Totale ordini di acquisto evasi}} \times 100$$

Il fornitore sarà ritenuto idoneo quando nella valutazione complessiva degli ordini evasi, supererà una percentuale del 75%

## **6. Analisi dei dati**

L'analisi numerica dei dati darà luogo ad informazioni pertinenti alla:

- Soddisfazione del Cliente;
- Soddisfazione del dipendente;
- Andamento dei processi aziendali e dei servizi offerti;
- Gestione delle risorse;
- Valutazione dei fornitori.

Tali indicatori daranno la possibilità di misurare l'efficacia e l'efficienza del sistema ed il grado di adattamento dello stesso rapportato alle richieste del Cliente o in relazione allo sviluppo del mercato.

	PRQ 10	<b>ANALISI DEI DATI E TECNICHE STATISTICHE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## **7. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**           Presidente
- **RSGQ**       Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**           Direzione Esecutiva;
- **UQRC**       Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**       Segreteria CDA;
- **SDE**       Segreteria DE;
- **SAN**       Area Sanitaria;
- **AMM**       Area Amministrativa;
- **SCM**       Area Strategica, Comunicazione e Marketing;
- **PERS**       Area del Personale;

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	PRQ 11	APPROVVIGIONAMENTO E VALUTAZIONE FORNITORI	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## 1. Scopo

Lo scopo della presente procedura è quello di determinare le attività e le relative responsabilità per assicurare che:

- Per tutte le collaborazioni professionali, i prodotti chimico/sanitari, le apparecchiature biomediche e le infrastrutture che possono influenzare la qualità dei servizi prodotti dalla **Fondazione centri di riabilitazione Padre Pio ONLUS** sia effettuata un'**indagine preliminare di mercato**;
- I collaboratori esterni siano scelti con criteri tali da assicurare il buon risultato dell'incarico;
- Vengano sempre definite prima le **condizioni di fornitura**;
- Sia costantemente verificata la qualità dei servizi, materiali e strumenti acquistati;
- I servizi e i prodotti acquistati all'esterno corrispondano alle esigenze reali;

## 2. Applicabilità

La presente procedura si applica ai fornitori presso i quali l'Azienda acquista beni e servizi professionali che influiscono sui processi aziendali e sulla qualità del prodotto/servizio erogato, software e hardware compresi.

## 3. Definizioni

Nelle attività svolte dalla Fondazione gli approvvigionamenti sono relativi a:

- Forniture per l'espletamento dei servizi svolti:** servizi di consulenza riguardanti l'erogazione del servizio di riabilitazione in regime residenziale, ambulatoriale e domiciliare.
- Mezzi di investimento:** elementi di arredo, impianti elettrici, telefonici e di collegamento in rete, apparecchi e attrezzature, software, hardware e simili che influenzino lo svolgimento dell'attività e la qualità del prodotto/servizio erogato; (Le modalità di approvvigionamento e gestione delle **attrezzature biomedicali** sono ulteriormente regolate dalla **ISTR 01 Manutenzione attrezzature biomediche**)
- Materiali di consumo:** servizi di assistenza all'attività della Fondazione, servizi e materiali per la manutenzione della sede e il comfort di chi vi lavora.

La procedura per ognuno dei tipi di approvvigionamento descritti è stata esplicitata al punto **6**.

	PRQ 11	APPROVVIGIONAMENTO E VALUTAZIONE FORNITORI	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

#### 4. Responsabilità

La procedura individua come responsabile **COM** (per l'approvvigionamento di materiali e servizi forniti da aziende esterne) e **PERS** (assunzione di personale consulente o professionisti esterni), i quali su incarico del **CDA**, in seguito a proposta della **DE**, e sentito l'**RSGQ**, si occupano di:

- Individuare la necessità di acquisizione di servizi specialistici/consulenze esterne e di attrezzature o altri mezzi tecnici, e di individuare i professionisti esterni (**outsourcing**) e i fornitori idonei;
- Decidere l'acquisizione dei beni e servizi richiesti dalla struttura aziendale, verificandone la necessità e congruità con le scelte strategiche e le disponibilità finanziarie;
- Decidere la composizione del gruppo di fornitori qualificati e in particolare, decidere se mantenere in questo gruppo quelli che hanno dato prove insoddisfacenti per qualità di prodotto o affidabilità di servizio.

**COM** è responsabile di mantenere il rapporto economico con i fornitori e di segnalare alla **DE** eventuali problemi.

**COM, PERS e RSGQ** sono responsabili di verificare la corretta gestione del gruppo di fornitori qualificati e di supportare la **DE** in eventuali azioni correttive verso fornitori che abbiano dato luogo a non conformità.

#### 5. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 6 e Sez. 7**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità.

#### 6. Modalità Operative

##### VALUTAZIONE DEI PROFESSIONISTI A CUI AFFIDARE INCARICHI PROFESSIONALI SPECIALISTICI:

L' **Area del Personale**, su incarico della **CDA**, mantiene sulla base della propria esperienza, o su segnalazioni ricevute da fonti affidabili, **elenco di professionisti specializzati** per affidare loro incarichi congrui con le loro specializzazioni quando queste si rendono necessarie per l'espletamento di un incarico.

	PRQ 11	APPROVVIGIONAMENTO E VALUTAZIONE FORNITORI	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Questo **outsourcing** riguarda conoscenze specifiche che la Fondazione possiede o comunque è in grado di valutare, ma che non è conveniente mantenere all'interno della struttura aziendale per ragioni di costo o per contingenze specifiche. Esso pertanto deve essere definito strategicamente dalla **DE**.

Una volta esercitata questa scelta, **PERS**, redige un elenco di professionisti scelti con i seguenti criteri, **condivisi con l'esperto interno**:

- Curriculum vitae del professionista, che comprovi l'effettuazione di prestazioni analoghe a quelle necessarie alla Fondazione per almeno i 2 anni precedenti;
- Verifiche sul mercato dell'effettiva capacità ed esperienza del Professionista;
- Eventuali altre occasioni di collaborazione in passato, che abbiano dato prova di facilità di rapporto e puntualità di esecuzione, oltre che di buona riuscita del servizio.

#### GESTIONE DELL'INCARICO:

**PERS**, su delega della **CDA**, ha la responsabilità di tutta la fase di scelta del professionista, di definizione dell'incarico e di controllo del servizio erogato. Tuttavia l'eventuale affidamento dell'incarico deve essere sempre autorizzato dal **CDA**.

Quando **PERS** verifica la necessità di un servizio esterno egli ne definisce i contenuti tecnici, gli aspetti temporali e quelli economici e formula quindi alla **DE** la proposta di acquisizione di tale servizio.

La proposta viene verificata dalla **DE** sulla base delle seguenti considerazioni:

- Risorse e competenze disponibili all'interno;
- Valutazioni economiche;
- Scadenza di altri contratti;
- Valutazioni strategiche.

Nella **Lista dei Fornitori Qualificati (MOD 022)** **PERS** deve individuare uno o più fornitori ai quali richiedere offerte; la **Lista Fornitori Qualificati (LFQ)** è tenuta ed aggiornata da **RSGQ** sul modulo corrispondente.

	<b>PRQ 11</b>	<b>APPROVVIGIONAMENTO E VALUTAZIONE FORNITORI</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Se nella **LFQ** i professionisti in grado di espletare l'incarico sono più di uno, **PERS** formula un'offerta e chiede disponibilità temporale a ciascuno di essi, valuta le risposte pervenute e seleziona l'offerta più conveniente dal punto di vista tecnico-economico. La proposta finale viene valutata e definita assieme alla **DE**; **PERS** procede quindi alla redazione del contratto di incarico, che viene poi firmato dal **Presidente**.

L'incarico viene redatto di solito come contratto di collaborazione professionale, rispettando quanto previsto dalla normativa vigente e deve riportare almeno le seguenti informazioni:

- Oggetto e definizione precisa dell'incarico;
- Prestazioni da fornire;
- Norme da rispettare;
- Standard qualitativi di riferimento;
- Verifiche e controlli periodici (eventuali) da eseguire a definiti step del servizio;
- Tempi del contratto;
- Compensi e modalità di pagamento.

L'incarico viene trasmesso in copia ad **AMM**, che lo registra e invia al fornitore prescelto in due copie, di cui una **da restituire firmata** per accettazione.

**RSGQ** è responsabile della sorveglianza dell'ordine, in modo che l'incarico sia completato nei termini previsti e nel rispetto delle condizioni pattuite; a tal fine effettua delle verifiche periodiche sulla qualità del servizio.

Il pagamento del fornitore da parte di **COM** può avvenire solo dopo il benestare della **Presidente**, che appone il proprio visto sulla fattura.

