associazione
OPERE CARITATIVE FRANCESCANE O.D.V.
Ente del Terzo Settore
Sede legale: Frazione Varano n. 204 – 60131 Ancona
Tel. 071 2861309
C.F. 93034510425 – P.iva 03047770429
direzione@ocfmarche.it – operecaritative@pec.it
www.ocfmarche.it

Sistema Gestione Qualità (SGQ)

Responsabile Qualità: Luca Saracini

Piano Strategico della Qualità

Codice: PQT_2026/2028

Vers. 0 del 11/05/2026



INDICE

Premessa p. 3

I – Il Modello di Governo della Qualità Associazione Opere Caritative Francescane ODV p. 5

II – L'Architettura del Sistema di Gestione della Qualità p. 8

III – La Governance della Qualità p. 13

IV – Politica della Qualità p. 17

V – Governance dell'Associazione p. 20

VI – Il Modello di gestione della Performance p. 25

VII – Il modello di gestione del rischio p. 30

VIII – La misurazione della performance p. 35

IX – Il Sistema di Monitoraggio p. 39

X – Il Riesame della Direzione p. 43

XI – Il Sistema decisionale p. 47

XII – Il Modello di Miglioramento Continuo della Qualità p. 52

XIII – Il Programma Strategico di Miglioramento 2026/2028 p. 57

Premessa

La qualità rappresenta uno dei principi fondanti dell'azione dell'Associazione Opere Caritative Francescane ODV e costituisce il criterio attraverso il quale l'Ente orienta la propria organizzazione, governa i processi assistenziali e amministrativi, promuove lo sviluppo delle competenze professionali e persegue il miglioramento continuo dei servizi erogati.

Il presente Piano Strategico della Qualità 2026-2028 (PQT 26/28) definisce il modello attraverso cui l'Associazione programma, sviluppa, monitora e migliora il proprio Sistema di Gestione della Qualità (SGQ), individuando gli indirizzi strategici, gli obiettivi prioritari, le responsabilità organizzative, gli strumenti di monitoraggio e le modalità di verifica necessarie a garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza e sostenibilità delle attività istituzionali.

La predisposizione del Piano si colloca in una fase di particolare rilevanza per la storia dell'Associazione, caratterizzata dal consolidamento della trasformazione in Ente del Terzo Settore, dal consolidamento del percorso di adeguamento ai requisiti autorizzativi regionali e dalla progressiva implementazione di un sistema organizzativo strutturato, orientato alla qualità e alla centralità della persona. In questo contesto, la qualità non viene intesa come il semplice rispetto di requisiti normativi o di standard tecnico-organizzativi, ma come una modalità di governo dell'organizzazione che coinvolge ogni livello decisionale e operativo. Essa costituisce un processo dinamico e trasversale, finalizzato a garantire che ogni attività svolta contribuisca concretamente al perseguimento della missione istituzionale, alla tutela dei diritti delle persone accolte, alla sicurezza delle cure, alla valorizzazione delle risorse umane e alla costruzione di relazioni di fiducia con le famiglie, le istituzioni e la comunità.

Il Piano assume pertanto una funzione di raccordo tra la programmazione strategica e la gestione operativa dei servizi. Esso traduce gli indirizzi contenuti nel Piano Strategico Triennale in obiettivi organizzativi misurabili, definisce le modalità di monitoraggio delle performance e individua gli strumenti attraverso cui la Direzione verifica il raggiungimento dei risultati e promuove le necessarie azioni di miglioramento.

Il Sistema di Gestione della Qualità dell'Associazione Opere Caritative Francescane ODV è costruito secondo un approccio integrato, nel quale qualità, sicurezza delle cure, gestione del rischio, formazione, governo clinico, organizzazione del lavoro e partecipazione degli stakeholder costituiscono elementi tra loro strettamente interconnessi. In tale prospettiva, il miglioramento continuo non rappresenta un'attività separata rispetto alla gestione ordinaria, ma il principio metodologico che orienta tutte le decisioni organizzative e assistenziali.
Il Piano si integra con l'intero sistema documentale dell'Associazione, del quale costituisce il principale documento di governo della qualità. Esso opera in coerenza con lo Statuto, la Carta dei

Servizi, il Regolamento di Funzionamento, il Piano Strategico Triennale, il Piano Triennale della Formazione, il Piano degli Audit, il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario, l'Assetto Organizzativo e con tutte le procedure e istruzioni operative adottate nell'ambito del Sistema di Gestione della Qualità. Tale integrazione garantisce un quadro unitario di governo, assicurando coerenza tra indirizzi strategici, organizzazione dei processi, gestione delle risorse, monitoraggio delle prestazioni e sviluppo delle azioni di miglioramento.

La realizzazione degli obiettivi del presente Piano richiede il coinvolgimento responsabile di tutte le componenti della Fondazione. Gli Organi di Governo definiscono gli indirizzi strategici e verificano i risultati conseguiti; la Direzione Generale assicura il coordinamento complessivo del Sistema di Gestione della Qualità; la Direzione Sanitaria, i Coordinatori, i Responsabili di funzione e tutti gli operatori contribuiscono, nell'ambito delle rispettive competenze, all'attuazione delle politiche della qualità e al miglioramento continuo dei processi assistenziali e organizzativi.

Il Piano ha validità triennale e viene sottoposto a monitoraggio periodico attraverso il sistema degli indicatori, gli audit interni, il riesame della Direzione, la valutazione degli obiettivi strategici e l'analisi dei risultati conseguiti.

Gli esiti delle attività di verifica costituiscono la base per l'aggiornamento annuale del Piano e per la predisposizione della successiva programmazione strategica, secondo un modello di governo fondato sul ciclo del miglioramento continuo (Plan – Do – Check – Act), che rappresenta il riferimento metodologico dell'intero Sistema di Gestione della Qualità dell'Associazione.

SEZIONE I - IL MODELLO DI GOVERNO DELLA QUALITÀ ASS.NE OPERE CARITATIVE FRANCESCANE

1.1 La qualità come modello di governo dell'organizzazione

L'Associazione Opere Caritative Francescane ODV considera la qualità un principio di governo dell'organizzazione e non un insieme di procedure o di adempimenti formali. Essa costituisce il criterio attraverso il quale vengono orientate le decisioni strategiche, progettati i processi, organizzate le attività assistenziali e amministrative, sviluppate le competenze professionali e valutati i risultati conseguiti.
In questa prospettiva, la qualità assume una dimensione trasversale che coinvolge ogni livello dell'Ente e rappresenta un elemento strutturale dell'intero sistema di gestione. Ogni processo organizzativo, ogni attività assistenziale e ogni decisione gestionale sono infatti orientati al perseguimento di obiettivi di efficacia, appropriatezza, sicurezza, sostenibilità e miglioramento continuo.

L'Associazione interpreta il concetto di qualità come la capacità dell'organizzazione di rispondere in modo competente, responsabile e personalizzato ai bisogni delle persone accolte, garantendo prestazioni coerenti con le migliori evidenze professionali, con il quadro normativo vigente e con i valori che caratterizzano la propria identità istituzionale.

L'obiettivo del Sistema di Gestione della Qualità non è pertanto quello di controllare esclusivamente la conformità dei processi, ma di creare le condizioni affinché l'intera organizzazione sia costantemente orientata all'apprendimento, all'innovazione, alla prevenzione dei rischi e alla crescita della qualità dei servizi.

Il modello adottato integra in un unico sistema organizzativo la pianificazione strategica, il governo clinico, la gestione del rischio, la formazione del personale, il monitoraggio delle performance, la valutazione dei risultati e l'attuazione delle azioni di miglioramento, superando una visione frammentata dei diversi strumenti gestionali e riconducendoli ad un quadro unitario di governo. In tale contesto, il Sistema di Gestione della Qualità rappresenta il principale strumento attraverso il quale la Direzione assicura il coordinamento delle attività, promuove la diffusione di comportamenti organizzativi coerenti, favorisce la responsabilizzazione delle diverse figure professionali e verifica nel tempo l'efficacia delle decisioni adottate.

La qualità viene pertanto considerata un patrimonio comune dell'organizzazione, costruito quotidianamente attraverso il contributo di tutti gli operatori e alimentato dalla capacità dell'Ente di osservare criticamente i propri processi, misurare i risultati, analizzare le criticità e trasformarle in opportunità di sviluppo.

1.2 I principi del Sistema di Gestione della Qualità

Il Sistema di Gestione della Qualità dell'Associazione si sviluppa secondo alcuni principi metodologici che orientano stabilmente l'organizzazione dei servizi e costituiscono il riferimento per ogni processo decisionale:

- *Centralità della persona*: Ogni attività organizzativa trova la propria ragione d'essere nella tutela della dignità, dei diritti, della salute e della qualità della vita della persona accolta. Tutti i processi vengono progettati e valutati in funzione della loro capacità di produrre benefici concreti per l'ospite, promuovendone il benessere, l'autonomia residua, la partecipazione e il mantenimento delle relazioni significative
- *Approccio per processi*: L'Associazione considera l'organizzazione come un sistema integrato di processi tra loro interdipendenti. Ogni attività viene analizzata non come un atto isolato, ma come parte di una sequenza organizzata di azioni che coinvolge più professionalità e concorre al raggiungimento di un risultato comune. Tale impostazione favorisce la collaborazione interdisciplinare, la continuità assistenziale e la riduzione delle discontinuità operative.
- *Responsabilità diffusa*: La qualità costituisce una responsabilità condivisa. Pur nel rispetto delle specifiche competenze attribuite ai diversi livelli organizzativi, ogni operatore è chiamato a contribuire al corretto funzionamento del Sistema di Gestione della Qualità attraverso l'osservanza delle procedure, la segnalazione delle criticità, la partecipazione ai processi di miglioramento e l'assunzione di comportamenti coerenti con i valori dell'Associazione.
- *Decisioni basate su dati ed evidenze*: Le scelte organizzative vengono assunte sulla base di informazioni oggettive, indicatori misurabili, risultati delle attività di monitoraggio, audit interni, analisi degli eventi avversi, esiti dei processi assistenziali e valutazione della soddisfazione degli stakeholder. La disponibilità di dati affidabili rappresenta il presupposto fondamentale per una gestione efficace e trasparente.
- *Prevenzione e gestione del rischio*: L'Associazione privilegia un approccio orientato alla prevenzione piuttosto che alla sola gestione degli eventi già verificatisi. L'identificazione preventiva dei rischi, la loro valutazione sistematica e la definizione di misure organizzative di contenimento costituiscono elementi essenziali del governo della qualità e della sicurezza delle cure.
- *Integrazione multidisciplinare*: La complessità dei bisogni delle persone accolte richiede il contributo coordinato di competenze professionali differenti. Il Sistema di Gestione della Qualità promuove pertanto la collaborazione tra le diverse figure sanitarie, assistenziali, riabilitative, amministrative e gestionali, favorendo la costruzione di percorsi assistenziali condivisi e la circolazione delle informazioni.
- *Trasparenza e partecipazione*: La qualità si sviluppa attraverso il dialogo costante con gli ospiti, i familiari, gli operatori, le istituzioni e tutti gli stakeholder dell'Associazione. L'ascolto, la comunicazione, la rendicontazione dei risultati e la partecipazione ai processi di miglioramento rappresentano strumenti indispensabili per consolidare il rapporto di fiducia tra l'Ente e la comunità.

- *Miglioramento continuo*: Ogni processo organizzativo è suscettibile di evoluzione. Il Sistema di Gestione della Qualità promuove una cultura orientata alla ricerca costante di soluzioni innovative, all'analisi critica delle esperienze, alla valorizzazione delle buone pratiche e all'attuazione sistematica di azioni correttive e di miglioramento.

1.3 Le finalità del Sistema di Gestione della Qualità

Attraverso il presente Piano l'Associazione persegue le seguenti finalità strategiche:

- garantire la piena coerenza tra missione istituzionale, programmazione strategica e gestione operativa dei servizi;
- assicurare il rispetto dei requisiti normativi, autorizzativi e dei principi di buona pratica organizzativa e assistenziale;
- promuovere l'appropriatezza, l'efficacia, la sicurezza e la continuità dei percorsi di presa in carico;
- sviluppare un'organizzazione fondata sulla responsabilizzazione, sulla collaborazione multidisciplinare e sulla valorizzazione delle competenze professionali;
- consolidare un sistema strutturato di monitoraggio delle performance organizzative, assistenziali e gestionali;
- rafforzare la capacità dell'Ente di prevenire, individuare e gestire i rischi clinici, assistenziali, organizzativi e amministrativi;
- favorire il coinvolgimento attivo delle persone accolte, dei familiari e degli altri stakeholder nei processi di valutazione e miglioramento della qualità;
- promuovere un modello organizzativo capace di apprendere dall'esperienza, trasformando i risultati delle verifiche, degli audit e delle attività di monitoraggio in azioni concrete di sviluppo;
- assicurare la sostenibilità del sistema organizzativo nel medio e lungo periodo, attraverso una gestione integrata delle risorse, delle competenze e dei processi di innovazione.

