

Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) IL MANUALE

Introduzione al manuale della qualità

Il nostro Sistema di Gestione della Qualità (SGQ), fa riferimento alla Direttiva no. 3 «*Condizioni qualitative per istituti per invalidi riconosciuti e requisiti di conformità dei sistemi di gestione della qualità*», emanata dall'Ufficio degli invalidi del Dipartimento della Sanità e Socialità.

Il SGQ è organizzato su tre livelli:

Primo livello (Manuale)

Contiene i principi base della gestione della qualità, ed è indirizzato a utenti, collaboratori, genitori e rappresentanti legali.

Secondo livello (Procedure)

Descrive le attività organizzative ed operative che permettono il buon funzionamento dell'Istituto.

Terzo livello (Documenti di riferimento)

Include le istruzioni di dettaglio e i documenti che certificano l'attività svolta.

Il 1° livello è accessibile al pubblico e consultabile sul sito della Fondazione OTAF (www.otaf.ch), mentre il 2° e il 3° sono riservati al personale.

La qualità del nostro lavoro è un obiettivo permanente che richiede continui aggiornamenti per rispondere alle esigenze e ai bisogni dei nostri utenti. In quest'ottica è importante la collaborazione di tutti e una visione univoca mirata al miglioramento della nostra attività.

Il SGQ ha come obiettivo principale quello di migliorare l'organizzazione del nostro lavoro, ponendo l'utente al centro della nostra attenzione.

Per la Fondazione OTAF
Roberto Roncoroni
Direttore

Sorengo, dicembre 2013

SOMMARIO

Elenco dei processi che compongono il Sistema di Gestione della Qualità (SGQ)

1 Direzione

- 1.1 Linee direttive
- 1.2 Politica della qualità
- 1.3 Direzione e organizzazione
- 1.4 Comunicazione
- 1.5 Controllo finanziario e strategico
- 1.6 Progetti

2 Utenti

- 2.1 Ammissione e dimissione
- 2.2 Piano individuale
- 2.3 Salute e assistenza medica
- 2.4 Integrazione e contatti esterni
- 2.5 Soddisfazione degli utenti

3 Risorse e prestazioni

- 3.1 Personale
- 3.2 Infrastruttura
- 3.3 Approvvigionamento e immagazzinamento
- 3.4 Alimentazione
- 3.5 Servizi alberghieri
- 3.6 Produzione e servizi dei laboratori protetti
- 3.7 Finanze
- 3.8 Amministrazione

4 Sviluppo del SGQ

- 4.1 Gestione del SGQ
- 4.2 Audit interni
- 4.3 Riesame del SGQ
- 4.4 Miglioramento continuo

1. Direzione

1.1 Linee direttive

Il nostro scopo prioritario è il lavoro con gli utenti e il raggiungimento del loro benessere.

Per raggiungere questo obiettivo, intendiamo focalizzare la nostra attenzione sui seguenti aspetti:

- dotarci di strumenti e modalità adatte a valutare i bisogni dei nostri utenti;
- dotarci di personale capace di rispondere nel miglior modo possibile ai bisogni, grazie alla formazione specifica e all'attitudine a svolgere una professione di aiuto;
- adeguare le nostre strutture, attrezzature e organizzazione degli spazi di vita ad esigenze in continuo mutamento;
- mantenere un dialogo costante con l'ambiente sociale che ci circonda, per rispondere alle suggestioni, raccogliere gli stimoli e le proposte che valorizzino i nostri servizi.

La nostra missione è promuovere e realizzare una «cultura» di attenzione ai bisogni della persona disabile, «facendoci carico» dell'utente nella sua dimensione globale.

L'OTAF fa riferimento allo statuto della Fondazione, alle relative Leggi cantonali e federali e alle direttive emanate dal DSS, in particolar modo alla direttiva 3.

La Fondazione sottoscrive annualmente con il DSS un contratto di prestazione che disciplina il finanziamento e la gestione corrente dell'istituto.

1.2 Politica della qualità

Attraverso politiche mirate intendiamo:

- migliorare le nostre risposte ai bisogni degli utenti;
- soddisfare le loro aspettative utilizzando nel modo più efficace ed efficiente possibile le risorse umane, strutturali ed economiche disponibili;
- determinare l'adeguatezza degli interventi;
- migliorare la soddisfazione e la motivazione al lavoro dei collaboratori;

migliorare l'efficienza dei loro interventi, evitando il più possibile sprechi ed errori;

- valutare costantemente gli interventi sugli utenti e l'operato dei singoli collaboratori.

Tutte le procedure sono orientate al benessere degli utenti e si fondano sull'analisi dei bisogni, su valutazioni trasparenti e sull'individuazione di obiettivi realizzabili.

1.3 Direzione e organizzazione

Direzione

La Direzione definisce un organigramma funzionale con i relativi compiti, competenze e responsabilità in sintonia con le linee direttive e la politica della qualità dell'Istituto.