Qualora per un fornitore qualificato risulti una non conformità su di una fornitura, **RSGQ** deve trattare e registrare la non conformità come per le attività interne, secondo la **PRQ 08**. Successivamente si effettueranno controlli su almeno due forniture consecutive a cura di **RSGQ** o di personale incaricato dei rapporti col fornitore sotto osservazione. In caso di esito positivo i controlli saranno eliminati; in caso di esito negativo il fornitore sarà depennato dalla **LFQ**.

**RSGQ** deve registrare sulla **LFQ** il problema, allegando copia del **MOD 020 - Rapporto di Non Conformità**.

	PRQ 11	<b>APPROVVIGIONAMENTO E VALUTAZIONE FORNITORI</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

In caso di non conformità grave, il **CDA** può anche decidere di depennare subito il fornitore.

#### QUALIFICAZIONE DEI FORNITORI DI BENI E SERVIZI:

La procedura di qualificazione dei fornitori viene gestita dalla **DE** con la collaborazione di **RSGQ** e **COM**. Sono definiti **fornitori storici** quelli coi quali da tempo esiste un rapporto positivo di collaborazione e di cui sono noti gli aspetti principali:

- Capacità tecniche e professionalità;
- Adeguatezza di attrezzature ecc.

Per tali fornitori l'iscrizione nella **LFQ** è prevista qualora le forniture non abbiano presentato rilevanti non conformità per un periodo non inferiore a due anni.

La proposta di qualifica di un **nuovo fornitore** deve pervenire alla **CDA**, completa di eventuali referenze o descrizione delle potenzialità del fornitore (curriculum e/o prestazioni recenti), che il Responsabile dell'area richiedente il servizio deve richiedere. In particolare chi fa la richiesta deve raccogliere sistematicamente le informazioni relative a:

- Tipo di servizio fornito;
- Sistema di lavoro e risorse disponibili;
- Entità della forza lavoro;
- Principali referenze;
- Elementi di valutazione economica;
- Certificati/attestati di interesse per il servizio che potrebbe essere prestato;
- (eventuali) Certificazione del sistema di qualità ottenute.

Queste informazioni vengono raccolte nel **MOD 023 - Informazioni sul fornitore**, successivamente archiviato da **RSGQ**.

**RSGQ**, inoltre, valuta i dati raccolti e considera l'opportunità di ampliare la lista dei possibili fornitori. Se la valutazione finale dà esito positivo, il fornitore viene registrato sulla **LFQ** a cura di **RSGQ**.

**RSGQ** è responsabile della conservazione della Lista e procede al suo aggiornamento continuo sulla base della valutazione delle prestazioni del fornitore nel tempo e relative all'incarico affidato.

	PRQ 11	<b>APPROVVIGIONAMENTO E VALUTAZIONE FORNITORI</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

In caso di esito negativo vengono sospese le forniture fino a rimozione delle cause che hanno determinato il giudizio negativo.

#### APPROVVIGIONAMENTO DI MEZZI DI INVESTIMENTO:

**COM** ha la responsabilità di tutta la fase di valutazione delle proposte di acquisto, dell'acquisizione delle informazioni tecnico-economiche e valuta se l'investimento rientra nella strategia definita dalla **DE** della Fondazione. Fornisce quindi una proposta completa e ricevuta l'approvazione da parte del **CDA** si occupa dell'acquisto previa ricerca sul mercato.

Vengono di regola richieste almeno tre offerte (salvo prodotti obbligati); segue quindi la trattativa commerciale condotta da **COM** e la definizione dell'ordine, sulla base dell'offerta prescelta; l'ordine scritto deve essere sempre firmato dal Responsabile dell'area Amministrativa, salvo deleghe per assenza dalla sede.

Il **Delegato** interessato dall'acquisto del prodotto approvvigionato è quindi responsabile della sorveglianza della fornitura, sia dal punto di vista tecnico che da quello del rispetto dei termini di consegna. Il pagamento da parte di **COM** può avvenire solo dopo che il Responsabile di Area Amministrativa ha dato il proprio assenso, con visto sulla fattura.

**COM** deve inoltre curare la preparazione dell'eventuale documentazione interna per l'operatività, la gestione e la manutenzione di quanto acquistato.

#### APPROVVIGIONAMENTO DI MATERIALI DI CONSUMO:

Per le forniture e servizi che rientrano in questa categoria, di modesta entità e/o irrilevanti ai fini della qualità del servizio reso dalla Fondazione, non si ritiene necessario inserire i relativi fornitori nella **LFQ**.

**COM** e **RSGQ** sono tuttavia responsabili della verifica e aggiornamento delle condizioni relative ai fornitori, della valutazione di eventuali nuove proposte, ecc.

Sulla base delle richieste dei servizi aziendali vengono emessi gli ordini di acquisto, che dovranno essere in ogni caso autorizzati da **COM**.

### **7. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**                   Presidente

	PRQ 11	<b>APPROVVIGIONAMENTO E VALUTAZIONE FORNITORI</b>
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA

- **RSGQ**            Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**                Direzione Esecutiva;
- **UQRC**            Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**            Segreteria CDA;
- **SDE**                Segreteria DE;
- **SAN**                Area Sanitaria;
- **AMM**                Area Amministrativa;
- **SCM**                Area Strategica, Comunicazione e Marketing;
- **PERS**                Area del Personale;
- **COM**                Responsabile commerciale;

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.

	PRQ 01A	ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' RIABILITATIVA	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' RIABILITATIVA

---

- 1. Scopo**
- 2. Applicabilità**
- 3. Responsabilità**
- 4. Documenti di riferimento**
- 5. Erogazione del servizio**
- 6. Piano di diffusione**

### Stato e descrizione delle revisioni

Edizione	Data	Motivo della nuova revisione	Firma RGQ
1 – Rev.00		Prima emissione	
1 – Rev.01		Revisione	

	PRQ 01A	ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' RIABILITATIVA	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 1. Scopo

La presente procedura ha lo scopo di indicare le modalità adottate dalla Fondazione Padre Pio ONLUS, per la gestione dell'organizzazione dell'attività riabilitativa presso il presidio ambulatoriale denominato "Gli Angeli di Padre Pio". Nel rispetto di quanto descritto dal MQ e delle prescrizioni della normativa in vigore.

### 2. Applicabilità

La presente procedura si applica a tutte le funzioni coinvolte nel processo di organizzazione dell'attività riabilitativa presso il presidio ambulatoriale denominato "Gli Angeli di Padre Pio". Per quanto di loro competenza gli operatori saranno responsabilizzati lavorando in autocontrollo.

### 3. Responsabilità

Le responsabilità riguardanti il corretto svolgimento del processo sono attribuite al Direttore Sanitario del Presidio, nonché al personale Medico, sanitario e amministrativo coinvolto nel processo.

### 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 7.0, PRQ 04 – Erogazione del servizio**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità – Regolamento organizzativo – Carta dei Servizi.

### 5. Organizzazione dell'attività riabilitativa

Come indicato dal MQ, il Presidio Residenziale "Gli angeli di Padre Pio" svolge, in regime ambulatoriale e residenziale, i seguenti servizi riabilitativi:

- Riabilitazione Neurologica;
- Riabilitazione Ortopedica;
- Riabilitazione Pneumologica e Cardiovascolare;
- Riabilitazione Pediatrica;
- Riabilitazione Visiva;
- Riabilitazione Idrokinesiterapia;
- Riabilitazione Urologica

	PRQ 01A	ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' RIABILITATIVA	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- Riabilitazione Oncologica.

La specificità dei trattamenti è ampiamente descritta all'interno della Carta dei Servizi del presidio e l'attività riabilitativa, quale che sia il campo di applicazione, si svolge secondo quanto di seguito descritto

#### RICOVERO DEL PAZIENTE:

Per avere accesso alla struttura riabilitativa, il paziente dovrà presentare, al Front Office del centro o inviandola alla Segreteria Sanitaria, una richiesta di ricovero. La Segreteria Sanitaria effettua una valutazione della richiesta per stabilire se la richiesta di ricovero è congrua o meno. In caso negativo sarà inviata al paziente una comunicazione di ricovero non congruo. In caso, invece, il ricovero sia ritenuto congruo la Segreteria Sanitaria provvede ad inserire il nominativo in lista d'attesa e procede a programmare un periodo di ricovero. Smaltita la lista d'attesa, viene comunicata al paziente la data di ricovero. Al momento del ricovero il Front Office si occuperà dell'accoglienza del paziente e della raccolta della documentazione prevista. Svolte tutte le pratiche di accettazione e accoglienza, l'addetto al Front Office avviserà l'Infermeria, la quale provvederà ad assistere il paziente nella sistemazione in una delle stanze di degenza.

Il Paziente ricoverato inizierà il percorso riabilitativo previsto dal secondo giorno di ricovero.

#### PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE E DEFINIZIONE PERCORSO RIABILITATIVO:

Una volta ricoverato, il paziente sarà preso in carico dal Medico Specialista responsabile del percorso riabilitativo, il quale elabora il programma individuale di riabilitazione. Il Medico Specialista aggiorna i programmi riabilitativi e li invia all'Ufficio Coordinamento settimanalmente.

Contemporaneamente il Direttore Sanitario valuta se necessario utilizzare una unità di riabilitazione tecnologica e lo comunica all'Ufficio Coordinamento, al quale invierà un planning settimanale dell'utilizzo dell'unità tecnologica.

#### INCARICHI DELL'UFFICIO COORDINAMENTO:

L'Ufficio Coordinamento si occupa della programmazione e della gestione delle attività svolte e del personale impiegato. Nello specifico:

- Elabora il programma settimanale delle prestazioni;
- Verifica la programmazione quotidiana;
- Elabora un quadro orario interno e dei pazienti;
- Invia il quadro orario al Front Office per la stampa e la distribuzione ai Professionisti della Riabilitazione interessati;
- Gestisce le ferie e i permessi del personale;
- Si occupa delle richieste di potenziamento prestazionale;
- Riceve le indicazioni circa la riabilitazione tecnologica.

#### COMPITI DEL PROFESSIONISTA DELLA RIABILITAZIONE:

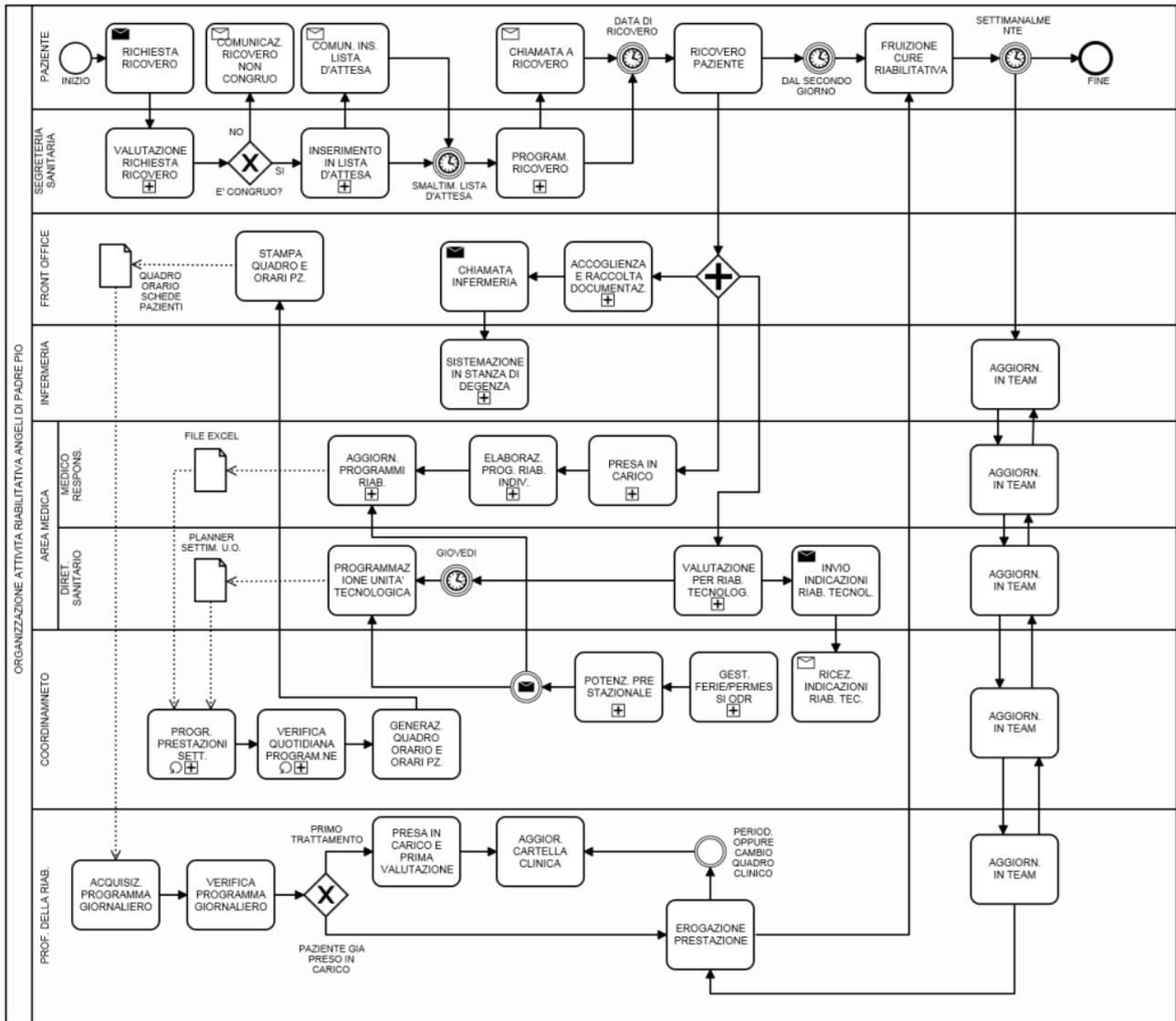
Definito il programma riabilitativo individuale del paziente, lo stesso viene affidato ad uno dei Professionisti della Riabilitazione del presidio.

	<b>PRQ 01A</b>	<b>ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' RIABILITATIVA</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Il terapeuta acquisisce il programma giornaliero e lo verifica. Se il paziente è al primo trattamento, svolge le operazioni di presa in carico e prima valutazione, aggiorna la cartella clinica ed eroga la prestazione. In caso il paziente sia già stato preso in carico, erogherà la prestazione definita.

Il processo descritto nella presente procedura, viene costantemente monitorato e aggiornato in Team dal personale medico individuato in tutte le fasi di svolgimento dell'attività. Tali aggiornamenti potrebbero influire sull'erogazione della prestazione.

Tutto il flusso delle attività sopra descritte è riassunto nella seguente figura:



	PRQ 01A	ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' RIABILITATIVA	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## 6. Piano di diffusione

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**           Presidente
- **RSGQ**       Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**           Direzione Esecutiva;
- **UQRC**       Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**       Segreteria CDA;
- **SDE**       Segreteria DE;
- **SAN**       Area Sanitaria;
- **DS**       Direttore Sanitario;
- **CAI**       Coordinatore Area Infermieristica;
- **CAR**       Coordinatore Area Riabilitazione;
- **CAS**       Coordinatore Area Sociale;

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	PRQ 02A	GESTIONE CARTELLE CLINICHE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 1. Scopo

La presente procedura ha lo scopo di indicare le modalità adottate dalla Fondazione Padre Pio ONLUS, per la gestione e l'archiviazione delle cartelle cliniche il presidio ambulatoriale denominato "Gli Angeli di Padre Pio". Nel rispetto di quanto descritto dal MQ e delle prescrizioni della normativa in vigore.

### 2. Applicabilità

La presente procedura si applica a tutte le funzioni coinvolte nel processo di gestione e archiviazione delle cartelle cliniche presso il presidio ambulatoriale denominato "Gli Angeli di Padre Pio". Per quanto di loro competenza gli operatori saranno responsabilizzati lavorando in autocontrollo.

### 3. Responsabilità

Le responsabilità riguardanti il corretto svolgimento del processo sono attribuite al Direttore Sanitario del Presidio, nonché al personale Medico, sanitario e amministrativo coinvolto nel processo.

### 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 4.2 e Sez. 7.0, PRQ 04 – Erogazione del servizio, PRQ 01 – Controllo dei documenti e delle registrazioni**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità – Regolamento organizzativo – Carta dei Servizi.

### 5. Gestione Cartelle Cliniche

#### RICOVERO DEL PAZIENTE:

Al ricovero di un nuovo paziente l'addetto al Front Office dovrà inserire in archivio i dati anagrafici dello stesso e verificare se il paziente ha già avuto accesso alla struttura o meno.

- Se il paziente risulta sconosciuto al sistema, l'addetto dovrà creare all'interno del database una nuova scheda anagrafica e assegnare ad essa un **numero di identificazione univoco**. Successivamente sarà creata una cartella clinica, che sarà inserita all'interno del fascicolo personale del paziente, appositamente preparato e identificato con il codice creato.

Il fascicolo sarà successivamente consegnato al personale incaricato del trattamento del

	PRQ 02A	GESTIONE CARTELLE CLINICHE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

paziente e sarà movimentato e riconsegnato all'archivio del reparto dove il paziente è ricoverato **esclusivamente dal personale addetto**.

