

## **Progetto Nazionale**

“Sperimentazione di una metodologia di intervento  
per le problematiche sanitarie nell’ambiente carcerario”

Ministero della Salute

Capofila Regione Toscana

### **BUONE PRASSI**

#### **LINEE GUIDA**

per la progettazione e l’erogazione dell’assistenza socio-sanitaria  
a detenuti in condizioni di dipendenza.

Versione 2 del marzo 2008

## INDICE

- 0     Introduzione
  - 0.1    Generalità
  - 0.2    Approccio per processi
  
- 1     Scopo e Campo di Applicazione
  - 1.1    Generalità
  - 1.2    Applicazione
  
- 2     Riferimenti normativi
  
- 3     Termini e definizioni
  
- 4     Sistema di gestione
  - 4.1    Generalità
    - 4.1.2   Processi organizzativi
    - 4.1.3   Documentazione
  - 4.2    Documenti e registrazioni
    - 4.2.1   Generalità
    - 4.2.2   Tenuta sotto controllo dei documenti e delle registrazioni
  
- 5     Direzione e coordinamento
  - 5.1    Generalità
    - 5.1.1   Disegno organizzativo
    - 5.1.2   Responsabile del sistema di gestione
  - 5.2    Responsabilità
    - 5.2.1   Formalizzazione
    - 5.2.2   Funzioni del Coordinamento
    - 5.2.3   Direzione
  - 5.3    Pianificazione
    - 5.3.1   Politica
    - 5.3.2   Obiettivi
    - 5.3.3   Pianificazione del Coordinamento
  - 5.4    Informazione
    - 5.4.1   Generalità
    - 5.4.2   Caratteristiche
    - 5.4.3   Comunicazione
    - 5.4.4   Risorse
    - 5.4.5   Informazioni di ritorno
  
- 6     Risorse
  - 6.1    Generalità
    - 6.1.1   Locali e strutture
    - 6.1.2   Infrastrutture e attrezzature
  - 6.2    Risorse umane
    - 6.2.1   Validazione
    - 6.2.3   Valutazione
    - 6.2.4   Formazione

- 7 Realizzazione
  - 7.1 Accettazione e presa in carico
    - 7.1.1 Diagnosi e certificazione
    - 7.1.2 Diffusione
    - 7.1.3 Aggiornamenti
  - 7.2 Progettazione
    - 7.2.1 Generalità
    - 7.2.2 Integrazione
    - 7.2.3 Pianificazione
      - 7.2.3.1 Fasi
      - 7.2.3.2 Elementi in ingresso
      - 7.2.3.3 Elementi in uscita
    - 7.2.4 Riesame
    - 7.2.5 Verifica
    - 7.2.6 Validazione
    - 7.2.7 Informazione
  - 7.3 Erogazione
    - 7.3.1 Generalità
    - 7.3.2 Pianificazione della erogazione
    - 7.3.3 Integrazione e coordinamento
    - 7.3.4 Personale impegnato
    - 7.3.5 Diffusione interna
    - 7.3.6 Tenuta sotto controllo
    - 7.3.7 Identificazione e rintracciabilità
- 8 Monitoraggio, valutazione e analisi della soddisfazione
  - 8.1 Generalità
  - 8.2 Monitoraggio
    - 8.2.1 Verifiche periodiche
    - 8.2.2 Non conformità
    - 8.2.3 Analisi dei dati
  - 8.3 Valutazione
  - 8.4 Analisi della soddisfazione
  - 8.5 Riesame da parte dell'Alta Direzione

## 0 Introduzione

### 0.1 Generalità

Pianificare, progettare, realizzare e valutare il servizio di assistenza socio sanitaria nei confronti di persone che si trovano in condizioni di limitazione della libertà nel contesto penitenziario, con l'intento di garantire la continuità assistenziale stabilita dalla legge, richiede uno sforzo di integrazione che la legge stessa prevede, ma che si attua in modi assai diversi a seconda delle condizioni di lavoro, delle dimensioni delle organizzazioni coinvolte e a seconda della preparazione del personale.