SEZIONE II- L'ARCHITETTURA DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ

2.1 Il Sistema di Gestione della Qualità come sistema integrato di governo

L'Associazione Opere Caritative Francescane ODV ha sviluppato un Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) concepito come un sistema unitario di governo dell'organizzazione, finalizzato a garantire la coerenza tra gli indirizzi strategici definiti dagli Organi di Governo, la gestione operativa dei servizi e il miglioramento continuo delle prestazioni assistenziali, organizzative e gestionali.

Il Sistema non si limita a disciplinare singole attività o ad assicurare il rispetto di requisiti normativi, ma rappresenta l'insieme coordinato dei processi, delle responsabilità, degli strumenti di pianificazione, delle attività di monitoraggio e dei meccanismi di verifica attraverso i quali la Fondazione governa il proprio sviluppo organizzativo.

L'adozione di un sistema integrato consente di superare una gestione frammentata delle diverse componenti organizzative, favorendo la piena integrazione tra pianificazione strategica, gestione delle risorse, governo clinico, sicurezza delle cure, formazione, monitoraggio delle performance e miglioramento continuo.

In tale prospettiva, ogni documento, procedura o attività di verifica assume significato non come elemento autonomo, ma come parte di un sistema organico orientato al perseguimento della missione istituzionale e degli obiettivi strategici dell'Associazione.

L'intero Sistema di Gestione della Qualità è costruito secondo una logica di progressiva traduzione degli indirizzi strategici in attività operative, garantendo continuità tra programmazione, realizzazione, verifica e miglioramento.

2.2 L'architettura documentale del Sistema Qualità

Il Sistema di Gestione della Qualità si sviluppa attraverso un'articolazione documentale organizzata su livelli tra loro strettamente correlati, ciascuno dei quali svolge una specifica funzione di governo.

Primo livello – Documenti di indirizzo strategico

Costituiscono il livello più elevato del sistema documentale e definiscono l'identità dell'Associazione, gli indirizzi di sviluppo, i principi ispiratori e gli obiettivi strategici dell'organizzazione. Appartengono a questo livello:

- Statuto della Fondazione;
- Codice Etico;

- Piano Strategico Triennale;
- Piano Strategico della Qualità;
- Assetto Organizzativo.

Questi documenti definiscono il quadro entro il quale vengono progettati, organizzati e monitorati tutti i processi aziendali.

Secondo livello – Documenti di pianificazione e governo operativo

Rappresentano gli strumenti attraverso i quali gli indirizzi strategici vengono tradotti in programmi operativi, criteri organizzativi e modalità di gestione dei servizi.

Fanno parte di questo livello:
- Carta dei Servizi;
- Regolamento di Funzionamento;
- Piano Triennale della Formazione;
- Piano Annuale della Formazione;
- Piano degli Audit;
- Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS);
- Programmi annuali di miglioramento;
- eventuali ulteriori piani di sviluppo approvati dagli Organi di Governo.

Terzo livello – Documentazione gestionale

Comprende l'insieme delle procedure, delle istruzioni operative e dei protocolli attraverso cui vengono disciplinati i processi aziendali.

Ne fanno parte, a titolo esemplificativo:
- procedure assistenziali;
- procedure sanitarie;
- procedure organizzative;
- procedure amministrative;
- procedure per la gestione del rischio;
- procedure di sicurezza;
- istruzioni operative;
- protocolli clinico-assistenziali.

Tale documentazione garantisce uniformità operativa, tracciabilità delle attività e standardizzazione dei comportamenti professionali.

Quarto livello – Documentazione di registrazione

Comprende tutta la documentazione prodotta durante lo svolgimento delle attività. Vi rientrano:

- fascicolo sanitario;
- PAI;
- verbali;
- check-list;
- registri;
- moduli;
- report;
- schede di monitoraggio;
- registrazioni degli audit;
- registrazioni formative;
- indicatori;
- report delle non conformità;
- piani di miglioramento.

La documentazione di registrazione rappresenta l'evidenza oggettiva dell'applicazione del Sistema di Gestione della Qualità.

2.3 L'integrazione tra gli strumenti di governo

Uno degli elementi caratterizzanti il Sistema adottato è rappresentato dalla stretta integrazione tra i diversi strumenti di pianificazione, gestione e controllo. Ogni documento è infatti progettato per alimentare gli altri documenti del Sistema, evitando duplicazioni informative e garantendo la circolazione delle conoscenze organizzative.

In particolare:

- il Piano Strategico individua gli obiettivi di sviluppo dell'organizzazione;
- il Piano Strategico della Qualità traduce tali indirizzi in obiettivi di miglioramento, sistemi di monitoraggio e criteri di governo;
- il Piano della Formazione sviluppa le competenze necessarie per conseguire gli obiettivi di qualità;
- il Piano degli Audit verifica l'effettiva applicazione dei processi e delle procedure;
- il PARS presidia gli aspetti relativi alla sicurezza delle cure e alla gestione del rischio;
- le procedure operative disciplinano l'esecuzione delle attività;
- gli indicatori, gli audit, i reclami, le segnalazioni e gli eventi avversi consentono di valutare i risultati raggiunti;

- il Riesame della Direzione analizza periodicamente tutte le informazioni raccolte e definisce le azioni di miglioramento. Gli esiti del Riesame alimentano la revisione dei documenti, l'aggiornamento degli obiettivi e la successiva programmazione strategica.

In questo modo il Sistema di Gestione della Qualità assume una struttura circolare e dinamica, nella quale ogni processo produce informazioni utili per orientare le decisioni future.

2.4 Gli strumenti del Sistema di Gestione della Qualità

Per garantire l'efficace funzionamento del Sistema, l'Associazione utilizza un insieme coordinato di strumenti gestionali che operano in maniera complementare. Tra i principali strumenti rientrano:

- pianificazione strategica;
- pianificazione della qualità;
- pianificazione della formazione;
- pianificazione degli audit;
- pianificazione della gestione del rischio;
- gestione documentale;
- gestione dei processi;
- sistema degli indicatori;
- monitoraggio delle performance;
- audit interni;
- audit clinici;
- verifiche documentali;
- analisi delle non conformità;
- gestione delle azioni correttive;
- gestione delle azioni preventive;
- gestione dei reclami e delle segnalazioni;
- rilevazione della soddisfazione degli utenti;
- valutazione delle competenze;
- Riesame della Direzione.

Ciascuno di questi strumenti contribuisce, secondo le rispettive finalità, alla costruzione di un sistema organizzativo orientato alla prevenzione, all'apprendimento e al miglioramento continuo.

2.5 Il Sistema di Gestione della Qualità come patrimonio organizzativo

L'Associazione considera il proprio Sistema di Gestione della Qualità un patrimonio organizzativo in continua evoluzione.

L'efficacia del Sistema non dipende esclusivamente dalla qualità dei documenti prodotti, ma soprattutto dalla capacità dell'organizzazione di trasformare procedure, indicatori, audit, momenti formativi ed esperienze operative in conoscenza condivisa, competenza professionale e miglioramento concreto dei servizi.

Per tale ragione, il SGQ viene costantemente aggiornato in funzione dell'evoluzione normativa, dei cambiamenti organizzativi, delle innovazioni scientifiche, dei risultati conseguiti, delle criticità emerse e delle aspettative espresse dagli ospiti, dalle famiglie e dagli altri stakeholder.

Il Sistema si configura pertanto come uno strumento dinamico di governo, capace di accompagnare la crescita dell'Associazione, sostenere i processi decisionali e promuovere una cultura organizzativa orientata alla qualità, alla responsabilità e all'eccellenza dei servizi.

SEZIONE III – LA GOVERNANCE DELLA QUALITÀ

3.1 La governance della qualità

La qualità costituisce un obiettivo strategico ed è parte integrante del sistema di governo dell'Ente. Essa non rappresenta una funzione autonoma o separata rispetto alla gestione ordinaria, bensì un principio trasversale che orienta l'attività degli Organi di Governo, della Direzione e di tutte le strutture organizzative.

Il Sistema di Gestione della Qualità è pertanto sviluppato secondo un modello di governance che integra indirizzo strategico, programmazione, gestione operativa, monitoraggio e miglioramento continuo, assicurando la piena coerenza tra gli obiettivi istituzionali dell'Associazione e le attività quotidianamente svolte nei servizi.

La governance della qualità si fonda sul principio della responsabilità diffusa.
Ogni livello organizzativo è chiamato a contribuire, nell'ambito delle proprie competenze, alla costruzione, al mantenimento e al miglioramento del Sistema di Gestione della Qualità.

Le responsabilità sono attribuite in modo chiaro, ma operano all'interno di un modello fortemente integrato, nel quale la collaborazione interdisciplinare rappresenta un elemento essenziale per garantire efficacia, appropriatezza e continuità dei processi assistenziali ed organizzativi.

La Direzione promuove una cultura organizzativa orientata alla qualità attraverso il coinvolgimento attivo del personale, la condivisione degli obiettivi, la valorizzazione delle competenze professionali e l'utilizzo sistematico di strumenti di monitoraggio, verifica e valutazione.

L'intero sistema è inoltre improntato ai principi di trasparenza, responsabilità, partecipazione e rendicontazione, assicurando agli stakeholder la possibilità di conoscere gli obiettivi perseguiti, le attività realizzate e i risultati conseguiti.

3.2 Il ruolo degli Organi di Governo

Gli Organi di Governo esercitano la funzione di indirizzo strategico del Sistema di Gestione della Qualità.
Essi definiscono le priorità di sviluppo associative, approvano i principali documenti di pianificazione, verificano il raggiungimento degli obiettivi e promuovono l'adozione delle decisioni necessarie a garantire la crescita dell'organizzazione. In particolare, il Consiglio di Amministrazione:

- approva Il Piano Strategico;
- approva il Piano della Qualità;

- definisce gli indirizzi generali di miglioramento;
- valuta periodicamente i risultati conseguiti;
- assicura la disponibilità delle risorse necessarie allo sviluppo del Sistema;
- promuove la diffusione della cultura della qualità all'interno della Fondazione.

Gli Organi di Governo verificano inoltre che il Sistema di Gestione della Qualità rimanga coerente con la missione istituzionale, con i valori fondanti dell'Associazione e con l'evoluzione del contesto normativo, sociale e assistenziale.

3.3 Il ruolo della Direzione Generale

La Direzione Generale costituisce il principale soggetto di governo del Sistema di Gestione della Qualità. Ad essa compete la responsabilità di tradurre gli indirizzi strategici definiti dagli Organi di Governo in programmi operativi, garantendo la piena integrazione tra pianificazione, organizzazione, gestione dei servizi e miglioramento continuo.
La Direzione Generale:

- coordina il Sistema di Gestione della Qualità;
- promuove la diffusione della cultura della qualità;
- assicura l'attuazione degli obiettivi del Piano;
- supervisiona l'applicazione delle procedure;
- coordina le attività di audit e monitoraggio;
- verifica il raggiungimento degli indicatori;
- promuove i processi di innovazione organizzativa;
- presiede il Riesame della Direzione;
- definisce le priorità dei Piani di Miglioramento.

Attraverso tali attività la Direzione assicura il raccordo permanente tra strategia e operatività, garantendo l'evoluzione del Sistema di Gestione della Qualità.

3.4 Il ruolo della Direzione Sanitaria

La Direzione Sanitaria assicura il governo della qualità clinica ed assistenziale.
Essa garantisce che l'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari sia coerente con le migliori evidenze scientifiche, con i requisiti normativi e con gli standard professionali applicabili.
La Direzione Sanitaria:

- promuove l'appropriatezza clinica;
- coordina il governo clinico;
- favorisce l'integrazione multiprofessionale;
- supervisiona la qualità dei percorsi assistenziali;
- contribuisce alla gestione del rischio clinico;

- partecipa alla definizione degli indicatori assistenziali;
- collabora alla pianificazione della formazione;
- partecipa alle attività di audit e di riesame.

La Direzione Sanitaria rappresenta inoltre il principale riferimento tecnico-scientifico del Sistema di Gestione della Qualità per tutti gli aspetti riguardanti la sicurezza delle cure.

3.5 Il Responsabile del Sistema di Gestione della Qualità

Il Responsabile del Sistema di Gestione della Qualità svolge una funzione di coordinamento metodologico e di supporto alla Direzione.
La sua attività non si sostituisce alle responsabilità gestionali dei diversi responsabili di funzione, ma favorisce l'integrazione dell'intero Sistema.
In particolare:

- coordina lo sviluppo del Sistema Qualità;
- cura l'aggiornamento della documentazione;
- supporta la progettazione dei processi;
- coordina il sistema degli indicatori;
- programma gli audit;
- monitora le non conformità;
- verifica l'attuazione delle azioni correttive;
- supporta la Direzione durante il Riesame;
- promuove iniziative di miglioramento continuo.

Il Responsabile Qualità svolge inoltre un'importante funzione di consulenza interna, favorendo la diffusione delle metodologie di miglioramento organizzativo e supportando i responsabili di processo nell'analisi delle criticità.

3.6 I Coordinatori e i Responsabili di processo

I Coordinatori costituiscono il principale punto di collegamento tra il Sistema di Gestione della Qualità e l'attività operativa quotidiana.
Essi assicurano la corretta applicazione delle procedure, promuovono comportamenti organizzativi coerenti con gli standard associativi e monitorano costantemente il funzionamento dei processi di propria competenza. Tra le principali responsabilità rientrano:

- organizzazione delle attività;
- supervisione del personale;
- monitoraggio degli indicatori;
- rilevazione delle criticità;
- proposta di azioni migliorative;

- collaborazione agli audit;
- partecipazione alle attività formative;
- verifica dell'applicazione delle procedure.