- Nel caso il paziente risulti già registrato nel database, l'addetto all'accettazione preleverà il fascicolo personale del paziente dall'archivio generale (il sistema registrerà una variazione dello stato del fascicolo da **archiviato a prelevato**) e provvederà alla creazione di una nuova cartella clinica, che inserirà nello stesso fascicolo.  
Il fascicolo sarà successivamente consegnato al personale incaricato del trattamento del paziente e sarà movimentato e riconsegnato all'archivio del reparto dove il paziente è ricoverato **esclusivamente dal personale addetto**.

#### FINE RICOVERO PAZIENTE:

Al termine del percorso riabilitativo e successivamente alla dimissione dell'utente, il fascicolo del paziente sarà prelevato dal personale addetto dall'archivio di reparto per essere collocato nell'archivio generale della Fondazione.

Il flusso delle attività sopra descritte è riassunto nella figura posta alla fine di questa procedura.

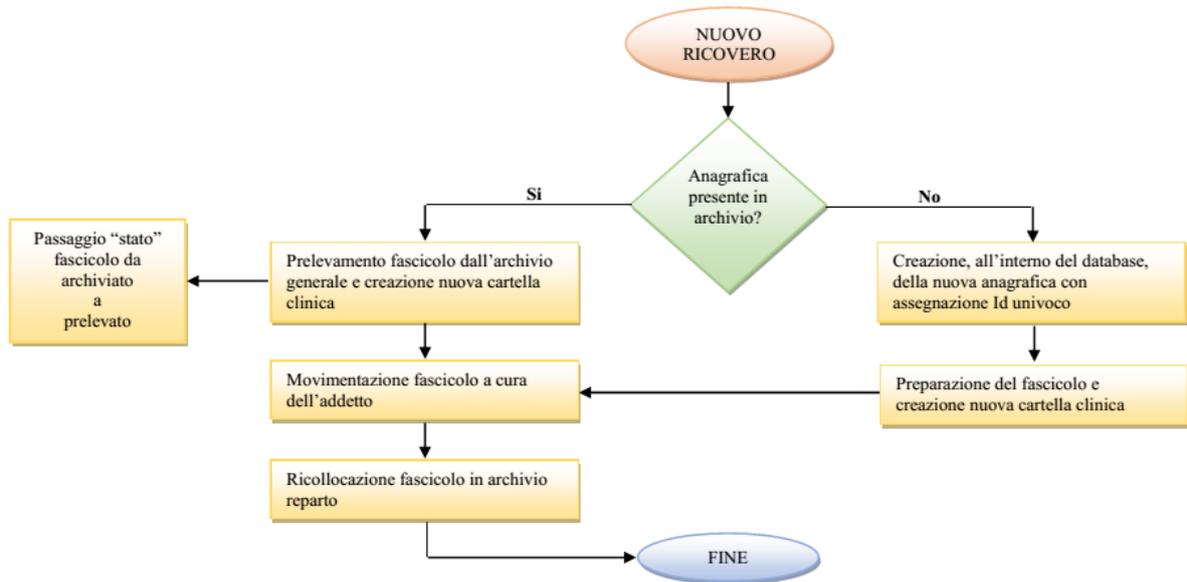
#### **6. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**           Presidente
- **RSGQ**       Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**           Direzioe Esecutiva;
- **UQRC**       Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**       Segreteria CDA;
- **SDE**       Segreteria DE;
- **SAN**       Area Sanitaria;
- **DS**       Direttore Sanitario;
- **CAI**       Coordinatore Area Infermieristica;
- **CAR**       Coordinatore Area Riabilitazione;
- **CAS**       Coordinatore Area Sociale;
- **FOF**       Front Office.

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.

	PRQ 02A	GESTIONE CARTELLE CLINICHE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017





	PRQ 03A	GESTIONE DEI SERVIZI PER L'UTENZA PRIVATA	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 1. Scopo

La presente procedura ha lo scopo di indicare le modalità adottate dalla Fondazione Padre Pio ONLUS, per la gestione dei servizi richiesti dall'utenza privata presso il presidio ambulatoriale e residenziale denominato "Gli Angeli di Padre Pio". Nel rispetto di quanto descritto dal MQ e delle prescrizioni della normativa in vigore.

### 2. Applicabilità

La presente procedura si applica a tutte le funzioni coinvolte nel processo di gestione servizi per l'utenza privata del presidio ambulatoriale e residenziale denominato "Gli Angeli di Padre Pio". Per quanto di loro competenza gli operatori saranno responsabilizzati lavorando in autocontrollo.

### 3. Responsabilità

Le responsabilità riguardanti il corretto svolgimento del processo sono attribuite al Direttore Sanitario del Presidio, nonché al personale Medico, sanitario e amministrativo coinvolto nel processo.

### 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 4.2 e Sez. 7.0, PRQ 04 – Erogazione del servizio, PRQ 01 – Controllo dei documenti e delle registrazioni**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità – Regolamento organizzativo – Carta dei Servizi.

### 5. Gestione Servizi

#### GESTIONE SOLVENTI:

##### *Ricovero in reparto:*

Alla ricezione di una richiesta di ricovero da parte di un cliente privato, su richiesta dello stesso sarà effettuata una previsione di ricovero in compartecipazione o in regime privato. Successivamente sarà effettuata una valutazione medica e in base alla prescrizione sarà emesso un preventivo, se accettato la pratica sarà trasferita all'ufficio Ricoveri per la programmazione.

##### *Health Fitness:*

Alla richiesta di utilizzo dell'area Health Fitness, il cliente sarà inserito in valutazione da parte di

	PRQ 03A	GESTIONE DEI SERVIZI PER L'UTENZA PRIVATA	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

uno dei medici della struttura. Se tale valutazione sarà positiva, gli verrà rilasciata una prescrizione medica.

La prescrizione medica rilasciata al paziente potrà prevedere:

1. Terapia manuale o strumentale per la quale sarà emesso un preventivo;
2. Prescrizione AFSA (Attività fisica sportiva adattata) e successivo inserimento in un corso specifico.

#### GESTIONE PREVENTIVI UTENZA PRIVATA:

Per il rilascio di un preventivo, successivamente all'avvenuto contatto con il cliente (telefonico o diretto), l'operatore dovrà chiedere allo stesso se è già in possesso di una prescrizione medica. In caso negativo, il cliente sarà inserito in valutazione presso uno dei professionisti medici della struttura.

Successivamente alla valutazione medica ovvero se già in possesso di prescrizione, dovrà essere creata, quando non presente, una scheda anagrafica del cliente. Una volta compilata l'anagrafica del paziente, sarà emesso un preventivo di spesa e sottoposto alla valutazione del cliente.

In caso di accettazione da parte del cliente, sarà programmata la terapia ed emesso un foglio firme, che sarà controllato al termine del periodo di terapia al fine di verificare il corretto svolgimento del servizio e l'eventuale rendicontazione.

In caso di rifiuto da parte del paziente il preventivo sarà archiviato.

#### PAGAMENTO:

A fronte delle prestazioni erogate il cliente dovrà provvedere al pagamento di quanto previsto dal preventivo. Tale pagamento sarà registrato sulla scheda personale del paziente e sarà emessa fattura secondo le modalità previste dalla procedura Contabilità Generale.

In caso di mancato pagamento, dopo due settimane il cliente riceverà un sollecito via e-mail.

Successivamente, passati 30 giorni dal mancato pagamento la pratica sarà inviata al Responsabile Contabilità Generale per l'avvio di un'azione legale.

#### INTRAMOENIA:

I professionisti operanti presso la struttura potranno richiedere l'autorizzazione all'esercizio ALPI. Se la richiesta sarà valutata positivamente, una volta ricevuta l'autorizzazione dovranno comunicare la data di inizio della propria attività ALPI. Riceveranno dalla Direzione un blocchetto numerato per l'emissione delle ricevute provvisorie, unitamente ad una ricevuta da riconsegnare firmata.

	<b>PRQ 03A</b>	<b>GESTIONE DEI SERVIZI PER L'UTENZA PRIVATA</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Ad ogni prestazione verrà emessa una ricevuta provvisoria. Al termine di ogni mese il professionista invierà alla Direzione gli incassi/versamenti e le relative ricevute provvisorie. La Direzione provvederà a:

- Verifica degli incassi;
- Conciliazione di incassi/versamenti con ricevute;
- Emissione ed invio fattura c/o domicilio del paziente;
- Contabilizzazione somma da erogare al professionista;
- Archiviazione documentazione c/o uffici preposti.

#### **6. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**           Presidente
- **RSGQ**       Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**            Direzione Esecutiva;
- **AMM**        Responsabile Amministrativo;
- **UQRC**       Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**       Segreteria CDA;
- **SDE**        Segreteria DE;
- **SAN**        Area Sanitaria;
- **DS**         Direttore Sanitario;
- **CSAN**       Coordinatore Area Sanitaria;
- **CAS**        Coordinatore Area Sociale;
- **FOF**        Front Office.
- **BOF**        Back Office

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	PRQ 04A	GESTIONE CONTABILE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 1. Scopo

La presente procedura ha lo scopo di indicare le modalità adottate dalla Fondazione Padre Pio ONLUS, per la gestione contabile dei servizi svolti presso il presidio ambulatoriale e residenziale denominato "Gli Angeli di Padre Pio". Nel rispetto di quanto descritto dal MQ e delle prescrizioni della normativa in vigore.