Le attività di servizio sono progettate ed attuate da Istituzioni diverse e in momenti diversi, utilizzando e scambiando informazioni a vari livelli di importanza e di complessità. Tali Istituzioni sono gli attori di un **Sistema Integrato**<sup>1</sup>.

L'efficacia del funzionamento del sistema integrato – e conseguentemente, l'efficacia del servizio di assistenza - dipende dalla capacità dei diversi attori di trattare in modo sistematico tutte le informazioni in ingresso e in uscita prodotte da parte di qualunque Istituzione partecipante in qualunque fase dell'attività. E dunque dipende dall'esistenza di modalità note, esplicite e condivise di comunicazione e di documentazione.

In sintesi occorre che gli attori si impegnino a identificare e documentare progressivamente nel tempo un sistema condiviso di gestione.

Il Documento Tecnico che state leggendo, che prende il nome di **Linee Guida**, costituisce una proposta metodologica sviluppata nell'ambito del progetto nazionale denominato in breve BUONE PRASSI e nasce dal progetto pilota della Regione Toscana attuato nel 2000, anno di pubblicazione della attuale revisione delle norme sulla qualità dei sistemi di gestione (UNI EN ISO 9001/2000 Requisiti). Esso costituisce anche una prima revisione delle prime Linee Guida del 2004, resa possibile dal lavoro svolto negli anni successivi, fino all'inizio del 2007, dai gruppi di auditor partecipanti alla fase 1 del Progetto Nazionale e operanti nelle regioni Basilicata, Marche, Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia, oltre che dalle Azioni Sperimentali di verifica svolte presso alcuni Istituti pilota della Regione Toscana (Empoli, Firenze, Pisa, Prato).

### 0.2 Approccio per processi

Queste Linee Guida promuovono l'adozione di un approccio per processi nella gestione integrata delle attività di assistenza socio sanitaria ai detenuti tossicodipendenti, il che richiede la identificazione, la definizione, la comunicazione, il controllo e la revisione delle diverse sequenze logiche di attività che avvengono all'interno del Sistema Integrato e l'identificazione delle loro interrelazioni.

I processi identificati dal Sistema Integrato possono vedere applicato il modello conosciuto come "PDCA" (Plan, Do, Check, Act):

**Plan:** stabilire gli obiettivi del servizio ed i processi necessari a fornire risultati coerenti con le caratteristiche degli utenti e con le politiche dell'organizzazione nonché nel rispetto delle normative cogenti.

**Do:** attuare i processi così come pianificato, con le risorse disponibili e producendo la documentazione prevista.

**Check:** raccogliere dati e misurare i processi ed i servizi forniti rispetto ai risultati desiderati, agli obiettivi pianificati, alle politiche delle organizzazioni coinvolte e alle esigenze istituzionali.

**Act:** adottare azioni di revisione e miglioramento dei processi in modo continuo e coerente con le misurazioni effettuate.

---

<sup>1</sup> In questo documento il termine **Sistema Integrato** si riferisce alla integrazione prevista tra Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria, Dipartimento Dipendenze della Azienda Sanitaria Locale, Ufficio della Esecuzione Penale Esterna, Privato Sociale operante nell'amministrazione penitenziaria e in convenzione con la Azienda Sanitaria.

## **1 Scopo e Campo di Applicazione**

Queste Linee Guida si applicano alla progettazione e realizzazione in forma integrata interistituzionale di programmi di trattamento socio-sanitario destinati a persone detenute in condizioni certificate di dipendenza da sostanze o comportamentale.

### **1.1 Generalità**

Queste Linee Guida forniscono indicazioni su come agire per pianificare, progettare, realizzare, misurare e migliorare in modo integrato i processi di servizio per la realizzazione di servizi di assistenza socio sanitaria destinati a garantire nel contesto penitenziario la continuità terapeutica prevista dalla legge, tenendo conto delle caratteristiche degli utenti, delle risorse delle Istituzioni coinvolte e dei vincoli normativi ed organizzativi esistenti.