I Coordinatori svolgono inoltre un ruolo essenziale nella diffusione della cultura della qualità, promuovendo il coinvolgimento degli operatori e favorendo la condivisione delle buone pratiche.

3.7 Tutti gli operatori come protagonisti della qualità

La qualità dei servizi dipende in misura determinante dal contributo quotidiano di ogni professionista che opera all'interno dell'Associazione.
Per tale motivo il Sistema di Gestione della Qualità attribuisce a ciascun operatore un ruolo attivo nella costruzione e nel miglioramento dell'organizzazione.
Ogni lavoratore è chiamato a:

- conoscere e applicare le procedure;
- contribuire alla sicurezza delle cure;
- segnalare criticità, eventi avversi e opportunità di miglioramento;
- partecipare alle attività formative;
- collaborare agli audit;
- contribuire al raggiungimento degli obiettivi della qualità;
- favorire la diffusione di comportamenti coerenti con i valori associativi.

La qualità viene pertanto considerata una responsabilità professionale condivisa, che si esprime attraverso comportamenti quotidiani orientati alla competenza, alla collaborazione, al rispetto della persona e al miglioramento continuo.

3.8 Il modello partecipativo della governance

Il Sistema di Gestione della Qualità dell'Associazione adotta un modello di governance partecipativa, nel quale le decisioni strategiche e organizzative vengono supportate dal contributo delle diverse professionalità e dal coinvolgimento degli stakeholder.

Il confronto multidisciplinare, la partecipazione delle équipe, il dialogo con gli ospiti e con le famiglie, l'ascolto degli operatori e la collaborazione con i servizi territoriali costituiscono elementi permanenti del modello di governo della qualità.

L'Associazione considera infatti il patrimonio di conoscenze sviluppato dalle persone che vivono quotidianamente l'organizzazione come una risorsa fondamentale per individuare criticità, sviluppare soluzioni innovative e consolidare un processo di miglioramento realmente condiviso.

SEZIONE IV – POLITICA DELLA QUALITÀ

4.1 La Politica della Qualità dell'Associazione Opere Caritative Francescane ODV

L'Associazione riconosce nella qualità uno dei valori fondamentali della propria identità istituzionale e il principale criterio di orientamento delle decisioni strategiche, organizzative, assistenziali e gestionali.

Coerentemente con la propria missione di promuovere il benessere, la dignità e la qualità della vita delle persone, assume il miglioramento continuo quale principio permanente di governo dell'organizzazione, impegnandosi a sviluppare un sistema capace di garantire prestazioni sempre più efficaci, appropriate, sicure, personalizzate e sostenibili.

La Politica della Qualità rappresenta l'espressione degli impegni che gli Organi di Governo e la Direzione assumono nei confronti delle persone accolte, dei loro familiari, dei lavoratori, delle istituzioni e della comunità territoriale. Essa costituisce il riferimento permanente per la definizione degli obiettivi strategici della qualità, per la pianificazione delle attività, per la valutazione delle performance organizzative e per l'attuazione dei programmi di miglioramento.

L'Associazione considera la qualità non come un traguardo da raggiungere, ma come un processo permanente di crescita organizzativa, fondato sulla responsabilità, sulla competenza professionale, sull'innovazione e sulla capacità di apprendere dall'esperienza.

4.2 Gli impegni della Fondazione

Per dare concreta attuazione alla presente Politica della Qualità, l'Associazione assume i seguenti impegni strategici.

Centralità della persona

L'Associazione pone la persona accolta al centro di ogni scelta organizzativa e assistenziale, riconoscendone la dignità, la storia, le relazioni, i valori, le preferenze e il diritto all'autodeterminazione.

Ogni percorso di presa in carico viene progettato e realizzato secondo criteri di personalizzazione, appropriatezza e continuità assistenziale, valorizzando le capacità residue e promuovendo il mantenimento della migliore qualità di vita possibile.

L'organizzazione si impegna inoltre a favorire la partecipazione attiva degli ospiti e dei loro familiari ai processi decisionali che riguardano il percorso assistenziale.

Qualità e sicurezza delle cure

L'Associazione promuove un modello assistenziale fondato sulle migliori evidenze scientifiche, sulla multidisciplinarietà e sulla costante attenzione alla sicurezza delle persone accolte.

L'organizzazione opera affinché ogni prestazione venga erogata secondo criteri di efficacia, appropriatezza, tempestività e continuità, adottando strumenti strutturati per la prevenzione del rischio clinico e assistenziale.

La sicurezza delle cure rappresenta un valore irrinunciabile e costituisce parte integrante di tutti i processi organizzativi.

Professionalità e valorizzazione delle persone

La qualità dei servizi dipende dalla qualità delle persone che li realizzano.

Per tale motivo l'Associazione promuove un ambiente di lavoro fondato sul rispetto reciproco, sulla collaborazione interdisciplinare, sulla responsabilizzazione professionale e sullo sviluppo continuo delle competenze.

La formazione permanente, il confronto professionale, la condivisione delle conoscenze e la valorizzazione delle competenze costituiscono strumenti essenziali per garantire la crescita dell'organizzazione e il miglioramento dei servizi.

Innovazione e miglioramento continuo

L'Associazione considera il cambiamento un'opportunità di sviluppo.

L'organizzazione promuove una cultura orientata all'innovazione, alla ricerca di soluzioni organizzative sempre più efficaci e all'utilizzo sistematico delle informazioni provenienti dagli indicatori, dagli audit, dalle verifiche interne, dai reclami, dalle segnalazioni e dalle attività di monitoraggio.

Ogni criticità viene interpretata come occasione di apprendimento e di miglioramento, favorendo l'attuazione di interventi correttivi capaci di produrre risultati stabili nel tempo.

Trasparenza, partecipazione e responsabilità sociale

L'Associazione sviluppa relazioni improntate alla correttezza, alla trasparenza e alla responsabilità nei confronti di tutti gli stakeholder.

Essa favorisce il dialogo con gli ospiti, le famiglie, i lavoratori, il volontariato, gli enti pubblici e le organizzazioni del territorio, promuovendo forme strutturate di ascolto e partecipazione.

La rendicontazione dei risultati, la comunicazione delle attività svolte e la diffusione delle informazioni rappresentano strumenti fondamentali per consolidare il rapporto di fiducia con la comunità.

Sostenibilità

L'Associazione persegue un modello di sviluppo capace di coniugare qualità dei servizi, equilibrio economico, responsabilità sociale e sostenibilità gestionale.

Le risorse disponibili vengono amministrate secondo criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza e trasparenza, garantendo la continuità dei servizi e la capacità dell'organizzazione di rispondere ai bisogni emergenti della popolazione.

4.3 Gli obiettivi permanenti della Politica della Qualità

L'Associazione orienta stabilmente il proprio Sistema di Gestione della Qualità verso il perseguimento dei seguenti obiettivi permanenti:

- garantire il pieno rispetto della dignità e dei diritti della persona accolta;
- assicurare elevati standard di qualità assistenziale, sanitaria e organizzativa;
- sviluppare percorsi di presa in carico sempre più personalizzati e appropriati;
- promuovere la sicurezza delle cure e la prevenzione dei rischi;
- consolidare una cultura organizzativa fondata sulla responsabilità e sul miglioramento continuo;
- valorizzare le competenze professionali attraverso programmi strutturati di formazione e sviluppo;
- rafforzare la capacità dell'organizzazione di monitorare e valutare le proprie performance;
- favorire il coinvolgimento attivo degli ospiti, delle famiglie e degli stakeholder nei processi di miglioramento;
- promuovere l'innovazione organizzativa e l'integrazione con la rete territoriale dei servizi;
- garantire la sostenibilità economica, organizzativa e sociale dell'associazione.

4.4 Diffusione e attuazione della Politica della Qualità

La Politica della Qualità viene approvata dal Consiglio di Amministrazione e costituisce il riferimento per l'intero Sistema di Gestione della Qualità dell'associazione. Essa è portata a conoscenza di tutto il personale mediante specifiche iniziative di informazione e formazione, viene richiamata nei principali documenti del Sistema Qualità ed è resa disponibile agli ospiti, ai familiari, agli enti istituzionali e agli altri stakeholder attraverso gli strumenti di comunicazione adottati dall'associazione.

La Direzione Generale e la Direzione Sanitaria assicurano la traduzione operativa dei principi contenuti nella presente Politica, promuovendone la concreta applicazione nei processi decisionali, nell'organizzazione dei servizi, nella gestione delle risorse e nella valutazione delle performance.

La Politica della Qualità è oggetto di verifica periodica nell'ambito del Riesame della Direzione, al fine di garantirne la costante coerenza con l'evoluzione del contesto organizzativo, dei bisogni assistenziali, degli indirizzi strategici dell'associazione e delle aspettative degli stakeholder.

SEZIONE V – IL GOVERNO DELLA FONDAZIONE

5.1 Il modello di gestione per processi

L’associazione Opere Caritative Francescane ODV adotta un modello organizzativo fondato sulla gestione per processi, riconoscendo che la qualità dei servizi, la sicurezza delle cure e l'efficacia dell'organizzazione dipendono dalla capacità di governare in modo coordinato l'insieme delle attività che concorrono alla presa in carico della persona e al perseguimento delle finalità istituzionali. L'approccio per processi rappresenta uno dei principi metodologici fondamentali del Sistema di Gestione della Qualità e costituisce il modello attraverso il quale l’associazione pianifica, organizza, realizza, monitora e migliora le proprie attività.

In questa prospettiva l'organizzazione viene interpretata come un sistema unitario composto da processi tra loro interdipendenti, ciascuno dei quali contribuisce alla produzione di valore per la persona accolta, per i familiari, per la comunità e per tutti gli stakeholder dell’Associazione.

Ogni processo trasforma infatti risorse, competenze, informazioni e strumenti in risultati misurabili, generando effetti che influenzano direttamente il funzionamento degli altri processi. Ne consegue che la qualità non dipende dall'efficienza delle singole attività considerate isolatamente, ma dalla capacità dell'organizzazione di garantire continuità, integrazione e coerenza lungo l'intero percorso assistenziale ed organizzativo.

L'adozione della gestione per processi consente inoltre di superare una visione rigidamente articolata per funzioni o professionalità, favorendo la collaborazione interdisciplinare, la responsabilizzazione diffusa e l'integrazione tra le diverse componenti dell'organizzazione.

Ogni processo viene pertanto progettato, monitorato e periodicamente rivalutato secondo criteri di efficacia, appropriatezza, sicurezza, sostenibilità e miglioramento continuo, assicurando la costante coerenza con gli indirizzi strategici definiti dagli Organi di Governo.

L'intero modello organizzativo dell’associazione è quindi costruito attorno ai processi e non alle singole strutture organizzative, nella consapevolezza che il valore generato dall'Ente deriva dalla capacità di mettere in relazione persone, competenze, servizi e risorse all'interno di un sistema unitario di governo.

5.2 La catena del valore della Fondazione

La missione istituzionale dell'associazione trova concreta attuazione attraverso una sequenza coordinata di processi che, nel loro insieme, costituiscono la cosiddetta catena del valore dell'organizzazione. Essa rappresenta il percorso attraverso il quale l'Ente trasforma la propria identità, le proprie competenze professionali, le risorse disponibili e la rete di relazioni territoriali in servizi capaci di produrre benessere, sicurezza e qualità della vita per le persone accolte.

La catena del valore ha origine dagli indirizzi strategici definiti dagli Organi di Governo e si sviluppa mediante la pianificazione delle attività, l'organizzazione delle risorse, la presa in carico della persona, l'erogazione degli interventi assistenziali e sanitari, il monitoraggio dei risultati e la continua revisione dei processi.

L'esito finale di tale percorso non coincide esclusivamente con l'erogazione di prestazioni sociosanitarie, ma con la capacità dell'associazione di creare valore sociale, promuovendo dignità, autonomia, inclusione, partecipazione e qualità della vita.

Per tale ragione il Sistema di Gestione della Qualità considera ogni processo come parte integrante di un'unica filiera organizzativa orientata alla persona.
Ogni attività, indipendentemente dalla propria natura assistenziale, sanitaria, amministrativa o tecnica, contribuisce infatti al raggiungimento di un obiettivo comune: assicurare un servizio affidabile, sicuro, personalizzato e coerente con la missione associativa.

5.3 La classificazione dei processi

Al fine di garantire una gestione sistematica dell'organizzazione, l'Associativa distingue i propri processi in quattro macro-categorie funzionalmente integrate tra loro:

a) Processi di governo

Sono i processi attraverso i quali vengono definiti gli indirizzi strategici associativi, assunte le principali decisioni organizzative e monitorato il raggiungimento degli obiettivi istituzionali.
Essi assicurano la coerenza tra missione, programmazione strategica, organizzazione dei servizi e sviluppo dell'Ente. Rientrano in questa categoria, tra gli altri:

- governo istituzionale;
- pianificazione strategica;
- governo della qualità;
- governo clinico;
- programmazione economico-finanziaria;
- gestione delle relazioni istituzionali;

- sviluppo organizzativo;
- comunicazione istituzionale.