### 2. Applicabilità

La presente procedura si applica a tutte le funzioni coinvolte nel processo di contabilità dei servizi del presidio ambulatoriale e residenziale "Gli Angeli di Padre Pio". Per quanto di loro competenza gli operatori saranno responsabilizzati lavorando in autocontrollo.

### 3. Responsabilità

Le responsabilità riguardanti il corretto svolgimento del processo sono attribuite al Direttore Sanitario del Presidio, nonché al personale Medico, sanitario e amministrativo coinvolto nel processo.

### 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 4.2 e Sez. 7.0, PRQ 04 – Erogazione del servizio, PRQ 01 – Controllo dei documenti e delle registrazioni**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità – Regolamento organizzativo – Carta dei Servizi.

### 5. Gestione Contabile

#### GESTIONE CONTABILITA' GENERALE:

All'incasso di quanto dovuto per le prestazioni erogate (vedi PRQ03A) l'ufficio amministrativo procede all'emissione e alla consegna/invio del documento contabile relativo al tipo di prestazione effettuata.

#### *Emissione ricevuta fiscale:*

La ricevuta fiscale viene emessa in caso di abbonamenti o accessi AFSA per l'uso della struttura Health Fitness. Gli incassi corrispondenti alle ricevute emesse saranno registrati a fine giornata all'interno del registro dei corrispettivi. Gli incassi saranno poi registrati a fine mese nel programma gestionale di Contabilità Generale (Teamsystem). Successivamente sarà effettuato un controllo

	PRQ 04A	GESTIONE CONTABILE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

per la verifica della corrispondenza tra i versamenti effettuati e gli incassi ricevuti sui c/C della Fondazione

*Emissione fattura:*

Per le prestazioni di reparto, viene emessa fattura. Le fatture di vendita saranno archiviate nei fascicoli "sez. 06". Sarà effettuata inoltre l'importazione delle fatture emesse all'interno dei partitari clienti e sarà effettuato un controllo per la verifica della corrispondenza tra i versamenti effettuati e gli incassi ricevuti sui c/C della Fondazione

**GESTIONE CASSA:**

All'incasso delle prestazioni erogate e successivamente all'emissione del documento contabile di tali prestazioni, sarà elaborata una ricevuta di versamento con riferimento al numero di fattura/ricevuta fiscale, all'importo incassato e alla modalità di pagamento. Il denaro sarà poi consegnato insieme alla ricevuta emessa al Direttore Amministrativo che apporrà, per dimostrare la ricezione, la propria firma sull'apposito modulo. La ricevuta sarà poi archiviata nell'ufficio del responsabile amministrativo della struttura. Sarà cura successivamente della Direzione amministrativa inviare una ricevuta contabile di versamento, che sarà infine archiviata, allegandola alla ricevuta di riferimento.

**RENDICONTAZIONE:**

All'accesso di un paziente presso la struttura residenziale "Gli Angeli di Padre Pio", sarà creata una scheda anagrafica con l'inserimento dei dati del paziente e dell'impegnativa presentata. Il paziente sarà inserito all'interno del foglio presenze pazienti.

La scheda anagrafica del paziente e i dati della documentazione sanitaria saranno inseriti nel programma gestionale 4Handy, utilizzato dalla Fondazione. Inoltre sarà preparato un fascicolo contenente la documentazione cartacea necessaria.

Al termine di ogni mese, sarà generato per ogni singolo paziente un file contabile, che terrà conto delle giornate di assenza e di presenza (terapeutica e non). Sarà così possibile generare un registro presenze suddiviso per tipologia di ricovero (estensiva e intensiva). I dati saranno poi confrontati per verificare il corretto inserimento nel programma gestionale e se corretti sarà approntato un plico cartaceo che sarà consegnato all'ufficio amministrativo. I ricoveri "Fuori Regione" saranno estrapolati e consegnati in formato elettronico.

*File UVAR:*

In seguito al ricovero di un paziente sarà prodotto, come richiesto dall'ASL di Foggia un file denominato UVAR. I dati inseriti all'interno del file UVAR saranno confrontati con quanto presente in 4Handy e con il foglio presenze. In caso il dati non contengano errori il file UVAR sarà trascritto su un CD-ROM e consegnato al Direttore Amministrativo che provvederà all'invio all'ASL.

**6. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

	<b>PRQ 04A</b>	<b>GESTIONE CONTABILE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- **PRS**           Presidente
- **RSGQ**       Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**            Direzione Esecutiva;
- **AMM**         Responsabile Amministrativo;
- **UQRC**        Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**        Segreteria CDA;
- **SDE**         Segreteria DE;
- **SAN**         Area Sanitaria;
- **DS**          Direttore Sanitario;
- **CSAN**        Coordinatore Area Sanitaria;
- **CAS**         Coordinatore Area Sociale;
- **FOF**         Front Office.
- **BOF**         Back Office

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	PRQ 05A	ATTIVITA' SANITARIA	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 1. Scopo

La presente procedura ha lo scopo di indicare le modalità adottate dalla Fondazione Padre Pio ONLUS, per la gestione dell'attività sanitaria presso il presidio ambulatoriale e residenziale denominato "Gli Angeli di Padre Pio". Nel rispetto di quanto descritto dal MQ e delle prescrizioni della normativa in vigore.

### 2. Applicabilità

La presente procedura si applica a tutte le funzioni coinvolte nel processo di erogazione dell'attività sanitaria presso il presidio ambulatoriale e residenziale denominato "Gli Angeli di Padre Pio". Per quanto di loro competenza gli operatori saranno responsabilizzati lavorando in autocontrollo.

### 3. Responsabilità

Le responsabilità riguardanti il corretto svolgimento del processo sono attribuite al Direttore Sanitario del Presidio, nonché al personale Medico, sanitario e amministrativo coinvolto nel processo.

### 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 7.0, PRQ 04 – Erogazione del servizio**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità – Regolamento organizzativo – Carta dei Servizi.

### 5. Svolgimento attività

#### RICOVERO DEL PAZIENTE:

Al momento del ricovero (PRQ01A) vengono valutate le condizioni cliniche del paziente, che nel caso fossero instabili sarà trasferito al PS. In caso il paziente presenti condizioni cliniche stabili sarà assegnato un posto letto e il medico di turno presente provvederà a compilare la cartella clinica (PRQ02A). Il paziente sarà poi sottoposto a valutazione da parte di uno specialista in fisiatria che compilerà le opportune scale di valutazione.

Il personale sanitario provvederà poi a comporre il progetto riabilitativo e ad individuare la tipologia di trattamenti e l'intensità dell'esercizio, che saranno comunicati al Coordinatore Sanitario. Il paziente

	PRQ 05A	ATTIVITA' SANITARIA	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

dovrà firmare il consenso informato per il trattamento riabilitativo, il consenso al trattamento dei dati sensibili ed un consenso per la divulgazione di materiale audio-video.

In caso sia necessario sarà impostata una terapia farmacologica e comunicata all'area infermieristica. Al termine delle operazioni di ricovero del paziente sarà compilata una relazione di presa in carico, che sarà inviata all'area amministrativa.

#### DIMISSIONE PAZIENTE:

Due settimane prima del termine del percorso riabilitativo, sarà valutata la necessità del paziente di continuare il trattamento intensivo in regime residenziale. Se tale necessità non persiste sarà comunicata al paziente la data di dimissione.

In caso persistesse la necessità del trattamento in regime residenziale, sarà richiesta una proroga del trattamento all'ASL. Se accolta sarà comunicato al paziente il proseguimento del trattamento. In caso la richiesta di proroga non sia stata accolta, sarà comunicata al paziente la data di dimissione e gli sarà avanzata una proposta di ricovero solvente (PRQ03A).

#### INSTABILITA' CLINICA:

In caso di comparsa di episodi di instabilità clinica, il paziente sarà valutato dal medico di turno che valuterà la necessità di cure o indagini ospedaliere. In caso affermativo il medico contatterà il 118 per l'invio del paziente in Pronto Soccorso. Se recuperata la stabilità clinica il paziente rientrerà in struttura altrimenti sarà ricoverato in reparto per acuti. Dopo tre giorni sarà rivalutato il recupero della stabilità clinica, se affermativo il paziente rientrerà presso la struttura della Fondazione altrimenti sarà dimesso.