### **1.2 Applicazione**

Tutti i punti di queste Linee Guida hanno carattere orientativo e non prescrittivo. Essi rappresentano un sistema di riferimento applicabile da tutte le Istituzioni interessate, indipendentemente dalle dimensioni, dalle risorse e dalle tipologie di servizio erogato. Le Istituzioni che intendano esaminare queste Linee Guida e sperimentarne l'uso, possono seguire i diversi punti come gradini di un percorso di pianificazione e controllo delle loro modalità di gestione dei processi di servizio attuati nell'ambito del Sistema Integrato descritto.

## **2 Riferimenti normativi**

Queste Linee Guida si ispirano, adattandoli, ai punti della norma ISO 9001/2000 sui sistemi di gestione per la qualità.

## **3 Termini e definizioni**

Il termine **Organizzazione** si riferisce qui al Sistema Integrato composto da: Istituto Penitenziario, Servizio Tossicodipendenze del Dipartimento dipendenze operante nel contesto locale dell'istituzione Penitenziaria, Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna del D.A.P., Enti del privato sociale accreditati e convenzionati per la realizzazione di parti del servizio.

Il termine **Istituzione** si riferisce qui a ciascun soggetto giuridico, pubblico o privato, partecipante come attuatore alla progettazione integrata, o alla successiva erogazione del servizio di assistenza socio sanitaria.

Il termine **Utente** si riferisce al destinatario del servizio: Persona detenuta in condizioni di dipendenza da sostanze o comportamentale certificata (brevemente anche "detenuto tossicodipendente").

Il termine **Coordinamento** si riferisce al gruppo di coordinamento composto da almeno un membro per ciascuna delle Istituzioni partecipanti, con ruolo direttivo, o con delega esplicita dalla propria Direzione per partecipare con potere decisionale. Il Coordinamento assicura la pianificazione ed il controllo dei processi identificati e della realizzazione delle diverse attività svolte presso le Istituzioni attuatrici. Il Coordinamento è coordinato a sua volta, per tutti gli scopi pratici, dalla Direzione dell'Istituto, o da una sua rappresentanza esplicitamente delegata. Può coincidere con la locale Equipe di Osservazione e Trattamento, o può essere un gruppo organizzato appositamente per i soli detenuti tossicodipendenti. Nel seguito di queste Linee Guida, laddove si legge "L'Organizzazione assicura...." o "L'Organizzazione garantisce...." tali azioni sono concretamente attuate dal gruppo detto di Coordinamento.

Il Termine **Alta Direzione** si riferisce al gruppo composto localmente dai Direttori o Dirigenti delle Istituzioni partecipanti.

## 4 Sistema di gestione

### 4.1 Generalità

Il Sistema integrato per la gestione del servizio di assistenza socio sanitaria di detenuti tossicodipendenti persegue le sue proprie finalità organizzando le attività in sequenze logiche definite convenzionalmente "processi organizzativi" e producendo per ciascuna di esse determinati documenti.

#### 4.1.2 Processi organizzativi

L'Organizzazione identifica i processi necessari allo svolgimento delle attività di assistenza socio sanitaria e li documenta mediante apposite procedure.

#### 4.1.3 Documentazione

L'Organizzazione identifica tutta la documentazione necessaria allo svolgimento delle attività, possibilmente distinguendola per processo e la archivia, indicizzandola mediante un elenco dei documenti validi e rendendola accessibile in sola lettura (Manuale, procedure e istruzioni) e per la compilazione (modulistica) a tutti gli operatori del Sistema Integrato.

## 4.2 Documenti e registrazioni

### 4.2.1 Generalità

I documenti del sistema di gestione sono, per definizione, in numero finito.

I documenti sono di due tipi:

a) documenti che descrivono come si opera.

A questo tipo appartengono

- i. le **procedure**, documenti descrittivi di un processo
- ii. le **istruzioni operative** (o **istruzioni**), documenti che descrivono attività di dettaglio di particolare importanza o delicatezza all'interno di un processo.

b) documenti che attestano come si è operato:

A questo tipo appartengono tutte le registrazioni, su qualsiasi supporto, informatico o cartaceo: **moduli, schede, tabelle, registri, verbali**, etc...

