


	PIANO QUALITA' 2024 - 2026	
PG: Realizzazione del servizio	Data approvazione: 04/12/2023 rev.: 00 data rev.: 00/00/0000	Pagina 1 di 6


	Nominativo/Ruolo	Firma
Redazione del 15/12/2023	Giovanni Carrino/responsabile dipartimento qualità	<i>Giovanni Carrino</i> 
Verifica e approvazione	Responsabile struttura	<i>Michele Maurizi</i> 
Emissione	Giovanni Carrino/responsabile dipartimento qualità	<i>Giovanni Carrino</i> 

Sommario

1. <u>Scopo/obiettivo</u>	pag. 2
2. <u>Campo di applicazione</u>	pag. 2
3. <u>Nomina responsabile del piano</u>	pag. 2
4. <u>Abbreviazioni</u>	pag. 2
5. <u>Matrice delle responsabilità</u>	pag. 2
6. <u>Politica della qualità in Dianova Cooperativa Sociale</u>	pag. 2
7. <u>Descrizione della struttura residenziale per le dipendenze di Montefiore dell’Aso</u>	pag. 3
8. <u>Descrizione del piano</u>	pag. 3
9. <u>Monitoraggio del piano</u>	pag. 5
10. <u>Riferimenti normativi</u>	pag. 5
11. <u>Conservazione ed archiviazione</u>	pag. 6
12. <u>Rintracciabilità</u>	pag. 6
13. <u>Modifiche</u>	pag. 6
14. <u>Eliminazione</u>	pag. 6
15. <u>Emissione e diffusione del piano</u>	pag. 6

Allegato:

- tabelle di monitoraggio e riprogrammazione dei singoli standard/obiettivi qualità

	PIANO QUALITA' 2024 - 2026	
PG: Realizzazione del servizio	Data approvazione: 04/12/2023 rev.: 00 data rev.: 00/00/0000	Pagina 2 di 6

1. Scopo e obiettivo

Lo scopo del presente piano è quello di descrivere i fattori di qualità, gl'indicatori e gli standard/obiettivi della qualità. L'obiettivo è il continuo miglioramento della qualità del servizio agli utenti e del personale.

2. Campo di applicazione

Il presente Piano Qualità viene adottato nella struttura residenziale per le dipendenze di Montefiore dell'Aso (AP).

3. Nomina responsabile del piano

Il responsabile dell'attuazione del piano è il dr. Michele Maurizi.

4. Abbreviazioni

RQ	Responsabile Qualità
RS	Responsabile Struttura
RO	Responsabile Organizzativo

5. Matrice delle responsabilità

Attività	RQ	RS	RO
1. Elaborazione della documentazione	R	R	C
2. Realizzazione della documentazione	R		
3. Verifica e approvazione della documentazione		R	C
4. Emissione e distribuzione della documentazione	R	R	C

R = responsabile


C = collabora

6. Politica della qualità in Dianova Cooperativa Sociale

Dal 2009, Il Consiglio di amministrazione e la direzione generale della DIANOVA COOPERATIVA SOCIALE, hanno deciso di adottare un proprio sistema di gestione per la qualità, dotandosi anche di uno specifico dipartimento, questo al fine di supportare e sostenere lo sviluppo e il mantenimento di un sistema di gestione per la qualità nell'ottica di un miglioramento continuo.

Definendo la Politica della Qualità e, impegnandosi nello sviluppo e nell'applicazione del Sistema di Gestione, si è arrivati a fornire servizi in grado di soddisfare al meglio le esigenze degli utenti, del personale e degli enti invianti, consolidando anche la propria presenza nel panorama del terzo settore nazionale.

In quest'ottica, la direzione della DIANOVA COOPERATIVA SOCIALE ha deciso strategicamente di adottare un Sistema di gestione della Qualità che, pur non essendo orientato

	PIANO QUALITA' 2024 - 2026	
PG: Realizzazione del servizio	Data approvazione: 04/12/2023 rev.: 00 data rev.: 00/00/0000	Pagina 3 di 6

all'ottenimento della certificazione di qualità, ha come riferimento la norma UNI EN ISO 9001:2015.

Crediamo che, attraverso la rilevazione del grado di soddisfazione dei nostri utenti, del nostro personale e degli Enti invianti, si ottengano delle indicazioni e dei suggerimenti che ci aiutano a migliorare costantemente la qualità del servizio offerto erogando servizi che rispondano in modo appropriato ai bisogni rilevati, espressi e attuati grazie all'impiego di risorse e di professionisti al massimo livello possibile.