#### NECESSITA' DI ESAMI DIAGNOSTICI:

Se dovesse palesarsi per il paziente la necessità di svolgere esami di laboratorio, strumentali e visite specialistiche durante il periodo di ricovero presso "Gli Angeli di Padre Pio", sarà presentata richiesta al medico di medicina generale che segue il paziente richiedendo il recapito delle ricette presso la struttura. Alla ricezione delle ricette saranno effettuati i prelievi (nei giorni Lunedì, Mercoledì, Venerdì) oppure si provvederà alla prenotazione degli esami strumentali e delle visite specialistiche del caso, presso la Casa Sollievo della Sofferenza o presso gli uffici ASL.

	<b>PRQ 05A</b>	<b>ATTIVITA' SANITARIA</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### RIVALUTAZIONE CLINICA:

Sulla base delle valutazioni ricavate del personale sanitario durante l'attività di visita dei pazienti per il controllo della terapia farmacologica e delle condizioni cliniche generali, a cadenza settimanale il Team Riabilitativo si riunisce per valutare il raggiungimento degli obiettivi, valutare le motivazioni di eventuali obiettivi non raggiunto e definire nuovi obiettivi a breve termine.

### AUSILI TERAPEUTICI:

In caso di necessità di ausili terapeutici da parte del paziente, il caso sarà sottoposto a valutazione da parte del medico specialista, eventualmente del terapeuta occupazionale e del tecnico ortopedico. Se il team avrà valutato la necessità di ausili, sarà programmata una prova degli ausili da prescrivere al paziente e successivamente all'esito positivo della prova sarà prescritto al paziente l'ausilio di cui ha necessità.

## **6. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**           Presidente
- **RSGQ**       Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**           Direzione Esecutiva;
- **UQRC**       Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**       Segreteria CDA;
- **SDE**       Segreteria DE;
- **SAN**       Area Sanitaria;
- **DS**       Direttore Sanitario;
- **CAI**       Coordinatore Area Infermieristica;
- **CAR**       Coordinatore Area Riabilitazione;
- **CAS**       Coordinatore Area Sociale;

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	PRQ 06A	CUSTOMER SATISFACTION	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 1. Scopo

La presente procedura ha lo scopo di indicare le modalità adottate dalla Fondazione Padre Pio ONLUS, per la gestione, la raccolta e l'analisi dei dati circa la soddisfazione del cliente presso il presidio ambulatoriale e residenziale denominato "Gli Angeli di Padre Pio". Nel rispetto di quanto descritto dal MQ e delle prescrizioni della normativa in vigore.

### 2. Applicabilità

La presente procedura si applica a tutte le funzioni coinvolte nel processo di raccolta e analisi dei dati presso il presidio ambulatoriale denominato "Gli Angeli di Padre Pio". Per quanto di loro competenza gli operatori saranno responsabilizzati lavorando in autocontrollo.

### 3. Responsabilità

Le responsabilità riguardanti il corretto svolgimento del processo sono attribuite al Direttore Sanitario del Presidio, nonché al personale Medico, sanitario e amministrativo coinvolto nel processo.

### 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 4.2 e Sez. 7.0, PRQ 04 – Erogazione del servizio, PRQ 01 – Controllo dei documenti e delle registrazioni**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità – Regolamento organizzativo – Carta dei Servizi.

### 5. Raccolta e analisi dei dati

Almeno tre giorni prima della dimissione, l'Assistente Sociale consegnerà ai pazienti ricoverati un questionario di customer satisfaction, illustrandone il contenuto e la compilazione. Il paziente riconsegnerà il questionario il giorno della dimissione e lo stesso Assistente Sociale, provvederà ad inserire i dati in un database mensile.

Una volta verificato il corretto inserimento dei dati, il Coordinatore Sanitario elaborerà una statistica e produrrà un rapporto di analisi delle Customer Satisfaction che sarà inviato al Direttore Sanitario e all'Ufficio Qualità e Rischio Clinico che lo sottoporrà al RSGQ.

	<b>PRQ 06A</b>	<b>CUSTOMER SATISFACTION</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Di concerto con il Responsabile del Sistema di gestione della Qualità, il Direttore Sanitario analizzerà il rapporto di analisi della Customer Satisfaction ed elaborerà delle strategie migliorative per il SGQ. Le strategie elaborate saranno poi diffuse a tutti i reparti.

## **6. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**           Presidente
- **RSGQ**       Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**           Direzioe Esecutiva;
- **AMM**       Responsabile Amministrativo;
- **UQRC**       Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**       Segreteria CDA;
- **SDE**       Segreteria DE;
- **SAN**       Area Sanitaria;
- **DS**       Direttore Sanitario;
- **CSAN**       Coordinatore Area Sanitaria;
- **CAS**       Coordinatore Area Sociale;
- **FOF**       Front Office.
- **BOF**       Back Office

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	PRQ 06A	GESTIONE PERMESSI/RECUPERI PERSONALE STRUTTURA A CICLO CONTINUATIVO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 1. Scopo

La presente procedura ha lo scopo di indicare le modalità adottate dalla Fondazione Padre Pio ONLUS, per la gestione dei permessi/recuperi per il personale operante presso il presidio ambulatoriale e residenziale denominato “Gli Angeli di Padre Pio”. Nel rispetto di quanto descritto dal MQ e delle prescrizioni della normativa in vigore.

### 2. Applicabilità

La presente procedura si applica a tutte le funzioni coinvolte nel processo di gestione dei permessi/recuperi per il personale operante presso il presidio ambulatoriale e residenziale denominato “Gli Angeli di Padre Pio”. Per quanto di loro competenza gli operatori saranno responsabilizzati lavorando in autocontrollo.

### 3. Responsabilità

Le responsabilità riguardanti il corretto svolgimento del processo sono attribuite al Direttore Sanitario del Presidio, nonché al personale Medico, sanitario e amministrativo coinvolto nel processo.

### 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 4.2 e Sez. 7.0, PRQ 04 – Erogazione del servizio, PRQ 01 – Controllo dei documenti e delle registrazioni**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità – Regolamento organizzativo – Carta dei Servizi.

### 5. Gestione permessi/recuperi

Ogni richiesta di permesso o recupero da parte del personale, dovrà essere presentata utilizzando l'apposita modulistica e sarà valutata dal Coordinatore Sanitario che comunicherà al dipendente l'esito della propria valutazione.

In caso sia possibile concedere il permesso o il recupero richiesto il Coordinatore Sanitario inserirà i dati corrispondenti nel registro permessi. Il primo giorno di ogni mese, sarà effettuata una verifica del registro e saranno comunicate a tutti i dipendenti, a mezzo affissione in bacheca le ore a debito.

	<b>PRQ 06A</b>	<b>GESTIONE PERMESSI/RECUPERI PERSONALE STRUTTURA A CICLO CONTINUATIVO</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Il personale sarà tenuto a recuperare il permesso di cui ha usufruito. In caso di rinuncia a tale recupero sarà inviata al dipendente una comunicazione scritta di richiamo e successivamente sarà avviato e comunicato un provvedimento disciplinare.

Il Coordinatore Sanitario inoltre, a scadenza trimestrale, invia al Direttore Sanitario il registro permessi. DS provvederà ad inviare al dipendente in debito orario, una comunicazione scritta circa la sua situazione dalla quale potrà successivamente essere avviato un procedimento disciplinare. Effettuati eventuali ulteriori controlli, il DS invierà il registro con i dati trimestrali all'Ufficio Risorse umane che provvederà all'applicazione di quanto previsto dalla normativa in vigore.

## **6. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**           Presidente
- **RSGQ**       Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**           Direzioe Esecutiva;
- **AMM**       Responsabile Amministrativo;
- **UQRC**       Ufficio Qualità e Rischio Clinico;
- **SCDA**       Segreteria CDA;
- **SDE**       Segreteria DE;
- **SAN**       Area Sanitaria;
- **DS**       Direttore Sanitario;
- **CSAN**       Coordinatore Area Sanitaria;
- **CAS**       Coordinatore Area Sociale;
- **FOF**       Front Office.
- **BOF**       Back Office

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	ISTR 01	<b>GESTIONE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### 1. Scopo

La presente istruzione di lavoro ha lo scopo di definire le modalità e le relative responsabilità riguardanti la programmazione e l'acquisto di apparecchiature biomedicali, la donazione, la gestione anche in periodi di prova, il collaudo, la manutenzione ordinaria e straordinaria, le verifiche periodiche, la dismissione e l'acquisto di materiali consumabili, relativi alle apparecchiature biomedicali in uso presso i presidi della Fondazione.

### 2. Applicabilità

Questa Istruzione si applica alla gestione di tutte le apparecchiature biomedicali in uso presso i presidi della Fondazione e che influiscono sui processi aziendali e sulla qualità del prodotto/servizio erogato.