Ad essi si aggiunge un documento che illustra il contesto organizzativo e le sue finalità generali e che contiene i precedenti, di solito in forma di allegato.

A questo documento può essere assegnato il nome di **Manuale per la gestione del servizio integrato socio sanitario per detenuti tossicodipendenti**.

Nota: in questo documento, laddove ricorrono verbi come: garantire, assicurare, definire, identificare, nominare, etc.... ciò significa che l'azione è documentata mediante uno dei documenti descritti sopra.

#### **4.2.2 Tenuta sotto controllo dei documenti e delle registrazioni**

L'Organizzazione definisce una procedura che stabilisce le modalità necessarie per:

- approvare i documenti prima dell'emissione;
- riesaminare, aggiornare e riapprovare i documenti;
- assicurare che sia identificato lo stato di revisione corrente;
- assicurare che i documenti necessari siano sempre a disposizione degli operatori interessati;
- assicurare che i documenti rimangano leggibili e facilmente identificabili;
- assicurare che i documenti di origine esterna siano identificati e la loro distribuzione controllata;
- prevenire l'uso di documenti obsoleti;
- archiviare i documenti e le registrazioni.

## **5 Direzione e coordinamento**

### **5.1 Generalità**

L'Organizzazione garantisce l'efficacia del sistema di gestione integrata impegnandosi a:

- definire e comunicare l'articolazione organizzativa;
- identificare e definire i processi da tenere sotto controllo;
- assicurare le azioni di coordinamento necessarie;
- distribuire chiaramente le responsabilità;
- pianificare le azioni e comunicare gli stati di avanzamento;
- garantire una diffusione accurata delle informazioni e controllare la diffusione.

#### **5.1.1 Disegno organizzativo**

L'Organizzazione definisce la sua articolazione identificando i diversi livelli attuativi e le funzioni svolte dal personale di ciascuna Istituzione partecipante e precisando la composizione del gruppo di Coordinamento.

#### **5.1.2 Responsabile del sistema di gestione**

L'Organizzazione nomina un membro del Coordinamento come responsabile del sistema di gestione, con il compito di tenere sotto controllo lo stato di attuazione del sistema di gestione e la documentazione prodotta. La nomina è formalizzata dall'Alta Direzione.

### **5.2 Responsabilità**

#### **5.2.1 Formalizzazione**

I partecipanti al Coordinamento sono formalmente incaricati in tal senso dalle loro Direzioni come referenti del Sistema integrato per la gestione del servizio di assistenza socio sanitaria nei confronti di detenuti tossicodipendenti.

#### **5.2.2 Funzioni del Coordinamento**

Il Coordinamento identifica i processi necessari allo svolgimento delle sue attività e assegna le responsabilità di tali processi ai suoi diversi membri. (Processi di direzione e di funzionamento).

Il Coordinamento assegna inoltre ai membri la responsabilità dei processi di servizio identificati. (Processi di servizio).

Il Coordinamento pianifica e controlla, documentandola, l'attuazione dei processi ed è responsabile della loro efficacia.

Il Coordinamento riporta gli stati di avanzamento del lavoro e del sistema di gestione integrato all'Alta Direzione ad intervalli prestabiliti da quest'ultima e comunque almeno una volta l'anno. (Si veda anche il punto 8.5).

Il gruppo di Coordinamento è coordinato a sua volta, per tutti gli scopi pratici, dalla Direzione dell'Istituto o da un membro dell'Istituzione penitenziaria appositamente delegato a questo scopo dalla Direzione dell'Istituto.

#### **5.2.3 Direzione**

L'Alta Direzione assicura e definisce la composizione del Coordinamento e la disponibilità di risorse necessarie al suo funzionamento e si riunisce ad intervalli prestabiliti (e comunque almeno una volta l'anno) per controllare lo stato di funzionamento del sistema di gestione. (Si veda anche il punto 8.5).