Il sistema di gestione per la qualità è garantito grazie al coinvolgimento e la partecipazione attiva della direzione operativa, dei direttori delle strutture residenziali e dei direttori di servizi/dipartimenti.

Attraverso l'elaborazione dei piani operativi annuali, la direzione definisce gli obiettivi che ci si prefigge raggiungere nel corso del triennio e, annualmente ne effettua il riesame, assicurandosi anche che la politica associativa venga attuata e sostenuta attraverso riunioni interne e audit interni.

La DIANOVA COOPERATIVA SOCIALE, considera una necessità e un obbligo rispondere e mantenere i requisiti normativi previsti dagli accreditamenti regionali e dalle normative nazionali vigenti in materia di strutture residenziali, così come quelli previsti per la sicurezza sui luoghi di lavoro (D.l.g.s. 81/08), dalla legge in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679), in materia di controlli di sicurezza alimentare (HACCP), e del modello di organizzazione e gestione (D.l.g.s. 231/2001), considerando tali normative parte del sistema qualità. Inoltre a partire dal 11/12/2023 la DIANOVA COOPERATIVA SOCIALE ha adottato la Policy Whistleblowing (meccanismo di protezione delle persone che segnalano violazioni commesse nel contesto lavorativo di Dianova).

La partecipazione attiva di tutto il personale è requisito fondamentale per il continuo miglioramento dei nostri servizi e del nostro ambiente di lavoro.

7. Descrizione della struttura residenziale per le dipendenze di Montefiore dell'Aso

La struttura residenziale per tossicodipendenti e alcolisti si trova a Montefiore dell'Aso, nella provincia di Ascoli Piceno, è situata nella Valle Menocchia nel comune di Montefiore e accoglie fino a 23 persone (uomini).

Aperta nel 1989 è circondata da colline coltivate e immersa nel verde, è una struttura composta da due edifici principali che comprendono: 8 stanze da letto, 1 cucina e sala pranzo, 1 lavanderia e stireria, 1 sala polifunzionale (sala riunioni e TV), 1 sala per il tempo libero, 1 locale polivalente per gruppi e colloqui e 1 ambulatorio medico e all'esterno 1 campo aperto per calcio e pallavolo.


Nella Comunità di recupero per tossicodipendenti e alcolisti nelle Marche, oltre alle attività quotidiane di gestione (cucina, lavanderia, pulizia, etc...) vengono organizzati diversi laboratori: artigianale di legno/vetro, agricoltura, giardinaggio, orto, serra ed arte terapia, inoltre viene realizzata un'attività in esterna di outdoor education in ambiente montano.

L'equipe multidisciplinare della struttura è composta da circa 14 professionisti: educatori, psicologi, psichiatra, medico che lavorano ogni giorno per gli ospiti.

8. Descrizione del piano

Il presente piano qualità è stato predisposto dopo aver riesaminato i dati della struttura relativo al quinquennio 2019 - 2023. Sono stati così individuati i fattori di qualità, standard/obiettivi qualità e indicatori qualità, di seguito descritti e rappresentati in tabella.

Fattori di qualità individuati

	PIANO QUALITA' 2024 - 2026	
PG: Realizzazione del servizio	Data approvazione: 04/12/2023 rev.: 00 data rev.: 00/00/0000	Pagina 4 di 6

- *Il servizio offerto*: riguarda la soddisfazione degli utenti rilevata attraverso i questionari e la ritenzione al trattamento;
- *Le risorse umane*: riguarda la soddisfazione del personale;
- *Il monitoraggio*: riguarda la programmazione e attuazione delle azioni migliorative e degli audit.

Indicatori qualità


- ✓ Per il *servizio offerto* sono stati individuati 4 indicatori: il numero di reclami, la percentuale di soddisfazione generale degli utenti, la percentuale di soddisfazione inerente la sede e la percentuale di ritenzione al trattamento.
- ✓ Per le *risorse umane* sono stati individuati 5 indicatori: il numero dei reclami, la percentuale di soddisfazione generale del personale, la percentuale di soddisfazione inerente la formazione, la percentuale di soddisfazione inerente la sede e la percentuale di soddisfazione inerente la parità di genere.
- ✓ Per il *monitoraggio* sono stati individuati 2 indicatori: il numero degli audit e il numero delle azioni migliorative

Standard/obiettivi qualità

- ✚ Per il *servizio offerto* sono stati individuati 4 standard/obiettivi qualità da raggiungere entro il 2026: il numero dei reclami pari a zero, soddisfazione generale uguale o maggiore al 60%, soddisfazione inerente la sede uguale o maggiore al 60%, ritenzione al trattamento maggiore di sei mesi uguale o maggiore al 48%.
- ✚ Per le *risorse umane* sono stati individuati 5 standard/obiettivi qualità da raggiungere entro il 2026: numero dei reclami pari a zero, soddisfazione generale uguale o maggiore al 51%, soddisfazione inerente la formazione uguale o maggiore al 51%, soddisfazione inerente la sede uguale o pari al 51%, soddisfazione inerente la parità di genere uguale o maggiore al 51%.
- ✚ Per il monitoraggio sono stati individuati 2 standard/obiettivi qualità: numero di audit effettuati pari al 100%, numero azioni migliorative attuate pari al 100%.