### 3. Responsabilità

La responsabilità di quanto descritto di seguito è individuata come segue:

- Acquisto

sono responsabili del processo di acquisto delle apparecchiature biomedicali:

- Direzione Sanitaria
- Responsabile Sanitario di Presidio (**RS**);
- Responsabile Servizio Ingegneria Clinica (RSIC).

- Donazione

una volta effettuato l'acquisto di un'apparecchiatura, i responsabili del processo sono:

- Responsabile Sanitario di Presidio (**RS**);
- Responsabile Servizio Ingegneria Clinica (RSIC).

- Collaudo

una volta effettuato l'acquisto di un'apparecchiatura, i responsabili del processo sono:

- Responsabile Ufficio Tecnico (**RUT**);
- Responsabile Servizio Ingegneria Clinica (RSIC);

	ISTR 01	GESTIONE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- Tecnico ditta esecutrice.
- Gestione  
sono responsabili del processo di gestione delle apparecchiature in visione/prova:
  - Responsabile Servizio Ingegneria Clinica (**RSIC**);
  - Responsabile Sanitario di Presidio (**RS**);
  - Direzione Esecutiva (**DE**).
- Acquisto di materiali consumabili  
l'acquisto dei materiali consumabili relativi alle apparecchiature biomedicali è affidato alla responsabilità di:
  - Responsabile Servizio Ingegneria Clinica (**RSIC**);
  - Responsabile Sanitario di Presidio (**RS**);
  - Responsabile Area Amministrativa (**AMM**).
- Manutenzione  
i responsabili del processo di manutenzione sono:
  - Responsabile Sanitario di Presidio (**RS**);
  - Responsabile Servizio Ingegneria Clinica (**RSIC**);
  - Responsabile Area Amministrativa (**AMM**);
  - Tecnico ditta esecutrice
- Fuori Uso - Dismissione di apparecchiature biomedicali  
le responsabilità della dismissione di apparecchiature fuori uso sono affidate a:
  - Responsabile Sanitario di Presidio (**RS**);
  - Responsabile Servizio Ingegneria Clinica (**RSIC**);
  - Direzione Esecutiva (**DE**).

#### 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez. 6 e Sez. 7**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità.

	ISTR 01	<b>GESTIONE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## 5. Modalità Operative

### ACQUISTO DI APPARECCHIATURE BIOMEDICALI E RELATIVI MATERIALI CONSUMABILI:

La **Direzione Esecutiva** e il **Responsabile Sanitario** possono proporre l'acquisizione di nuove apparecchiature biomediche compilando il **MOD 023** ed inviandolo al **Servizio Ingegneria Clinica**.

La Richiesta di Acquisto di una nuova attrezzatura può essere riconducibile a:

1. Strategie aziendali.
2. Rinnovo Urgente: si ha in conseguenza di un fuori uso indifferibile, quando occorre acquisire al più presto una nuova apparecchiatura in sostituzione di quella non più utilizzabile, per far fronte alle esigenze del Presidio.
3. Rinnovo programmato: si riferisce all'acquisto di nuove apparecchiature in sostituzione di quelle che col passare del tempo diventano vecchie e obsolete.
4. Potenziamento: si realizza attraverso l'acquisizione di una nuova apparecchiatura in conseguenza di un aumento della richiesta di una data prestazione, o con l'acquisto di nuove tipologie di apparecchiature destinate ad allestire un nuovo servizio o con la decisione di introdurre nuovi dispositivi e tecnologie emergenti che si rendano disponibili con lo scopo di migliorare il tipo e la qualità dell'offerta diagnostica e terapeutica.

Per strategie aziendali, la Direzione Esecutiva, supportata dalla valutazione tecnica da parte del Servizio Ing. Clinica, può proporre l'acquisto di apparecchiature biomedicali al Consiglio di Amministrazione.

Nel caso di rinnovo urgente, il Responsabile Sanitario può proporre l'acquisto in qualsiasi periodo dell'anno.

Nel caso di rinnovo programmato e potenziamento, il Responsabile Sanitario deve compilare ed inviare modulo tra il 01 Settembre e il 31 Ottobre dell'anno di riferimento. Il piano di acquisto sarà determinato annualmente.

Per la proposta di potenziamento, il Responsabile Sanitario invierà assieme al modulo di richiesta

	ISTR 01	<b>GESTIONE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

una relazione dettagliata, nella quale deve specificare: i vantaggi e gli svantaggi dell'apparecchiatura, la documentazione scientifica d'efficacia, la stima di utilizzo, le eventuali nuove prestazioni eseguibili oppure l'aumento dell'attività stimato oppure il miglioramento qualitativo delle prestazioni fornite. Seguirà, dunque, una prima valutazione delle proposte da parte del Servizio Professioni Mediche e le apparecchiature ritenute necessarie saranno soggette alle procedure d'acquisto previa valutazione tecnica da parte del Servizio Ing Clinica.

Per il rinnovo programmato sarà eseguita una valutazione tecnica dal Servizio Ing. Clinica per proseguire con le procedure di acquisto.

La Direzione Esecutiva valuterà il piano di acquisto proposto apportando tutte le eventuali modifiche e rimodulando, se necessario, le priorità.

Successivamente alla richiesta di acquisto da parte delle Funzioni sopra descritte, **RSIC** richiederà dei preventivi, almeno tre, alle ditte fornitrici. I tre preventivi migliori saranno inviati al **Responsabile Area Amministrativa**, che accetterà quello ritenuto migliore sulla base di parametri qualitativi, economici e di affidabilità. Effettuata la scelta, il **Servizio Ingegneria Clinica**, comunica l'ordine alla ditta fornitrice. Alla ricezione del materiale richiesto **RSIC** invierà la ricevuta e il ddt ad **AMM**.

Per quanto riguarda i materiali consumabili, sarà possibile al momento del bisogno inviare il **MOD 022** al **RSIC** che provvederà alla procedura di acquisto sopra descritta.

#### COLLAUDO DI ACCETTAZIONE DELLE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE:

Evasi gli ordini di fornitura delle apparecchiature da parte del **COM**, il **Responsabile dell'Ufficio Tecnico** li consegna al **Servizio Ingegneria Clinica** che si adopera per l'attivazione della procedura d'installazione e collaudo. Dopo un controllo preliminare della documentazione necessaria viene eseguita, dal **tecnico della ditta esecutrice della commessa** l'installazione e le relative verifiche di sicurezza elettrica e funzionali. I risultati vengono riportati sul **Verbale di collaudo della ditta esecutrice e nel MOD 024**, modello necessario per l'inventariazione. Andato a buon fine il collaudo dell'apparecchiatura in questione, si procede alla formazione del personale sanitario addetto al suo utilizzo da parte del Tecnico che rilascerà la documentazione attestante

	ISTR 01	<b>GESTIONE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

l'addestramento del personale sanitario, **MOD 025**. Successivamente il **Servizio Ingegneria Clinica** provvederà all'inventariazione e predisposizione del libro macchina su supporto cartaceo o informatico. La fine del processo, con esito positivo o negativo, sarà comunicata al **Responsabile Sanitario di Presidio**, alla **Direzione Esecutiva** ed al **RSPP**, quest'ultimo dovrà aggiornare il documento di valutazione dei rischi.

#### GESTIONE DI APPARECCHIATURE BIOMEDICALI IN VISIONE/PROVA:

In caso il RS sia interessato alla visione/prova di determinate apparecchiature, sarà il **RSIC** a prendere accordi con l'**Azienda Fornitrice** inviando un modulo per la richiesta di cessione in visione/prova delle apparecchiature di interesse **MOD 026** e indicando nello stesso i documenti da allegare. Il bene in visione sarà valutato dal **RS** del presidio interessato e verrà strutturato un progetto da sottoporre alla **DE**. In caso la valutazione sia positiva, su autorizzazione della **DE**, il **Responsabile del Servizio Ingegneria Clinica** prenderà accordi con il fornitore su data e modalità di consegna. Una volta ricevuta l'apparecchiatura e superata la procedura di collaudo, **RS** è responsabile della gestione del periodo di prova. Terminato tale periodo sarà **RSIC** a instaurare contatti con il fornitore per la restituzione del bene. Le apparecchiature in presa visione non saranno inventariate. Il RS fornirà valutazione dettagliato sul periodo di prova alla DE.

#### PIANO DI MANUTENZIONE DELLE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE:

Sulla base di quanto previsto dai manuali operativi delle apparecchiature, dalle normative vigenti, e dalle indicazioni delle ditte fornitrici, il **RSIC** ha la responsabilità di programmare le attività di manutenzione e dei controlli periodici di sicurezza e funzionalità, quindi stilare un calendario degli interventi. Le attività saranno affidate saranno distinte in:

- Manutenzione ordinaria (preventiva): insieme delle azioni volte a conservare l'apparecchiatura in condizioni specificate e ad assicurare la sua disponibilità.
- Manutenzione straordinaria (correttiva): manutenzione effettuata a seguito di un'avaria sull'apparecchiatura.
- Verifiche periodiche: ispezione visiva e prove strumentali, eseguite ad intervalli di tempo definiti dalle normative vigenti, necessarie per la valutazione della sicurezza elettrica e funzionale di un'apparecchiatura biomedica.