Questi processi rappresentano il livello direzionale dell'organizzazione e definiscono il quadro di riferimento entro il quale si sviluppano tutte le altre attività.

b) Processi primari

I processi primari costituiscono il nucleo operativo dell'Associazione.
Essi comprendono tutte le attività direttamente rivolte alla persona accolta e rappresentano il principale ambito di creazione del valore assistenziale.
In particolare, rientrano tra i processi primari:

- orientamento e accesso ai servizi;
- valutazione preliminare;
- accoglienza;
- presa in carico;
- valutazione multidimensionale;
- predisposizione del Piano Individualizzato;
- assistenza sanitaria;
- assistenza infermieristica;
- assistenza tutelare;
- riabilitazione;
- supporto psicologico;
- animazione e socializzazione;
- coinvolgimento della famiglia;
- continuità assistenziale;
- dimissione o trasferimento.

L'integrazione tra tali processi garantisce la continuità del percorso assistenziale e consente di rispondere in maniera appropriata all'evoluzione dei bisogni della persona.

c) Processi di supporto

I processi di supporto assicurano le condizioni organizzative, professionali, tecnologiche e logistiche necessarie al corretto funzionamento dei servizi. Pur non generando direttamente prestazioni assistenziali, essi contribuiscono in maniera determinante alla qualità complessiva dell'organizzazione.

Appartengono a questa categoria:

- gestione delle risorse umane;

- selezione e inserimento del personale;
- formazione e sviluppo delle competenze;
- approvvigionamenti;
- gestione dei fornitori;
- manutenzione delle strutture e degli impianti;
- gestione delle tecnologie;
- gestione documentale;
- sistemi informativi;
- gestione amministrativa;
- gestione economico-finanziaria;
- servizi alberghieri;
- sicurezza sul lavoro;
- protezione dei dati personali.

Il livello qualitativo dei processi di supporto influenza direttamente l'efficacia dei processi assistenziali, rendendo indispensabile una loro costante integrazione con le attività primarie.

d) Processi di miglioramento

La quarta categoria comprende i processi che consentono all'Associazione di valutare criticamente il proprio funzionamento e di promuovere il miglioramento continuo dell'organizzazione.
Essi costituiscono il principale motore evolutivo del Sistema di Gestione della Qualità. Ne fanno parte:

- monitoraggio degli indicatori;
- audit interni;
- audit clinici;
- gestione delle non conformità;
- gestione dei reclami;
- analisi degli eventi avversi e dei near miss;
- gestione del rischio;
- customer satisfaction;
- valutazione delle performance;
- riesame della Direzione;
- pianificazione delle azioni correttive;
- pianificazione delle azioni di miglioramento.

Attraverso tali processi l'associazione acquisisce le informazioni necessarie per orientare le decisioni strategiche e promuovere il costante sviluppo del proprio sistema organizzativo.

5.4 Il Process Owner: la responsabilità del governo dei processi

Elemento qualificante del modello organizzativo adottato è l'attribuzione di una responsabilità unitaria per ciascun processo aziendale. Ogni processo è infatti affidato ad un Process Owner, individuato nella figura organizzativa che, in relazione alle proprie competenze e responsabilità, garantisce il corretto funzionamento del processo, ne monitora le prestazioni e promuove le necessarie azioni di miglioramento.

Il Process Owner non coincide necessariamente con il soggetto che svolge direttamente tutte le attività comprese nel processo, ma rappresenta il referente responsabile della sua efficacia complessiva.

A tale figura competono, in particolare:

- la pianificazione del processo;
- il coordinamento delle attività;
- il monitoraggio degli indicatori di performance;
- la verifica dell'applicazione delle procedure;
- l'analisi delle criticità;
- la proposta di azioni correttive e di miglioramento;
- la collaborazione alle attività di audit;
- la rendicontazione periodica alla Direzione.

Questo modello favorisce una chiara attribuzione delle responsabilità e rafforza la capacità dell'organizzazione di governare in maniera sistematica le proprie attività, superando una logica esclusivamente gerarchica a favore di una responsabilità orientata ai risultati.

SEZIONE VI – IL MODELLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

6.1 La performance come espressione della qualità organizzativa

L'Associazione Opere Caritative Francescane ODV considera la performance organizzativa quale espressione concreta della capacità dell'Ente di perseguire la propria missione istituzionale, trasformando gli indirizzi strategici in risultati misurabili e sostenibili nel tempo.

Nel Sistema di Gestione della Qualità la performance non coincide con la sola produttività o con il raggiungimento di obiettivi quantitativi, ma rappresenta la misura complessiva dell'efficacia con cui l'organizzazione è in grado di soddisfare i bisogni delle persone accolte, garantire la sicurezza delle cure, valorizzare le risorse professionali, utilizzare responsabilmente le risorse disponibili e promuovere il miglioramento continuo.

L'approccio adottato dalla Fondazione supera pertanto una visione limitata alla sola qualità assistenziale e considera la performance come il risultato dell'equilibrio tra tutte le dimensioni che concorrono al buon funzionamento dell'organizzazione.

La valutazione delle performance costituisce uno degli strumenti fondamentali attraverso cui la Direzione orienta le proprie decisioni, individua le priorità di sviluppo, verifica l'efficacia delle azioni intraprese e definisce gli interventi di miglioramento.

Per tale ragione il monitoraggio delle performance viene realizzato con continuità e rappresenta parte integrante delle attività di governo associativo.

6.2 Le dimensioni della performance

Il modello di governo della qualità dell'Associazione individua sei dimensioni fondamentali della performance organizzativa, strettamente integrate tra loro e tutte indispensabili al perseguimento della missione istituzionale.

Esse costituiscono il riferimento per la programmazione strategica, la costruzione del sistema degli indicatori, la pianificazione degli audit, il riesame della Direzione e la definizione dei programmi di miglioramento.

A. Performance assistenziale

La performance assistenziale esprime la capacità di garantire interventi personalizzati, appropriati e continuativi, rispondendo ai bisogni della persona attraverso un'organizzazione centrata sulla presa in carico globale. Essa riguarda, in particolare:

- appropriatezza dei percorsi assistenziali;
- personalizzazione degli interventi;
- qualità dei Piani Individualizzati;
- continuità della presa in carico;
- tutela della dignità della persona;
- mantenimento delle autonomie residue;
- qualità della vita degli ospiti.

L'obiettivo è assicurare che ogni persona riceva un'assistenza coerente con i propri bisogni clinici, assistenziali, relazionali e sociali.

B. Performance clinica e di sicurezza

Questa dimensione misura la capacità dell'organizzazione di garantire elevati standard di sicurezza delle cure e di appropriatezza clinica.
Essa comprende:

- sicurezza terapeutica;
- prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
- prevenzione delle cadute;
- prevenzione delle lesioni da pressione;
- gestione del rischio clinico;
- continuità assistenziale;
- appropriatezza degli interventi sanitari;
- governo clinico.

L'obiettivo consiste nel ridurre progressivamente il livello di rischio, favorendo un sistema assistenziale sempre più sicuro, affidabile e basato sulle migliori evidenze scientifiche.

C. Performance organizzativa

La performance organizzativa rappresenta la capacità di assicurare il corretto funzionamento dei propri processi interni. Essa riguarda:

- efficienza dei processi;
- integrazione tra i servizi;
- tempestività delle attività;

- qualità della documentazione;
- gestione delle informazioni;
- affidabilità organizzativa;
- conformità alle procedure;
- continuità operativa.

Questa dimensione consente di valutare il grado di maturità dell'organizzazione e la capacità dei diversi processi di operare in maniera coordinata.

D. Performance delle risorse umane

La qualità dell'assistenza dipende in misura determinante dalle competenze, dalla motivazione e dalla partecipazione del personale.
Per tale motivo l'associazione considera le risorse umane uno dei principali fattori strategici del proprio sviluppo.
La performance delle risorse umane comprende:

- sviluppo delle competenze;
- formazione continua;
- inserimento dei nuovi operatori;
- benessere organizzativo;
- clima aziendale;
- partecipazione ai processi di miglioramento;
- valorizzazione delle professionalità;
- continuità delle competenze.

L'organizzazione considera il personale non soltanto quale risorsa operativa, ma come il principale patrimonio professionale su cui costruire il miglioramento continuo.

E. Performance economico-organizzativa

La sostenibilità economica rappresenta una condizione essenziale per garantire continuità ai servizi e capacità di investimento.
L'Associazione promuove una gestione improntata a criteri di equilibrio, trasparenza e responsabilità, monitorando costantemente l'utilizzo delle risorse disponibili. Questa dimensione comprende:

- sostenibilità economica;
- utilizzo efficiente delle risorse;
- gestione dei fornitori;
- gestione degli investimenti;
- controllo dei costi;
- utilizzo delle tecnologie;

- programmazione degli acquisti;
- efficienza gestionale.

La valutazione della performance economica viene sempre integrata con la qualità dei servizi erogati, evitando che logiche esclusivamente finanziarie possano compromettere gli standard assistenziali.

F. Performance relazionale e sociale

L'Associazione riconosce che la qualità dei servizi dipende anche dalla capacità di costruire relazioni di fiducia con gli ospiti, i familiari, i professionisti, le istituzioni e la comunità territoriale.
La performance relazionale comprende:

- soddisfazione degli ospiti;
- soddisfazione delle famiglie;
- gestione dei reclami;
- partecipazione degli stakeholder;
- rapporti con il territorio;
- attività di volontariato;
- trasparenza;
- responsabilità sociale.

L'obiettivo consiste nel consolidare il ruolo associativo quale comunità di cura aperta al dialogo e all'integrazione con il contesto territoriale.

6.3 I driver della performance

Le sei dimensioni della performance non evolvono in maniera autonoma, ma sono influenzate da un insieme di fattori che determinano la capacità dell'organizzazione di raggiungere i risultati attesi.

L'Associazione individua quali principali driver di performance:

- la chiarezza degli indirizzi strategici;
- la qualità della leadership;
- la competenza e la motivazione delle risorse umane;
- l'efficacia dei processi organizzativi;
- la disponibilità di informazioni affidabili;
- la gestione dei rischi;
- la capacità di innovazione;
- l'integrazione multiprofessionale;
- il coinvolgimento degli stakeholder;
- la diffusione della cultura del miglioramento continuo.

Il monitoraggio di tali fattori consente alla Direzione di individuare precocemente le condizioni che possono favorire o ostacolare il raggiungimento degli obiettivi associativi.

6.4 Il cruscotto direzionale

Per governare efficacemente la complessità dell'organizzazione, l'Associazione sviluppa un cruscotto direzionale della qualità, costituito da un insieme integrato di indicatori strategici, direzionali e operativi.

Il cruscotto rappresenta lo strumento attraverso il quale la Direzione monitora in modo sistematico l'andamento delle principali dimensioni della performance, verifica il raggiungimento degli obiettivi programmati e orienta le decisioni organizzative. Esso non si limita a descrivere i risultati conseguiti, ma costituisce un sistema di supporto alle decisioni, capace di evidenziare tempestivamente scostamenti, criticità, trend evolutivi e opportunità di miglioramento.

Il cruscotto viene alimentato con le informazioni provenienti dagli indicatori di processo e di esito, dagli audit, dai sistemi di gestione del rischio, dalle attività di monitoraggio clinico e assistenziale, dai reclami, dalle segnalazioni, dalle indagini di soddisfazione e dalle verifiche documentali.
La sua analisi periodica rappresenta uno degli elementi centrali del Riesame della Direzione e costituisce il principale collegamento tra il monitoraggio operativo e le decisioni strategiche dell'organizzazione.

6.5 La maturità del Sistema di Gestione della Qualità

L'Associazione considera il proprio Sistema di Gestione della Qualità un'organizzazione in costante evoluzione.
L'obiettivo non consiste esclusivamente nel mantenimento della conformità ai requisiti normativi, ma nel progressivo incremento del livello di maturità organizzativa, inteso come capacità dell'Ente di governare in modo sempre più integrato processi, persone, rischi, risorse e risultati.
La maturità del Sistema viene valutata attraverso la capacità dell'organizzazione di:

- pianificare con chiarezza i propri obiettivi;
- governare i processi secondo criteri condivisi;
- utilizzare dati affidabili a supporto delle decisioni;
- prevenire i rischi e gestire efficacemente le criticità;
- coinvolgere attivamente il personale e gli stakeholder;
- trasformare gli esiti delle verifiche in opportunità di apprendimento;
- consolidare nel tempo una cultura organizzativa orientata all'eccellenza.

In questa prospettiva, il miglioramento continuo non rappresenta un'attività aggiuntiva, ma il criterio attraverso il quale la Fondazione interpreta il proprio sviluppo e rafforza la propria capacità di rispondere ai bisogni della comunità.

SEZIONE VII – IL MODELLO DI GOVERNO DEL RISCHIO

7.1 Il rischio come elemento del governo organizzativo

L'Associazione Opere Caritative Francescane ODV considera la gestione del rischio parte integrante del proprio modello di governo e uno degli strumenti fondamentali per garantire qualità, sicurezza, sostenibilità e continuità dei servizi.