Viene stabilito un iter decisionale e sono emanate chiare e semplici direttive affinché ogni collaboratore sia informato correttamente sugli obiettivi del proprio settore e sulla propria posizione nell'organigramma.

Organizzazione

L'istituto è suddiviso in quattro settori:

- minorenni;
- adulti;
- terapie;
- servizi generali.

1.4 Comunicazione

La comunicazione si suddivide in comunicazione interna ed esterna.

La comunicazione interna permette lo scambio di informazioni e comunicazioni tra i collaboratori e tra i diversi reparti, avvalendosi di adeguati strumenti tecnologici, organizzativi e direttivi.

La comunicazione esterna, permette uno scambio di informazioni tra noi e tutti gli attori legati alla nostra attività: rappresentanti legali, donatori, Autorità cantonali, Servizi pubblici ed altre Istituzioni.

1.5 Controllo finanziario e strategico

Con questo processo intendiamo sviluppare le procedure che ci permettono di verificare l'applicazione delle direttive di ordine finanziario emanate dal DSS.

Il nostro obiettivo è quello di essere in grado di reagire in tempo utile per far fronte a cambiamenti di ordine finanziario modificando in modo adeguato le nostre strategie operative. Il miglioramento dei contenuti dei vari processi è assicurato da specifici indicatori che ci permettono di verificare l'efficacia delle procedure definite nel SGQ.

1.6 Progetti

Per attività particolari e complesse, la Direzione promuove lo sviluppo di nuovi progetti, stabilendo con chiarezza gli obiettivi, compiti, responsabilità e scadenze.

2. Utenti

2.1 Ammissione e dimissione

In questo processo vengono definiti i criteri e le procedure per l'ammissione e la dimissione degli utenti, tenendo in debita considerazione le disposizioni legali vigenti. Si definiscono inoltre i criteri per il rifiuto della domanda di ammissione.

2.2 Piano individuale

Per ogni utente viene allestito un piano individuale (PI) che descrive in modo progettuale lo scopo degli interventi e le prestazioni erogate dai diversi reparti. I contenuti del PI sono costantemente verificati e aggiornati in accordo con l'utente e il suo rappresentante legale. Vengono inoltre definite eventuali misure di protezione e contenzioni nel rispetto della persona e delle disposizioni legali vigenti.

2.3 Salute e assistenza medica

Attraverso questo importante processo vogliamo garantire ai nostri utenti un'assistenza sanitaria di base, nei diversi aspetti di mantenimento, prevenzione e riabilitazione.

Intendiamo attuare la prevenzione attraverso visite di controllo, una sana alimentazione, un'igiene puntuale e scrupolosa, ma soprattutto attraverso la promozione di una vita serena ed armonica.

Per ogni utente viene allestita una cartella sanitaria informatizzata. I farmaci sono somministrati esclusivamente con l'autorizzazione di un medico. È data particolare attenzione al processo di riabilitazione attraverso adeguate misure terapeutiche (fisioterapia, ergoterapia, logopedia, low vision).

2.4 Integrazione e contatti esterni

Allo scopo di promuovere l'integrazione dell'utente nella società, l'istituto incentiva lo sviluppo e la realizzazione, sia all'interno, che all'esterno delle nostre strutture, di varie attività e manifestazioni che perseguono tale scopo. Sulla base del profilo dell'utente vengono ricercate possibilità di collocamento lavorativo presso aziende esterne e soluzioni abitative parzialmente o integralmente autonome.

2.5 Soddisfazione degli utenti

Ogni anno viene raccolta la soddisfazione degli utenti per gruppi rappresentativi in modo da assicurare il grado di soddisfazione di tutti gli utenti sull'arco della durata di tre anni della certificazione. Lo scopo è di raccogliere elementi utili ad assicurare il miglioramento delle prestazioni erogate. È garantita la possibilità ad utenti e rappresentanti legali di inoltrare in ogni momento dei reclami per esprimere la loro insoddisfazione.

3. Risorse e prestazioni

3.1 Il personale

Il nostro Istituto è firmatario del Contratto Collettivo di Lavoro per il personale occupato presso le istituzioni sociali del Cantone Ticino (CCL) e quindi soggetto alle disposizioni in esso contenute.

La dotazione di personale e la tipologia delle figure professionali per i vari reparti è definita dalla Direttiva n.ro 5 del DSS che definisce il contributo globale agli istituti per invalidi e stabilito nel contratto di prestazione.

L'istituto promuove la formazione continua del personale organizzando corsi di aggiornamento interni e favorendo la partecipazione a proposte formative esterne.

3.2 Infrastrutture e Sicurezza

Questo processo ha lo scopo di offrire ai nostri utenti una buona qualità di vita attraverso l'offerta di un ambiente abitativo, medico-riabilitativo e di lavoro protetto adatto ai loro bisogni, individuali e di gruppo. L'istituto si avvale di un responsabile della sicurezza incaricato anche della formazione di base e continua dei collaboratori.