	ISTR 01	<b>GESTIONE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

Il **Tecnico** interessato (ditta esecutrice) esegue gli interventi previsti, producendo alla fine dell'intervento un rapporto di fine lavoro che dovrà essere controfirmato da **RSIC** e registrato nel libro macchina. A fine intervento devono essere aggiornati gli scadenziari.

Circa le verifiche periodiche, nel caso in cui fossero riscontrate violazioni tali da pregiudicare la sicurezza del paziente e/o dell'operatore, l'apparecchiatura biomedicale sarà posta in fuori uso programmato ed avviata la manutenzione straordinaria.

Quando si verifica il guasto di un'apparecchiatura (manutenzione straordinaria), il **RS** di presidio invia una richiesta di intervento al **RSIC MOD 027**. Il **Servizio Ingegneria Clinica** valuterà una delle seguenti linee di azione:

- Riparazione in garanzia: nel caso l'apparecchiatura sia ancora coperta da garanzia sarà richiesto un intervento da parte del Tecnico della ditta fornitrice. Tale intervento sarà poi convalidato da un rapporto di fine lavoro e registrato sul libro macchina. In caso alla scadenza del periodo di garanzia sia stato stipulato un contratto di estensione, si provvederà prima all'analisi del contratto per avere la certezza che l'intervento sia coperto dall'estensione di garanzia;
- Intervento interno: il **RSIC** valuterà la possibilità di effettuare un intervento di manutenzione interno. Se possibile sarà incaricato un Tecnico interno che alla fine dell'intervento produrrà un rapporto di fine lavoro e registrerà l'intervento sul libro macchina;
- Intervento esterno: in caso non ci sia possibilità di effettuare un intervento interno, **RSIC** richiederà un parere e un preventivo ad una ditta specializzata. Se il preventivo è adeguato economicamente, sarà inviato al **Responsabile Area Amministrativa** per l'accettazione. Accettato il preventivo, il Tecnico della ditta incaricata procederà alla riparazione e produrrà alla fine dell'intervento un rapporto di fine lavoro. L'intervento sarà registrato sul libro macchina.

In caso non sia possibile effettuare alcun intervento di riparazione o nel caso di preventivo antieconomico, si procederà ad attuare la dismissione dell'apparecchiatura non funzionante.

	ISTR 01	<b>GESTIONE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

### DONAZIONE DI APPARECCHIATURE BIOMEDICALI

Un'azienda o una persona fisica possono inoltrare proposta di donazione di un'apparecchiatura biomedica tramite il **Responsabile di Presidio** compilando il **MOD 028** ed inviandolo al Servizio Ing. Clinica.

Solo nel caso di parere tecnico positivo da parte del SIC seguirà procedura di collaudo e comunicazione dell'avvenuta donazione alla **Direzione Esecutiva** ed al **Responsabile di Presidio**.

### FUORI USO – DISMISSIONE DI APPARECCHIATURE BIOMEDICALI:

In seguito ad un guasto, alla fine di un periodo programmato o per nuove esigenze sopravvenute **RSIC** produce una dichiarazione di fuori uso temporaneo, indifferibile o programmato, come di seguito specificato **MOD 029**.

- Fuori uso temporaneo: in caso di fuori uso temporaneo di un'apparecchiatura, si attiverà la procedura di manutenzione correttiva per la riparazione della stessa;
- Fuori uso programmato: alla fine del ciclo di utilizzo di un'apparecchiatura vengono valutate le condizioni della stessa. Se funzionante si provvederà alla dismissione per vendita/donazione, altrimenti si provvederà allo smaltimento o demolizione dell'apparecchiatura;
- Fuori uso indifferibile: Si procede allo smaltimento dell'apparecchiatura. **RS** può fornire una proposta eventuale di acquisto **MOD 028**, per una nuova apparecchiatura che sarà valutata secondo le procedure interne della Fondazione.

## **6. Piano di diffusione**

La presente Procedura è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS**                   Presidente
- **RSGQ**               Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE**                   Direzione Esecutiva;
- **SGR**               Segreteria;
- **SAN**               Area Sanitaria;

	ISTR 01	<b>GESTIONE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

- **AMM**                    Area Amministrativa;
- **SCM**                    Area Strategica, Comunicazione e Marketing;
- **PERS**                    Area del Personale;
- **SIC**                      Servizio Ingegneria Clinica.

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.



	ISTR 02	GESTIONE DEL PROTOCOLLO	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

## 1. Scopo

La presente istruzione di lavoro ha lo scopo di definire le modalità e le relative responsabilità riguardanti il protocollo e la distribuzione della documentazione sia interna che esterna alla Fondazione.

## 2. Applicabilità

Questa Istruzione si applica alla gestione di tutta la documentazione in entrata/uscita (proveniente sia dall'esterno che dall'interno) presso la Direzione e i presidi della Fondazione.

## 3. Responsabilità

La responsabilità della gestione dei flussi documentali è imputata al responsabile dell'Ufficio Protocollo ed al personale addetto allo stesso ufficio.

## 4. Documenti di riferimento

**MQ Sez.4.2 e Sez. 4.3, PRQ 01 – Controllo dei documenti e delle registrazioni**, Revisione vigente del Sistema di Gestione per la Qualità.

## 5. Modalità Operative

L'Ufficio Protocollo ha il compito di trattare sotto il profilo giuridico e gestionale tutte le scritture e documenti in entrata e uscita dall'organizzazione ed anche eventualmente documenti di rilievo esclusivamente interno.

All'arrivo di qualsiasi documento o scrittura è compito dell'Ufficio Protocollo:

- Apporre la data di ricezione/invio sul documento;
- Numerare i documenti e gli atti con un numero progressivo ed in forma non modificabile;
- Riportare gli estremi dei documenti/atti trattati su appositi registri;
- Riportare sui registri l'ufficio o la persona alla quale il documento sarà smistato;
- Smistare la documentazione già protocollata agli uffici/persone interessati (documentazione in entrata);
- Procedere all'invio della documentazione in uscita.

I documenti possono pervenire sia in formato cartaceo (posta ordinaria, corriere, fax, consegna a mano) o via posta elettronica. Una volta apposto il numero di protocollo i documenti saranno

	<b>ISTR 02</b>	<b>GESTIONE DEL PROTOCOLLO</b>	
	Edizione: 01 Revisione: 00 Data: 10/03/2017	Redazione: RSGQ Approvazione: CdA	Data: 10/03/2017

smistati agli uffici di competenza. In base al formato dei documenti ricevuti e alle esigenze aziendali, l'Ufficio Protocollo deciderà il mezzo più efficace per lo smistamento dei documenti/atti ricevuti, indicando il formato di consegna all'interno del registro (**C: copia cartacea; E: email**).

Tipologia di documenti:

- Aggiornamenti normativi;
- Curriculum vitae;
- Fatture;
- Documenti di trasporto;
- Moduli di manutenzione;
- Comunicazioni ASL, intra e fuori regione;
- Comunicazioni sindacati (richieste incontri, convocazioni assemblee, disdette, deleghe);
- Comunicazioni bancarie (estratti conto, pagamenti ratei mutuo) e di istituti privati (cessione del quinto);
- Comunicazioni Inail (infortunio, malattie professionali, D.U.R.C), Inps (congedi parentali e straordinari, permessi di legge 104/92, idoneità al lavoro), Studi legali;
- Comunicazioni dipendenti (aspettative, certificati di servizio, dimissioni, accrediti stipendiali, bonus ex art. 1 dl 66/2014, scelta destinazione del tfr);
- Richieste varie dai Responsabili di presidio (materiale di cancelleria, materiale igienico-sanitario, manutenzione).

Tutti i documenti/atti sopra descritti saranno poi gestiti secondo quanto previsto dalla **PRQ 01 – Controllo dei documenti e delle registrazioni**.

## 6. Piano di diffusione

La presente Istruzione Operativa è distribuita in copia su supporto elettronico a:

- **PRS** Presidente
- **RSGQ** Responsabile Sistema Gestione Qualità;
- **DE** Direzione Esecutiva;
- **SGR** Segreteria;
- **UP** Ufficio Protocollo;
- **SAN** Area Sanitaria;
- **AMM** Area Amministrativa;
- **SCM** Area Strategica, Comunicazione e Marketing;
- **PERS** Area del Personale;

L'originale è conservato nell'archivio di **RSGQ**.