Nel Sistema di Gestione della Qualità il rischio non viene interpretato esclusivamente come possibilità di errore o di evento avverso, ma come qualsiasi condizione che possa compromettere il raggiungimento degli obiettivi strategici dell'organizzazione, incidendo negativamente sulla qualità dell'assistenza, sulla tutela delle persone accolte, sull'efficienza dei processi o sulla capacità della Fondazione di perseguire la propria missione.

In tale prospettiva la gestione del rischio assume carattere trasversale e coinvolge l'intera organizzazione. Ogni processo, ogni attività e ogni decisione gestionale sono infatti valutati anche in relazione ai potenziali fattori di rischio e alle misure necessarie per prevenirne l'insorgenza, limitarne gli effetti o favorirne il tempestivo controllo.

L'obiettivo perseguito dall'associazione non consiste nell'eliminazione assoluta del rischio, condizione incompatibile con la natura stessa delle attività sociosanitarie, ma nello sviluppo di un'organizzazione capace di riconoscere precocemente le situazioni critiche, governarle con competenza e trasformarle in occasioni di apprendimento e miglioramento.
La gestione del rischio costituisce pertanto uno strumento permanente di governo della qualità e rappresenta un elemento essenziale del processo decisionale della Direzione.

7.2 Il modello integrato di gestione del rischio

L'associazione adotta un modello integrato di gestione del rischio, fondato sull'interazione continua tra pianificazione strategica, monitoraggio operativo, verifica dei risultati e miglioramento continuo.

Tale modello si sviluppa secondo un ciclo permanente articolato nelle seguenti fasi:

- individuazione dei fattori di rischio;
- analisi delle cause e delle possibili conseguenze;
- valutazione della probabilità di accadimento e dell'impatto sull'organizzazione;
- definizione delle misure di prevenzione e controllo;
- monitoraggio continuo dei processi;
- verifica dell'efficacia delle misure adottate;

- aggiornamento periodico della valutazione del rischio.

Questo approccio consente alla Direzione di integrare la gestione del rischio nella programmazione ordinaria delle attività, evitando che essa venga considerata come un insieme di interventi occasionali o esclusivamente conseguenti al verificarsi di eventi avversi.

Il governo del rischio viene quindi sviluppato in stretta connessione con il sistema degli indicatori, il Piano degli Audit, il Piano della Formazione, il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS), il Documento di Valutazione dei Rischi, le procedure operative e il Riesame della Direzione, assicurando un flusso continuo di informazioni a supporto delle decisioni organizzative.

7.3 Le aree di rischio della Fondazione

Considerata la complessità delle attività svolte, la Fondazione identifica le principali aree di rischio organizzativo, che vengono monitorate con modalità differenziate in relazione alle caratteristiche dei processi interessati.

Rischio assistenziale

Comprende tutti i fattori che possono compromettere la qualità della presa in carico della persona, la continuità assistenziale, la personalizzazione degli interventi e la corretta attuazione dei Piani Assistenziali Individualizzati.
Rientrano in tale ambito, a titolo esemplificativo:

- mancata appropriatezza degli interventi;
- carenze nella continuità assistenziale;
- insufficiente integrazione multiprofessionale;
- errori nella trasmissione delle informazioni;
- criticità nella gestione dei Piani individualizzati.

Rischio clinico

Riguarda la possibilità che, durante l'erogazione delle prestazioni sanitarie, possano verificarsi eventi suscettibili di determinare danni alla persona assistita.
Comprende, tra gli altri:

- errori terapeutici;
- eventi avversi;
- infezioni correlate all'assistenza;
- cadute;
- lesioni da pressione;
- utilizzo di dispositivi medici;

- emergenze sanitarie;
- continuità terapeutica.

La gestione operativa di tali aspetti viene sviluppata attraverso il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario e le specifiche procedure aziendali.

Rischio organizzativo

È rappresentato dalle criticità che possono compromettere il corretto funzionamento dell'organizzazione.

Ne fanno parte:

- discontinuità operative;
- insufficiente coordinamento;
- carenze organizzative;
- inefficienze nei processi;
- mancata disponibilità di risorse;
- interruzione dei servizi;
- criticità nella gestione dei turni;
- mancata sostituzione del personale.

Rischio documentale e informativo

La qualità delle informazioni costituisce uno degli elementi essenziali del Sistema di Gestione della Qualità.

Rientrano in questa categoria:

- incompletezza della documentazione;
- errori di registrazione;
- mancata tracciabilità;
- perdita di informazioni;
- utilizzo di documentazione non aggiornata;
- criticità nella conservazione documentale.

Rischio tecnologico

Comprende le criticità connesse all'utilizzo delle tecnologie, delle apparecchiature biomedicali, dei sistemi informatici e degli impianti tecnologici.

L'Associazione promuove programmi strutturati di manutenzione preventiva, controllo periodico e aggiornamento tecnologico finalizzati a garantire continuità operativa e sicurezza.

Rischio normativo e di conformità (compliance)

L'evoluzione continua del quadro normativo richiede un costante presidio della conformità legislativa e regolamentare.
L'Associazione monitora sistematicamente l'adeguamento ai requisiti autorizzativi, agli obblighi previsti dalla normativa nazionale e regionale, alla disciplina in materia di privacy, sicurezza sul lavoro, trasparenza, responsabilità amministrativa e Terzo Settore.

Rischio economico-finanziario

La sostenibilità economica rappresenta una condizione imprescindibile per assicurare continuità e qualità dei servizi.
Il governo di tale rischio comprende:

- monitoraggio dell'equilibrio economico;
- controllo dei costi;
- pianificazione degli investimenti;
- gestione della liquidità;
- diversificazione delle fonti di finanziamento;
- controllo dei rapporti contrattuali.

Rischio reputazionale

La reputazione dell'associazione rappresenta un patrimonio immateriale di primaria importanza.
Essa dipende dalla qualità dei servizi, dalla trasparenza dell'organizzazione, dalla correttezza dei comportamenti professionali, dalla capacità di dialogo con gli stakeholder e dalla fiducia costruita nel tempo con il territorio.
Il rischio reputazionale viene monitorato attraverso l'analisi dei reclami, delle segnalazioni, della soddisfazione degli utenti, dei rapporti istituzionali e della percezione esterna della qualità dei servizi.

7.4 Il Sistema di controllo

Il modello di governo del rischio dell'associazione si fonda su un sistema articolato di controlli organizzativi, distribuiti su tre livelli tra loro complementari.

Prima livello – Controlli operativi

È costituita dai professionisti e dai responsabili dei processi, che garantiscono quotidianamente il corretto svolgimento delle attività, l'applicazione delle procedure e la tempestiva individuazione delle criticità.

Secondo livello – Controlli di governo

Comprende le funzioni di coordinamento e controllo che presidiano trasversalmente il funzionamento del Sistema di Gestione della Qualità.
Ne fanno parte, tra gli altri:

- Direzione Generale;
- Direzione Sanitaria;
- Responsabile Qualità;
- RSPP;
- DPO;
- Coordinatori di servizio.

Queste figure assicurano il monitoraggio sistematico dei processi, l'analisi dei dati e la definizione delle azioni di miglioramento.

Terzo livello – Verifica indipendente

È rappresentata dagli strumenti di verifica periodica del Sistema, tra cui:

- audit interni;
- verifiche ispettive;
- riesame della Direzione;
- controlli degli Organi di Governo;
- verifiche degli enti esterni competenti.

Questa articolazione garantisce una visione multilivello del controllo, nella quale la prevenzione e il monitoraggio sono distribuiti lungo tutta l'organizzazione.

7.5 Dal rischio al miglioramento

Il governo del rischio non si esaurisce nell'identificazione delle criticità, ma trova il proprio completamento nella capacità dell'organizzazione di trasformare le informazioni raccolte in decisioni e azioni di miglioramento.
Gli esiti delle attività di monitoraggio, delle analisi di rischio, degli audit, degli eventi avversi, dei reclami e delle verifiche interne alimentano il sistema di programmazione della Fondazione, contribuendo alla definizione delle priorità strategiche, alla revisione dei processi, all'aggiornamento delle procedure, alla pianificazione della formazione e alla predisposizione dei Piani di Miglioramento.
In questa prospettiva, il rischio cessa di essere considerato esclusivamente come un elemento da controllare e diviene uno strumento di conoscenza dell'organizzazione, capace di orientarne l'evoluzione e di rafforzarne la capacità di rispondere ai bisogni delle persone accolte in modo sempre più efficace, sicuro e sostenibile.

SEZIONE VIII – LA MISURAZIONE DI PERFORMANCE

8.1 Il Sistema di misurazione delle performance

L'Associazione considera la misurazione delle performance uno degli strumenti fondamentali del proprio Sistema di Gestione della Qualità.

In ambito socio-sanitario, la qualità non può essere affidata esclusivamente all'esperienza professionale, alla percezione degli operatori o alla verifica episodica dei risultati, ma richiede la disponibilità di informazioni oggettive, affidabili e sistematicamente aggiornate, capaci di descrivere il funzionamento dell'organizzazione e di supportare il processo decisionale.

Il sistema degli indicatori risponde a questa esigenza. Esso consente alla Direzione di osservare in maniera continuativa l'andamento dei processi, valutare il raggiungimento degli obiettivi programmati, individuare tempestivamente eventuali criticità e orientare le azioni di miglioramento.

Gli indicatori non costituiscono pertanto un semplice strumento di controllo, ma rappresentano un elemento essenziale del governo dell'organizzazione. Attraverso la loro analisi la Fondazione sviluppa una conoscenza approfondita dei propri processi, favorisce decisioni fondate su dati oggettivi e promuove una cultura organizzativa orientata alla responsabilità, alla trasparenza e al miglioramento continuo.

Il sistema di misurazione adottato è coerente con gli indirizzi strategici della Fondazione, con il modello di gestione per processi, con il sistema di gestione del rischio e con il modello di valutazione delle performance descritto nei capitoli precedenti.

Ogni indicatore viene pertanto interpretato non come un dato isolato, ma come parte di un quadro informativo più ampio, finalizzato alla comprensione delle dinamiche organizzative e alla valutazione dell'efficacia complessiva del Sistema di Gestione della Qualità.

8.2 Il modello di misurazione

L'Associazione adotta un sistema multilivello di misurazione delle performance, articolato su tre differenti livelli di governo, ciascuno dei quali risponde a specifiche esigenze conoscitive e decisionali. Tale articolazione consente di collegare il monitoraggio operativo delle attività quotidiane alla programmazione strategica dell'Ente, garantendo continuità tra gestione, controllo e pianificazione.

Indicatori strategici

Gli indicatori strategici consentono agli Organi di Governo e alla Direzione Generale di verificare il grado di attuazione del Piano Strategico e del presente Piano della Qualità.
Essi descrivono la capacità dell'Associazione di perseguire la propria missione, consolidare il proprio ruolo istituzionale, garantire la sostenibilità organizzativa e produrre valore per gli stakeholder.
Sono normalmente analizzati nell'ambito del Riesame della Direzione e costituiscono il principale riferimento per la definizione degli obiettivi di sviluppo dell'Ente.

Indicatori direzionali

Gli indicatori direzionali consentono di monitorare l'efficacia dei principali processi organizzativi e assistenziali.
Essi supportano la Direzione Generale, la Direzione Sanitaria e i Responsabili di funzione nella valutazione delle performance delle diverse aree organizzative, favorendo l'individuazione delle priorità di intervento.
La loro analisi viene effettuata con periodicità programmata e costituisce uno degli strumenti di governo operativo.

Indicatori operativi

Gli indicatori operativi sono utilizzati dai Process Owner e dai Coordinatori per monitorare il corretto svolgimento delle attività quotidiane.
Essi consentono di verificare il rispetto degli standard organizzativi, individuare tempestivamente eventuali anomalie e promuovere interventi correttivi prima che le criticità possano produrre effetti significativi sulla qualità dei servizi.
La loro osservazione continua rappresenta il primo livello di controllo del Sistema di Gestione della Qualità.

8.3 Le caratteristiche degli indicatori

Affinché possano costituire un efficace supporto alle decisioni, tutti gli indicatori adottati dalla Fondazione devono possedere requisiti metodologici comuni.
In particolare essi devono essere:

- Significativi, in quanto strettamente correlati agli obiettivi strategici e ai processi da monitorare.
- Oggettivi, basati su dati verificabili e raccolti secondo criteri uniformi.
- Misurabili, attraverso metodologie chiaramente definite e riproducibili.
- Affidabili, garantendo la qualità e la coerenza delle informazioni utilizzate.
- Tempestivi, disponibili entro tempi compatibili con le esigenze decisionali della Direzione.

- Comprensibili, facilmente interpretabili da parte dei responsabili dei processi.
- Confrontabili, consentendo l'analisi dell'evoluzione nel tempo e il confronto con standard, obiettivi o benchmark di riferimento.
- L'adozione di tali criteri garantisce omogeneità metodologica all'intero sistema di monitoraggio e consente di utilizzare gli indicatori come strumenti effettivi di governo.