Il piano avrà una durata triennale (2024 - 2026).

Tabella riassuntiva		
Fattore di qualità	Indicatori di qualità	Standard/Obiettivi qualità
Servizio offerto	N° reclami/n° totale utenti accolti	Zero reclami
	% di soddisfatte inerente la sede nella rilevazione della soddisfazione	= / > al 60%
	% di soddisfatte nella rilevazione della soddisfazione generale	= / > al 60%
	Ritenzione al trattamento > di 6 mesi	= / > al 48%
Risorse umane	% di soddisfatte nella rilevazione della soddisfazione generale	= / > al 51%
	% di soddisfatte inerente la formazione nella rilevazione della soddisfazione	= / > al 51%

	PIANO QUALITA' 2024 - 2026	
PG: Realizzazione del servizio	Data approvazione: 04/12/2023 rev.: 00 data rev.: 00/00/0000	Pagina 5 di 6

	N° reclami/n° totale personale accolti	Zero reclami
	% di soddisfattè inerente la sede nella rilevazione della soddisfazione	=/> al 51%
	% soddisfattè inerente la parità di genere	=/> al 51%
Monitoraggio	N° audit programmati/n° audit effettuati	100% degli audit effettuati
	N° azioni migliorative individuate/attuazione azioni migliorative	100% delle azioni attuate

9. Monitoraggio del piano


Il monitoraggio avverrà annualmente al fine di, eventualmente, riprogrammare gli standard/obiettivi. Per il monitoraggio verrà utilizzato l'apposito modulo allegato al presente piano.

Diagramma Gantt inerente le tempistiche di monitoraggio e avvio piano qualità:

	Gennaio 2024	Gennaio 2025	Gennaio 2026	Gennaio 2027
Avvio prima annualità del piano	X			
Monitoraggio prima annualità del piano		X		
Avvio seconda annualità del piano		X		
Monitoraggio seconda annualità del piano			X	
Avvio terza annualità del piano			X	
Valutazione del piano triennale				X
Nuovo piano triennale				X

10. Riferimenti normativi

- Requisiti 1.5. e 7.1. dell'allegato A del "manuale operativo di accreditamento DGR 1572/2019;
- L.R. 21/2016 "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati" e s.m.i.;
- Regolamento regionale 1/2018: Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell'art. 7, comma 3, della Legge Regionale 30 settembre 2016, n.21 "Autorizzazione e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitarie sociali pubblici e privati";

	PIANO QUALITA' 2024 - 2026	
PG: Realizzazione del servizio	Data approvazione: 04/12/2023 rev.: 00 data rev.: 00/00/0000	Pagina 6 di 6

- DGR 1572/2019: "Legge regionale n. 21/2016, e ss.mm.ii, Capo III, Art. 16 Manuale di Accreditamento per le strutture sanitarie e sociosanitarie previste all'articolo 7, comma I, lettere a), b), c), d) e comma 2.
- Decreto n. 333/2019 della PF Accreditamenti, concernente il manuale operativo di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private.
- Decreto n. 49/AUA/2024 concernente il manuale operativo di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private.

11. Conservazione ed archiviazione

Il presente piano è conservato nell'apposito raccoglitore dell'accREDITamento presso la struttura residenziale per le dipendenze di Montefiore dell'AsO ed archiviato in formato elettrico nell'area riservata del sito internet dianova.it

12. Rintracciabilità

Il presente piano è rintracciabile nell'area riservata del sito internet dianova.it nella sottocartella dell'Area terapeutica denominata "struttura di Montefiore".

13. Modifiche

Le modifiche al presente piano possono essere effettuate dal RQ in accordo con il RS e RO

14. Eliminazione

L'eliminazione del presente piano può essere effettuata dal RQ in accordo con il RS e RO

15. Emissione e diffusione del piano

L'emissione del presente piano è a cura del RQ mentre la diffusione è a cura del RS e del RO