3.3 Approvvigionamento e immagazzinamento

Vengono qui definiti i concetti ed i principi che regolano gli acquisti tenendo conto in particolare del rapporto qualità – prezzo, definendo:

- le responsabilità e i limiti di competenza;
- i criteri per la scelta e la valutazione dei fornitori;
- la determinazione dei bisogni dei singoli reparti;
- l'immagazzinamento organizzato in base a criteri di economia aziendale;
- la classificazione dei beni e dei servizi;

Per prodotti particolari, quali ad esempio i medicinali, sono definite disposizioni speciali d'immagazzinamento.

Per la fornitura interna l'istituto ha un'organizzazione centralizzata.

3.4 Alimentazione

Intendiamo garantire l'offerta di un'alimentazione sana, equilibrata e adatta alle esigenze degli utenti nel rispetto dei loro bisogni.

Nelle nostre procedure teniamo conto dei seguenti obiettivi:

- garantire una buona qualità dei prodotti alimentari e delle bevande fornite;
- rispettare le regole alimentari e igieniche indicate dal Laboratorio Cantonale d'igiene, in base alla legislazione vigente;
- rispettare le prescrizioni mediche (diete) relative a bisogni individuali (allergie, diabete, ...).

3.5 Servizi alberghieri

Gli obiettivi delle procedure di questo processo sono:

- mantenere l'igiene per proteggere le persone, evitando la proliferazione di microrganismi dannosi alla salute;
- rendere le superfici e gli oggetti d'uso idonei al loro utilizzo;
- salvaguardare il valore dei materiali;
- migliorare il grado di accoglienza degli spazi e dei locali.

Le procedure garantiscono l'accuratezza e la continuità del servizio di pulizia e della lavanderia. Vengono definite le tipologie di pulizia, i criteri adottati nella scelta dei prodotti e vengono presentate le norme di igiene e di sicurezza a cui tutto il personale deve prestare attenzione.

Viene promosso un concetto di igiene ambientale affinché lo smaltimento ed il trattamento degli scarti e dei rifiuti, sia il più possibile rispettoso dell'ambiente.

3.6 Produzione e servizi dei laboratori protetti

Le attività svolte nei LP devono tenere in considerazione gli interessi, le capacità e il benessere degli utenti in modo da favorire e favorire la loro autonomia esecutiva.

Nel contempo vengono sviluppati i contatti e gli scambi con clienti, aziende e datori di lavoro in modo da favorire l'integrazione sociale degli utenti.

A tutti collaboratori-utenti, per lo svolgimento del loro lavoro viene corrisposto uno stipendio secondo le direttive in merito emanate dall'UFAS.

3.7 Finanze

Scopo di questo processo è quello di garantire una gestione oculata delle risorse finanziarie a disposizione e coniugare i concetti di efficacia ed efficienza.

Le procedure adottate rispettano le indicazioni in merito stabilite dal DSS.

Per stabilire i contenuti del contratto di prestazione stipulato con il DSS, viene elaborato un preventivo annuale suddiviso in tre parti:

- utenti;
- personale;
- conto economico.

3.8 Amministrazione

In questo processo annoveriamo tutti i servizi centrali di carattere amministrativo, contabile, di segretariato, nonché le procedure per la salvaguardia dei dati, dei documenti e delle informazioni.

Attraverso procedure e disposizioni dettagliate viene data particolare attenzione alla protezione e alla sicurezza dei dati personali.

4. Sviluppo del SGQ

4.1 Gestione del SGQ

Mantenere continuamente aggiornata la documentazione del nostro SGQ richiede uno sforzo di coordinamento.

Tale compito è attribuito al Gestore della qualità, che si occupa di mantenere «vivo», funzionale e adatto allo scopo il SGQ.

4.2 Audit interni

Il processo è caratterizzato dalle verifiche interne (audit) che permettono, oltre al fatto di accertarsi se quanto definito a livello delle procedure è attuale, conosciuto e applicato e di raccogliere utili osservazioni e suggerimenti al fine di assicurare il miglioramento di tutto il SGQ.

A questo scopo vengono appositamente formati degli «auditori interni».

Gli audit permettono di identificare le aree di miglioramento ed agire attraverso la messa in atto di apposite azioni preventive o correttive.

4.3 Riesame del SGQ

Il riesame ha lo scopo di analizzare in modo critico tutti i dati raccolti durante l'anno e definire in seguito gli obiettivi di miglioramento.

Entro la fine di ogni anno viene allestito un rapporto annuale di gestione e vengono definite le azioni di miglioramento.

4.4 Miglioramento continuo

I riscontri di tutti i dati oggettivi (disfunzioni/errori, reclami, esito della soddisfazione utenti e collaboratori, indicatori di processo) e l'analisi che ne consegue concorrono ad assicurare il miglioramento continuo e servono quali dati in entrata per la verifica del SGQ (riesame annuale).

Ogni collaboratore ha la possibilità di segnalare al GQ disfunzioni, non conformità, modifiche o proposte di miglioramento.