8.4 Le fonti informative

Il sistema di misurazione delle performance utilizza dati provenienti da molteplici fonti informative, integrate all'interno del Sistema di Gestione della Qualità.
Tra le principali fonti rientrano:

- documentazione sociosanitaria;
- Piani Individualizzati;
- cartelle cliniche;
- sistemi informativi aziendali;
- registrazioni delle procedure;
- verbali delle riunioni di équipe;
- audit interni;
- audit clinici;
- attività ispettive;
- registri delle non conformità;
- segnalazioni e reclami;
- eventi avversi e near miss;
- indagini di soddisfazione;
- attività formative;
- monitoraggi del rischio;
- verifiche documentali;
- report economico-gestionali.

L'integrazione di tali informazioni consente di ottenere una rappresentazione completa e multidimensionale delle performance associativa.

8.5 Il cruscotto direzionale della qualità

Tutti gli indicatori confluiscono in un Cruscotto Direzionale della Qualità, predisposto con l'obiettivo di fornire alla Direzione una rappresentazione sintetica, aggiornata e facilmente interpretabile dello stato di salute dell'organizzazione.
Il Cruscotto costituisce il principale strumento di monitoraggio del Sistema di Gestione della Qualità e viene utilizzato per:

- verificare il raggiungimento degli obiettivi strategici;

- monitorare l'andamento dei principali processi;
- individuare tempestivamente criticità emergenti;
- orientare la programmazione degli audit;
- definire le priorità formative;
- aggiornare la valutazione dei rischi;
- predisporre il Riesame della Direzione;
- programmare gli interventi di miglioramento.

Il Cruscotto è oggetto di aggiornamento periodico secondo la frequenza prevista per ciascun indicatore e rappresenta il principale strumento informativo utilizzato dalla Direzione Generale per il governo dell'organizzazione.

SEZIONE IX – IL SISTEMA DI MONITORAGGIO

9.1 Il controllo come funzione di governo

L'Associazione considera il controllo organizzativo una funzione essenziale del proprio sistema di governo e uno degli strumenti attraverso cui garantire la qualità dei servizi, la sicurezza delle persone accolte, la conformità normativa e il perseguimento degli obiettivi strategici.

Nel Sistema di Gestione della Qualità il controllo non assume una finalità ispettiva o sanzionatoria, ma rappresenta un processo permanente di conoscenza dell'organizzazione, finalizzato a verificare il corretto funzionamento dei processi, individuare tempestivamente eventuali criticità e supportare le decisioni della Direzione.
La cultura del controllo promossa dall'associazione è orientata alla prevenzione piuttosto che alla correzione dell'errore. Essa mira a sviluppare un'organizzazione capace di osservare criticamente il proprio funzionamento, apprendere dall'esperienza e promuovere il miglioramento continuo attraverso l'analisi sistematica delle evidenze raccolte.

Ogni attività di controllo contribuisce ad accrescere la conoscenza dell'organizzazione, rafforzando la capacità della Direzione di valutare i risultati conseguiti, governare i rischi e programmare gli interventi di sviluppo.

9.2 Un sistema integrato di controlli

Il Sistema di Gestione della Qualità dell'associazione prevede un insieme coordinato di strumenti di verifica che operano in maniera complementare e concorrono alla valutazione delle performance organizzative.
Il controllo non viene affidato ad un'unica attività o ad un solo soggetto, ma si sviluppa attraverso molteplici strumenti che osservano l'organizzazione da prospettive differenti.
Il sistema comprende:

- monitoraggio degli indicatori di performance;
- audit organizzativi;
- audit clinici e assistenziali;
- verifiche documentali;
- osservazioni sul campo;
- monitoraggio degli eventi avversi e dei near miss;
- gestione delle non conformità;
- analisi dei reclami e delle segnalazioni;
- rilevazione della soddisfazione degli stakeholder;
- verifiche ispettive esterne;

- riesame della Direzione.

L'integrazione di tali strumenti consente di ottenere una rappresentazione completa dello stato di salute dell'organizzazione, evitando valutazioni fondate su singoli eventi o su informazioni parziali.

9.3 I livelli del controllo

Il modello adottato dell'associazione distingue tre livelli di controllo, tra loro strettamente integrati.

Controllo operativo

È svolto quotidianamente dai Process Owner, dai Coordinatori e dagli operatori nell'ambito delle normali attività di servizio.
Ha lo scopo di garantire la corretta applicazione delle procedure, il rispetto degli standard assistenziali e la tempestiva individuazione di eventuali criticità.
Rappresenta il primo presidio del Sistema di Gestione della Qualità.

Controllo direzionale

È esercitato dalla Direzione Generale e dalla Direzione Sanitaria attraverso l'analisi periodica degli indicatori, il monitoraggio delle performance, la verifica dei risultati conseguiti e la valutazione dell'andamento dei principali processi organizzativi.
Questo livello di controllo consente di orientare le decisioni gestionali e di programmare gli interventi di miglioramento.

Controllo strategico

È svolto dagli Organi di Governo e dalla Direzione mediante il Riesame della Direzione e la verifica periodica dell'attuazione del Piano Strategico e del Piano della Qualità.
Esso valuta la capacità complessiva dell'organizzazione di perseguire la propria missione e di rispondere ai bisogni della comunità, verificando la coerenza tra risultati ottenuti e obiettivi programmati.

9.4 Gli audit come strumento di miglioramento

Tra gli strumenti di verifica adottati dall'associazione, l'audit rappresenta uno dei principali meccanismi di valutazione sistematica del funzionamento dell'organizzazione.
L'audit consiste in un processo strutturato di raccolta e analisi delle evidenze finalizzato a verificare la conformità dei processi rispetto ai requisiti normativi, agli standard organizzativi, alle procedure interne e agli obiettivi definiti.

Gli audit vengono programmati secondo un Piano Triennale e sviluppati attraverso programmi annuali, garantendo una copertura progressiva di tutti i processi ritenuti rilevanti per il Sistema di Gestione della Qualità.
Le attività di audit perseguono molteplici finalità:

- verificare l'effettiva applicazione delle procedure;
- valutare l'efficacia dei processi;
- individuare opportunità di miglioramento;
- promuovere l'uniformità dei comportamenti organizzativi;
- favorire la diffusione delle buone pratiche;
- supportare la crescita professionale degli operatori.

L'audit viene pertanto interpretato come uno strumento di apprendimento organizzativo e non come un'attività ispettiva orientata alla ricerca dell'errore.

9.5 Le evidenze del controllo

L'efficacia del Sistema dei Controlli dipende dalla qualità delle informazioni raccolte.
Per tale motivo ogni attività di verifica deve essere supportata da evidenze oggettive, verificabili e documentate.
Le principali evidenze utilizzate comprendono:

- registrazioni assistenziali;
- documentazione sanitaria;
- documentazione amministrativa;
- osservazioni dirette;
- interviste agli operatori;
- colloqui con gli ospiti e i familiari;
- analisi degli indicatori;
- risultati degli audit;
- report delle non conformità;
- eventi avversi;
- verbali delle riunioni;
- esiti delle verifiche precedenti.

L’utilizzo sistematico di tali evidenze garantisce l’affidabilità delle valutazioni e rafforza la capacità dell’organizzazione di assumere decisioni fondate su elementi oggettivi.

9.6 Dalle verifiche alle decisioni

Il sistema dei controlli trova il proprio completamento nella capacità della Direzione di trasformare le informazioni raccolte in decisioni organizzative.

Le risultanze delle attività di monitoraggio vengono infatti analizzate in maniera integrata, evitando valutazioni settoriali o frammentarie.
Gli esiti dei controlli possono determinare:

- aggiornamento delle procedure;
- revisione dei processi;
- pianificazione di attività formative;
- ridefinizione degli indicatori;
- aggiornamento della valutazione dei rischi;
- attivazione di audit di approfondimento;
- predisposizione di azioni correttive;
- avvio di progetti di miglioramento;
- revisione degli obiettivi organizzativi.

In tal modo il controllo diviene parte integrante del processo decisionale e contribuisce ad alimentare il ciclo del miglioramento continuo.

9.7 L'apprendimento organizzativo

L'Associazione considera ogni attività di verifica un'opportunità di crescita.
Il valore del sistema dei controlli non risiede infatti nella sola individuazione delle criticità, ma soprattutto nella capacità dell'organizzazione di trasformare le evidenze raccolte in conoscenza condivisa e sviluppo organizzativo.

Le esperienze maturate attraverso gli audit, il monitoraggio degli indicatori, la gestione delle non conformità, l'analisi degli eventi avversi e il confronto con gli stakeholder alimentano un patrimonio di conoscenze che viene progressivamente incorporato nei processi, nelle procedure, nella formazione del personale e nella programmazione strategica.

L'apprendimento organizzativo rappresenta pertanto il risultato più significativo del sistema dei controlli e costituisce uno dei principali fattori di consolidamento del Sistema di Gestione della Qualità.

SEZIONE X - IL RIESAME DELLA DIREZIONE

10.1 Il Riesame della Direzione come processo di governo

Il Riesame della Direzione rappresenta il momento di sintesi e di integrazione dell'intero Sistema di Gestione della Qualità dell'Associazione.
Esso costituisce il principale processo attraverso il quale la Direzione verifica la capacità dell'organizzazione di perseguire gli obiettivi strategici definiti dagli Organi di Governo, valuta l'efficacia del Sistema di Gestione della Qualità e orienta le decisioni necessarie a garantire lo sviluppo dell'associazione.

Il Riesame non coincide con una semplice verifica periodica dei risultati conseguiti né con un adempimento documentale previsto dal Sistema Qualità.
Esso rappresenta un vero e proprio processo di governo, mediante il quale la Direzione analizza in modo unitario l'insieme delle informazioni provenienti dai diversi sistemi di monitoraggio dell'organizzazione, interpreta i fenomeni emergenti, individua le priorità di sviluppo e definisce le decisioni necessarie per il miglioramento dell'Ente.

Attraverso il Riesame, l'associazione sviluppa una visione complessiva del proprio funzionamento, superando una lettura settoriale dei singoli processi e favorendo una valutazione integrata delle performance organizzative, assistenziali, cliniche, economiche e relazionali.
In tale prospettiva il Riesame costituisce il principale collegamento tra la programmazione strategica, la gestione operativa e il miglioramento continuo, assicurando la costante coerenza tra missione istituzionale, obiettivi organizzativi e risultati conseguiti.

10.2 Le finalità del Riesame

Il Riesame della Direzione è finalizzato a verificare se il Sistema di Gestione della Qualità mantiene nel tempo le caratteristiche di adeguatezza, efficacia, coerenza e sostenibilità necessarie al perseguimento della missione.
Attraverso il Riesame la Direzione si propone di:

- valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi;
- verificare l'efficacia del Sistema di Gestione della Qualità;
- analizzare l'evoluzione dei bisogni delle persone accolte e degli stakeholder;
- valutare le performance dei processi organizzativi e assistenziali;
- verificare l'efficacia delle azioni di miglioramento avviate;
- monitorare l'evoluzione dei rischi organizzativi, assistenziali e clinici;
- individuare nuove opportunità di sviluppo;

- definire le priorità organizzative per il periodo successivo;
- orientare la programmazione strategica della Fondazione.

Il Riesame assume pertanto una funzione prospettica, orientata non soltanto alla valutazione del passato, ma soprattutto alla programmazione del futuro dell'organizzazione.

10.3 Il Riesame come luogo dell'integrazione

Uno degli elementi qualificanti del modello adottato consiste nell'integrare, all'interno del Riesame, tutte le principali informazioni prodotte dal Sistema di Gestione della Qualità.
In particolare confluiscono nel Riesame:

- risultati del Piano Strategico;
- stato di attuazione del Piano della Qualità;
- esiti del Piano Audit;
- risultati del Piano della Formazione;
- andamento del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario;
- analisi delle performance organizzative;
- monitoraggio degli indicatori;
- andamento dei processi;
- risultati degli audit;
- andamento delle non conformità;
- gestione delle azioni correttive;
- analisi degli eventi avversi;
- risultati delle attività di gestione del rischio;
- esiti delle verifiche documentali;
- reclami, segnalazioni e suggerimenti;
- indagini di soddisfazione degli ospiti, dei familiari e degli operatori;
- andamento economico e organizzativo;
- aggiornamenti normativi;
- proposte formulate dai responsabili di processo.

L'integrazione di tali elementi consente alla Direzione di costruire una rappresentazione unitaria dell'organizzazione, evitando valutazioni parziali e favorendo decisioni coerenti con le reali esigenze.

10.4 Gli attori del Riesame

Il Riesame della Direzione costituisce un processo collegiale, al quale partecipano, secondo le rispettive competenze, i soggetti chiamati a governare l'organizzazione.
Il Consiglio di Amministrazione esercita la funzione di indirizzo strategico, valutando i risultati complessivi conseguiti e verificando la coerenza tra gli esiti del Riesame e gli obiettivi istituzionali.

La Direzione Generale coordina l'intero processo di Riesame, assicura l'integrazione delle informazioni provenienti dai diversi sistemi di monitoraggio, promuove l'analisi delle criticità e formula le proposte di sviluppo organizzativo.

La Direzione Sanitaria contribuisce alla valutazione delle performance cliniche e assistenziali, analizza gli aspetti relativi alla sicurezza delle cure, all'appropriatezza degli interventi e alla qualità dei percorsi di presa in carico.

Il Responsabile del Sistema di Gestione della Qualità cura la raccolta e la sistematizzazione delle evidenze, supporta l'analisi metodologica dei risultati, verifica lo stato di attuazione delle azioni correttive e predispone la documentazione necessaria allo svolgimento del Riesame.

I Coordinatori e i Process Owner partecipano al Riesame per le materie di rispettiva competenza, illustrando l'andamento dei processi affidati, le criticità riscontrate, le azioni intraprese e le proposte di miglioramento.

In relazione agli argomenti trattati, la Direzione può inoltre coinvolgere ulteriori figure professionali, consulenti o referenti tecnici, qualora il loro contributo risulti utile ai fini dell'analisi e della definizione delle decisioni.

10.5 Le informazioni che alimentano il Riesame

La qualità delle decisioni dipende dalla qualità delle informazioni disponibili.
Per questo motivo il Riesame si fonda su un sistema informativo strutturato, alimentato con continuità dai diversi processi aziendali.
Le principali fonti informative comprendono:

- il Cruscotto Direzionale della Qualità;
- i report periodici dei Process Owner;
- gli indicatori strategici, direzionali e operativi;
- gli esiti degli audit;
- i rapporti relativi alla gestione del rischio;
- le verifiche di conformità normativa;
- le analisi economico-finanziarie;
- i risultati della formazione;
- i dati relativi alle risorse umane;
- le valutazioni provenienti dagli stakeholder.

L'utilizzo integrato di tali informazioni consente di sviluppare un processo decisionale fondato su evidenze oggettive e non su valutazioni episodiche o soggettive.

10.6 Dal Riesame alle decisioni strategiche

Il Riesame della Direzione si conclude con l'assunzione di decisioni organizzative finalizzate a garantire il miglioramento continuo del Sistema di Gestione della Qualità.
Tra le principali decisioni che possono derivare dal Riesame rientrano:

- aggiornamento della Politica della Qualità;
- revisione degli obiettivi strategici;
- modifica del Piano della Qualità;
- ridefinizione delle priorità del Piano Strategico;
- aggiornamento della mappa dei rischi;
- revisione dei processi organizzativi;
- aggiornamento delle procedure;
- attivazione di nuovi audit;
- ridefinizione del Piano della Formazione;
- pianificazione di investimenti tecnologici;
- revisione del sistema degli indicatori;
- attivazione di specifici Piani di Miglioramento.

Il Riesame rappresenta quindi il momento nel quale il patrimonio informativo prodotto dal Sistema di Gestione della Qualità viene trasformato in decisioni, programmi e azioni concrete.

10.7 Il Riesame come motore del miglioramento continuo

Il Riesame della Direzione costituisce il principale meccanismo attraverso il quale l'Associazione alimenta il proprio ciclo di miglioramento continuo.
Le decisioni assunte in tale sede vengono tradotte in programmi operativi, assegnate ai responsabili competenti, monitorate attraverso il sistema degli indicatori e successivamente rivalutate nel Riesame successivo.

In questo modo il miglioramento non si configura come una successione di interventi isolati, ma come un processo strutturato e ricorrente che coinvolge l'intera organizzazione.
Ogni Riesame rappresenta contemporaneamente il punto di arrivo delle attività svolte e il punto di partenza della successiva fase di sviluppo, garantendo continuità tra analisi dei risultati, pianificazione delle azioni e verifica della loro efficacia.

SEZIONE XI – IL SISTEMA DECISIONALE

11.1 La decisione come processo organizzativo

L'Associazione considera il processo decisionale uno degli elementi centrali del proprio modello di governo.
Le decisioni che orientano lo sviluppo dell'organizzazione non derivano esclusivamente dall'esperienza dei singoli responsabili o dalla gestione delle criticità contingenti, ma costituiscono il risultato di un processo strutturato, fondato sull'analisi sistematica delle informazioni prodotte dal Sistema di Gestione della Qualità.

In tale prospettiva, ogni decisione rappresenta l'esito di un percorso articolato che integra dati oggettivi, valutazioni professionali, analisi dei rischi, risultati dei monitoraggi e confronto tra le diverse competenze presenti all'interno dell'associazione.
Questo approccio consente di garantire trasparenza, coerenza metodologica e tracciabilità delle decisioni, riducendo il rischio di interventi episodici o non adeguatamente supportati da evidenze.

Il Sistema di Gestione della Qualità fornisce quindi alla Direzione gli strumenti necessari per trasformare le informazioni raccolte nei diversi processi aziendali in decisioni orientate al miglioramento continuo dell'organizzazione.

11.2 Il ciclo decisionale

La Fondazione adotta un modello decisionale ciclico, nel quale ogni scelta rappresenta il punto di arrivo di un percorso di analisi e, allo stesso tempo, il punto di partenza di una nuova fase di sviluppo.
Il processo decisionale si articola nelle seguenti fasi:

Osservazione

L'organizzazione raccoglie sistematicamente dati e informazioni provenienti da tutte le fonti del Sistema di Gestione della Qualità.
Tra queste:

- indicatori;
- audit;
- verifiche documentali;
- eventi avversi;
- reclami;
- segnalazioni;
- customer satisfaction;
- monitoraggio dei rischi;

- report dei Process Owner;
- risultati della formazione;
- monitoraggi clinici e assistenziali.

Interpretazione

Le informazioni raccolte vengono analizzate dalla Direzione con l'obiettivo di comprenderne il significato organizzativo.
In questa fase non vengono considerati soltanto i singoli dati, ma soprattutto:

- le tendenze evolutive;
- le correlazioni tra processi;
- le cause profonde delle criticità;
- gli effetti sistemici;
- le opportunità di miglioramento.

L'interpretazione costituisce il momento nel quale il dato si trasforma in conoscenza organizzativa.

Valutazione

Successivamente la Direzione valuta:

- il livello di rischio;
- l'impatto organizzativo;
- la priorità degli interventi;
- le risorse disponibili;
- la sostenibilità delle possibili soluzioni;
- la coerenza con il Piano Strategico.

Questa fase consente di definire le priorità di intervento evitando interventi frammentati o privi di una visione complessiva.

Decisione

Sulla base delle valutazioni effettuate vengono individuate le azioni organizzative più appropriate.
Le decisioni possono riguardare:

- revisione dei processi;
- aggiornamento delle procedure;
- ridefinizione degli obiettivi;
- modifiche organizzative;
- investimenti;
- formazione;
- azioni correttive;
- piani di miglioramento;
- aggiornamento della valutazione dei rischi.

Attuazione

Le decisioni vengono tradotte in programmi operativi.

Per ciascun intervento vengono definiti:

- responsabile;
- tempi di realizzazione;
- risorse;
- indicatori di monitoraggio;
- modalità di verifica.

Verifica

L'efficacia delle decisioni viene successivamente valutata attraverso:

- indicatori;
- audit;
- verifiche documentali;
- monitoraggio dei processi;
- Riesame della Direzione.

Il completamento di questa fase alimenta un nuovo ciclo decisionale.

11.3 I livelli decisionali

Il modello di governo distingue tre differenti livelli decisionali, ciascuno caratterizzato da specifiche responsabilità e ambiti di competenza.

Decisioni strategiche

Sono assunte dagli Organi di Governo e dalla Direzione Generale.

Riguardano:

- missione;
- sviluppo organizzativo;
- investimenti;
- politiche della qualità;
- Piano Strategico;
- Piano della Qualità;
- allocazione delle risorse.

Le decisioni strategiche producono effetti di medio-lungo periodo e orientano l'evoluzione complessiva dell'associazione.

Decisioni direzionali

Sono adottate dalla Direzione Generale e dalla Direzione Sanitaria.

Interessano:

- organizzazione dei servizi;
- gestione dei processi;
- governo delle performance;
- gestione dei rischi;
- priorità operative;
- coordinamento delle attività.

Tali decisioni assicurano la traduzione degli indirizzi strategici nell'operatività quotidiana.

Decisioni operative

Sono assunte dai Coordinatori e dai Process Owner nell'ambito delle rispettive responsabilità.
Riguardano:

- organizzazione del lavoro;
- gestione delle attività quotidiane;
- applicazione delle procedure;
- risoluzione delle criticità operative;
- monitoraggio dei processi.

Queste decisioni consentono all'organizzazione di mantenere continuità, tempestività ed efficacia nell'erogazione dei servizi.

11.4 Il principio della responsabilità decisionale

Ogni decisione assunta all'interno della Fondazione è accompagnata da una chiara attribuzione delle responsabilità.
Per ciascuna azione vengono individuati:

- il soggetto responsabile dell'attuazione;
- i soggetti coinvolti;
- i tempi previsti;
- gli indicatori di risultato;
- le modalità di verifica.

La chiarezza nella distribuzione delle responsabilità costituisce un elemento essenziale del Sistema di Gestione della Qualità e favorisce la trasparenza, la collaborazione tra le diverse funzioni organizzative e la rendicontazione dei risultati.

11.5 La conoscenza come patrimonio decisionale

L'Associazione riconosce che il principale patrimonio di un'organizzazione non è costituito esclusivamente dalle risorse economiche o tecnologiche, ma dalla conoscenza che essa sviluppa attraverso la propria esperienza.

Ogni audit, ogni verifica, ogni evento avverso, ogni reclamo, ogni attività formativa e ogni progetto di miglioramento producono conoscenze che vengono progressivamente integrate nel patrimonio organizzativo.

Il Sistema di Gestione della Qualità ha il compito di raccogliere, organizzare e rendere disponibili tali conoscenze affinché possano orientare le decisioni future e sostenere la crescita dell'organizzazione.
In questa prospettiva la Fondazione promuove una cultura della condivisione delle esperienze, del confronto interdisciplinare e dell'apprendimento continuo, considerandoli fattori essenziali per lo sviluppo della qualità.

11.6 La decisione come leva del miglioramento continuo

Nel modello di governo associativo, la decisione rappresenta il momento di collegamento tra la conoscenza dell'organizzazione e la sua evoluzione.
Ogni decisione è finalizzata a generare cambiamento, a rafforzare la capacità dei processi di rispondere ai bisogni delle persone accolte e a incrementare il valore prodotto dall'organizzazione.

Il Sistema di Gestione della Qualità considera pertanto la capacità decisionale della Direzione non come un'attività episodica, ma come un processo permanente di governo, fondato sulla responsabilità, sull'analisi critica delle evidenze e sulla ricerca costante di soluzioni innovative.

Attraverso tale approccio l'associazione consolida un modello organizzativo orientato alla prevenzione, alla partecipazione, alla trasparenza e al miglioramento continuo, assicurando la costante coerenza tra le decisioni assunte, i valori istituzionali e gli obiettivi strategici dell'Ente.

SEZIONE XII – IL MODELLO DI MIGLIORAMENTO CONTINUO

12.1 Il miglioramento continuo come principio di governo

L'Associazione considera il miglioramento continuo il principio metodologico che orienta l'intero Sistema di Gestione della Qualità e costituisce il presupposto per lo sviluppo sostenibile dell'organizzazione.
In tale prospettiva il miglioramento non rappresenta un'attività occasionale, attivata esclusivamente in presenza di criticità o non conformità, ma un processo permanente attraverso il quale la Fondazione ricerca sistematicamente modalità sempre più efficaci, sicure, appropriate e sostenibili di organizzare i servizi e rispondere ai bisogni delle persone accolte.

L'organizzazione assume pertanto una concezione dinamica della qualità, fondata sulla consapevolezza che ogni processo, ogni attività e ogni risultato possano essere costantemente analizzati, ripensati e perfezionati.
Il miglioramento continuo costituisce così un elemento strutturale del modello di governo della Fondazione e coinvolge l'intera organizzazione, dagli Organi di Governo fino ai singoli operatori, promuovendo una cultura orientata alla responsabilità, all'apprendimento e all'innovazione.

12.2 Il ciclo del miglioramento

L'Associazione sviluppa il proprio modello di miglioramento attraverso un ciclo continuo di governo, ispirato al metodo Plan – Do – Check – Act (PDCA), reinterpretato in chiave organizzativa e direzionale.

Tale modello garantisce la continuità tra programmazione strategica, gestione operativa, monitoraggio dei risultati e sviluppo dell'organizzazione.
Il ciclo si articola nelle seguenti fasi.

Pianificare (Plan)

L'Associazione definisce gli indirizzi strategici, individua gli obiettivi di sviluppo, analizza il contesto organizzativo, valuta i rischi e pianifica le attività necessarie al perseguimento della propria missione. Questa fase comprende la predisposizione del Piano Strategico, del Piano della Qualità, del Piano della Formazione, del Piano degli Audit, del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario e degli altri strumenti di programmazione.

Attuare (Do)

Le attività pianificate vengono tradotte in processi organizzativi, procedure operative e interventi assistenziali.
La Direzione coordina l'attuazione dei programmi, assicura la disponibilità delle risorse necessarie e promuove il coinvolgimento delle diverse professionalità.

Verificare (Check)

L'Associazione monitora costantemente l'andamento dei processi mediante il sistema degli indicatori, gli audit, le verifiche documentali, la gestione del rischio, le indagini di soddisfazione, l'analisi delle non conformità e tutte le altre attività di controllo previste dal Sistema di Gestione della Qualità.
I risultati delle verifiche vengono successivamente analizzati nel Riesame della Direzione.

Migliorare (Act)

Sulla base delle evidenze raccolte vengono individuate le azioni necessarie per consolidare i punti di forza, correggere le criticità, aggiornare i processi, sviluppare nuove competenze e definire ulteriori obiettivi di crescita.
Il completamento di questa fase determina l'avvio di un nuovo ciclo di programmazione, assicurando continuità al processo di miglioramento.

12.3 Dal controllo all'apprendimento organizzativo

Nel modello adottato dall'Associazione il miglioramento continuo non deriva esclusivamente dall'attività di controllo, ma dalla capacità dell'organizzazione di trasformare le informazioni raccolte in conoscenza condivisa.
Ogni indicatore, ogni audit, ogni verifica documentale, ogni reclamo, ogni evento avverso e ogni esperienza operativa costituiscono occasioni di apprendimento attraverso le quali l'organizzazione accresce la propria capacità di comprendere i processi, prevenire i rischi e migliorare la qualità dei servizi.

L'apprendimento organizzativo si realizza attraverso la riflessione sistematica sulle esperienze maturate, il confronto interdisciplinare, la condivisione delle buone pratiche e la valorizzazione delle competenze professionali.
L'Associazione promuove pertanto una cultura nella quale l'errore, quando analizzato con metodo e responsabilità, rappresenta un'opportunità di crescita piuttosto che un elemento esclusivamente sanzionatorio.

12.4 Le leve del miglioramento

Il miglioramento continuo si sviluppa attraverso l'azione coordinata di una pluralità di strumenti che operano in maniera integrata all'interno del Sistema di Gestione della Qualità.

Tra le principali leve di miglioramento rientrano:

- la programmazione strategica;
- il governo dei processi;
- il sistema degli indicatori;
- la gestione del rischio;
- il sistema dei controlli organizzativi;
- gli audit interni;
- il Riesame della Direzione;
- la formazione continua;
- l'innovazione organizzativa;
- la partecipazione degli operatori;
- il coinvolgimento degli ospiti e dei familiari;
- l'analisi dei reclami e dei suggerimenti;
- il confronto con le istituzioni e con la rete territoriale.

L'integrazione di tali strumenti consente di affrontare il miglioramento in modo sistemico, evitando interventi isolati e favorendo una crescita progressiva dell'intera organizzazione.

12.5 La cultura del miglioramento

L'Associazione riconosce che il miglioramento continuo non dipende esclusivamente dall'efficacia degli strumenti di gestione, ma soprattutto dalla cultura organizzativa condivisa da tutte le persone che operano nell'Ente.
Per questo motivo la Direzione promuove un ambiente di lavoro nel quale la collaborazione, il dialogo interdisciplinare, la responsabilizzazione, la disponibilità al cambiamento e la ricerca di soluzioni innovative costituiscono elementi ordinari della vita organizzativa.
Ogni operatore è chiamato a contribuire attivamente al miglioramento dei servizi attraverso la partecipazione ai processi di valutazione, la proposta di iniziative innovative, la segnalazione delle criticità e la diffusione delle buone pratiche.
La qualità viene pertanto costruita quotidianamente mediante il contributo di tutte le professionalità presenti, valorizzando le competenze, le esperienze e la capacità di lavorare in squadra.

12.6 L'innovazione come strumento di sviluppo

L'Associazione considera l'innovazione una componente essenziale del miglioramento continuo.
L'innovazione non riguarda esclusivamente l'introduzione di nuove tecnologie, ma comprende ogni intervento finalizzato a rendere i processi più efficaci, i servizi più appropriati, l'organizzazione più flessibile e la qualità della vita delle persone accolte più elevata.
In tale prospettiva l'Associazione promuove:

- l'aggiornamento continuo delle procedure;
- l'evoluzione dei modelli assistenziali;
- la digitalizzazione dei processi;
- l'adozione di strumenti informativi innovativi;
- la sperimentazione di nuove modalità organizzative;
- il rafforzamento delle competenze professionali;
- la collaborazione con enti, istituzioni e realtà del territorio.

L'innovazione viene pertanto interpretata come una modalità permanente di sviluppo organizzativo e non come un intervento straordinario.

12.7 Il miglioramento come responsabilità condivisa

Il miglioramento continuo costituisce una responsabilità dell'intera organizzazione.
Gli Organi di Governo definiscono gli indirizzi strategici.
La Direzione coordina il processo di sviluppo.
I Process Owner governano l'evoluzione dei processi di competenza.
I Coordinatori promuovono il miglioramento operativo.
Gli operatori contribuiscono attraverso la qualità del proprio lavoro, la partecipazione ai percorsi di formazione, la segnalazione delle criticità e la proposta di soluzioni innovative.
La piena partecipazione di tutte le componenti dell'organizzazione rappresenta il principale fattore di successo del Sistema di Gestione della Qualità.

12.8 Il ciclo di governo della Fondazione

Il modello di miglioramento continuo della Fondazione trova la propria sintesi in un ciclo permanente di governo nel quale ogni fase alimenta quella successiva.

- Analisi del contesto e dei bisogni
- Definizione degli indirizzi strategici
- Pianificazione (Strategia – Qualità – Formazione – Audit – Gestione del rischio)
- Gestione dei processi e dei servizi
- Monitoraggio delle performance e dei rischi
- Audit, controlli e verifiche

- Riesame della Direzione
- Decisioni strategiche e operative
- Piano di miglioramento
- Aggiornamento del Sistema di Gestione della Qualità
- Nuovo ciclo di programmazione

Questo modello rappresenta la sintesi dell'intero Sistema di Gestione della Qualità e descrive il modo in cui l'organizzazione governa il proprio sviluppo, assicurando continuità tra strategia, gestione, valutazione e innovazione.

SEZIONE XIII – PROGRAMMA STRATEGICO DI MIGLIORAMENTO 2026-2028

13.1 Finalità del Programma

Il Programma Strategico di Miglioramento costituisce lo strumento attraverso il quale l'Associazione traduce gli indirizzi contenuti nel Piano Strategico della Qualità in azioni organizzative concrete, misurabili e progressivamente verificabili.
Esso rappresenta il collegamento operativo tra il sistema di governo descritto nei capitoli precedenti e la gestione quotidiana dell'organizzazione, individuando le principali linee di sviluppo che la Fondazione intende perseguire nel triennio 2026–2028.

Il Programma non deve essere interpretato come un elenco statico di interventi, ma come uno strumento dinamico di programmazione e governo, suscettibile di aggiornamento sulla base delle evidenze emerse dal sistema degli indicatori, dagli audit, dal Riesame della Direzione, dall'evoluzione del contesto normativo e dai bisogni delle persone accolte.

Ogni azione prevista nel Programma è ricondotta a specifici obiettivi strategici, affidata alla responsabilità di una funzione organizzativa, accompagnata da indicatori di monitoraggio e sottoposta a verifica periodica nell'ambito del Sistema di Gestione della Qualità.

13.2 Le direttrici strategiche del miglioramento

Nel triennio di riferimento la Fondazione orienterà il proprio sviluppo lungo sette direttrici strategiche, strettamente integrate tra loro.
Esse rappresentano gli ambiti prioritari attraverso cui perseguire il miglioramento continuo dell'organizzazione.

Direttrice strategica 1: Qualità della presa in carico e centralità della persona

Finalità
Consolidare un modello assistenziale sempre più personalizzato, capace di garantire continuità, appropriatezza e qualità della vita della persona accolta.
Obiettivi strategici

- rafforzare la qualità della valutazione multidimensionale;
- consolidare il Piani Individualizzati quale principale strumento di governo della presa in carico;
- incrementare il coinvolgimento degli ospiti e dei familiari;
- sviluppare interventi orientati alla qualità della vita;
- migliorare la continuità assistenziale.

Azioni prioritarie

- definizione modello e revisione periodica dei Piani Individualizzati;
- sviluppo di indicatori dedicati agli esiti assistenziali;
- audit sulla presa in carico;
- monitoraggio della soddisfazione degli ospiti;
- implementazione delle buone pratiche assistenziali.

Direttrice strategica 2 - Sicurezza delle cure e gestione del rischio

Finalità

Rafforzare il sistema integrato di prevenzione, monitoraggio e gestione dei rischi clinici, assistenziali e organizzativi.

Obiettivi

- definizione PARS;
- ridurre gli eventi avversi evitabili;
- migliorare il sistema di Incident Reporting;
- sviluppare la cultura della sicurezza.

Azioni

- monitoraggio degli indicatori di rischio;
- audit clinici;
- simulazioni;
- aggiornamento delle procedure;
- formazione mirata.

Direttrice strategica 3 - Sviluppo dell'organizzazione

Finalità

Accrescere il livello di maturità organizzativa del Sistema di Gestione della Qualità.

Obiettivi

- rafforzare la gestione per processi;
- consolidare il ruolo dei Process Owner;
- sviluppare il sistema documentale;
- digitalizzare progressivamente i processi.

Azioni

- revisione dei processi;
- aggiornamento documentale;
- sviluppo del sistema informativo;
- monitoraggio delle performance.
-

Direttrice strategica 4 - Persone, competenze e leadership

Finalità

Valorizzare il capitale umano quale principale risorsa strategica della Fondazione.

Obiettivi

- consolidare il Piano della Formazione;
- sviluppare competenze manageriali;
- rafforzare il coordinamento;
- promuovere il benessere organizzativo.

Azioni

- programmi formativi;
- valutazione delle competenze;
- sviluppo dei Coordinatori;
- monitoraggio del clima organizzativo.

Direttrice strategica 5 - Innovazione e trasformazione digitale

Finalità

Sostenere l'evoluzione organizzativa attraverso l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione dei processi.

Obiettivi

- completare la digitalizzazione della documentazione;
- sviluppare strumenti di Business Intelligence;
- rafforzare i flussi informativi;
- migliorare la tracciabilità dei dati.

Azioni

- implementazione della cartella informatizzata;
- sviluppo del Cruscotto Direzionale;
- integrazione dei sistemi informativi;
- automazione dei monitoraggi.

Direttrice strategica 6 - Relazioni con gli stakeholder

Finalità

Consolidare il rapporto fiduciario con ospiti, famiglie, istituzioni e comunità.

Obiettivi

- migliorare la comunicazione;
- incrementare la partecipazione;

- sviluppare partnership territoriali;
- rafforzare la trasparenza.

Azioni

- incontri periodici;
- rilevazioni di soddisfazione;
- iniziative di coinvolgimento;
- pubblicazione dei risultati.

Direttrice strategica 7 - Sostenibilità e sviluppo dell'Ente

Finalità

Garantire continuità, solidità organizzativa e capacità di innovazione.

Obiettivi

- migliorare l'efficienza gestionale;
- consolidare la sostenibilità economica;
- sviluppare il controllo di gestione;
- pianificare gli investimenti.

Azioni

- monitoraggio economico;
- programmazione degli investimenti;
- revisione dei processi amministrativi;
- sviluppo degli indicatori economici.

13.3 Il cronoprogramma triennale

A differenza dei tradizionali piani operativi, il cronoprogramma viene utilizzato come strumento di governo e non come semplice calendario delle attività.

Anno 2026 – Consolidamento del Sistema

Priorità:

- completamento del Sistema di Gestione della Qualità;
- implementazione dei principali processi;
- piena operatività del sistema documentale;
- avvio del Cruscotto Direzionale;
- consolidamento del Piano Audit;
- rafforzamento della formazione.

Anno 2027 – Integrazione e sviluppo

Priorità:

- consolidamento della gestione per processi;
- sviluppo del sistema degli indicatori;
- piena integrazione dei sistemi informativi;
- sviluppo della cultura organizzativa;
- rafforzamento del governo clinico.

Anno 2028 – Valutazione e innovazione

Priorità:

- valutazione dei risultati del triennio;
- aggiornamento della pianificazione strategica;
- revisione del Sistema Qualità;
- definizione del nuovo Piano Strategico;
- predisposizione del PQT 2029–2031.

13.4 Il monitoraggio del Programma

L'attuazione del Programma Strategico di Miglioramento è oggetto di monitoraggio periodico da parte della Direzione Generale, con il coinvolgimento della Direzione Sanitaria, dei Process Owner e dei Coordinatori.

Lo stato di avanzamento delle azioni previste viene verificato mediante il sistema degli indicatori, gli audit interni, i report di processo e il Cruscotto Direzionale. Gli esiti del monitoraggio sono discussi nell'ambito del Riesame della Direzione e costituiscono il riferimento per l'eventuale rimodulazione delle priorità, l'aggiornamento delle azioni programmate e la definizione di nuovi interventi.

13.5 Il Piano come strumento dinamico

Il presente Piano Strategico della Qualità non costituisce un documento statico, ma uno strumento di governo in costante evoluzione.

La sua efficacia dipende dalla capacità dell'organizzazione di aggiornare periodicamente obiettivi, strumenti e modalità operative in relazione ai risultati conseguiti, ai cambiamenti del contesto e all'evoluzione dei bisogni delle persone accolte.

Per tale motivo il Piano è sottoposto a verifica annuale nell'ambito del Riesame della Direzione e a revisione complessiva al termine del triennio di validità, assicurando la continuità del ciclo di programmazione e miglioramento che caratterizza il Sistema di Gestione della Qualità della Fondazione.