## **5.3 Pianificazione**

### **5.3.1 Politica**

L'Organizzazione definisce una politica generale per il servizio di assistenza socio sanitaria nei confronti di detenuti tossicodipendenti, nella quale descrive i punti essenziali dell'integrazione tra azione penale, socio sanitaria ed educativa e le strategie di carattere generale che intende perseguire per la loro realizzazione, ivi compresi gli scenari di sviluppo organizzativo e per il miglioramento continuo della gestione integrata dei servizi, le connessioni con il territorio ed ogni altro elemento utile a far comprendere gli intenti che il **Sistema Integrato** persegue.

La **politica** può contenere le definizioni di identità deviante, di tossicodipendenza, di dipendenza comportamentale e da sostanze, nonché l'approccio utilizzato alla comprensione e all'interpretazione dei relativi comportamenti che l'Organizzazione promuove in riferimento alla letteratura scientifica di settore e può infine comprendere ogni altro elemento caratterizzante l'azione del **Sistema Integrato**.

### **5.3.2 Obiettivi**

L'Organizzazione traduce i punti della Politica in obiettivi annuali di gestione, che documenta definendo per ciascuno di essi responsabilità, tempi e risorse.

Nota: ciascun punto della Politica ha diretta correlazione con uno o più obiettivi attuativi, descritti in termini di quantità, risorse assegnate e tempi di realizzazione.

### **5.3.3 Pianificazione del Coordinamento**

L'Organizzazione definisce e documenta in modo particolare la pianificazione temporale delle attività del Coordinamento, definendone la tempistica, le modalità, la durata, i luoghi e ogni altra informazione utile al suo efficace funzionamento in base alle proprie esigenze.

## **5.4 Informazione**

### **5.4.1 Generalità**

L'Organizzazione garantisce il controllo delle informazioni in entrata ed in uscita dalle diverse attività ai fini di una rilevazione in tempo reale dello stato di attuazione e per la loro diffusione.

### **5.4.2 Caratteristiche**

L'Organizzazione definisce tipologia, quantità e modalità dell'informazione necessaria per garantire un controllo costante del servizio di assistenza socio sanitaria nei confronti di detenuti tossicodipendenti e la conformità delle informazioni alle caratteristiche indicate in fase di programma trattamentale, o alle caratteristiche definite da norme cogenti.

### **5.4.3 Comunicazione**

L'Organizzazione identifica e documenta le modalità operative per la diffusione a tutte le Istituzioni coinvolte delle informazioni utili allo svolgimento delle attività del servizio, anche mediante l'utilizzo di nuove tecnologie.

#### **5.4.4 Risorse**

L'Organizzazione garantisce la disponibilità di risorse da dedicare all'attività di informazione verso il personale, verso gli utenti e le loro famiglie e verso le parti interessate esterne circa le diverse fasi e modalità di attuazione del servizio.

#### **5.4.5 Informazioni di ritorno**

L'Organizzazione assicura la rilevazione e la gestione delle informazioni di ritorno da parte dell'utenza, da parte del personale coinvolto appartenente alle diverse Istituzioni, da parte delle famiglie e delle altre parti interessate, sia nella forma di reclami o proteste di disservizio, sia nella forma di apprezzamenti e riconoscimenti.

## 6 Risorse

### 6.1 Generalità

L'Organizzazione identifica e mette a disposizione le risorse necessarie allo svolgimento del servizio di assistenza socio sanitaria nei confronti di detenuti tossicodipendenti.

Le risorse possono essere costituite da locali e strutture, infrastrutture ed attrezzature e, infine, dalle persone.

Queste ultime determinano l'impatto più evidente sulla qualità delle attività svolte e sono oggetto di un'attenzione particolare.

#### 6.1.1 Locali e strutture

L'Organizzazione garantisce che siano identificati e messi a disposizione, all'interno dell'Istituto penitenziario, gli spazi e le strutture necessarie per gli operatori impegnati nelle diverse attività e che siano precisate le responsabilità in ordine al loro utilizzo ed alla manutenzione secondo le norme cogenti ed i regolamenti interni. In particolare, gli spazi e le strutture per le attività del Coordinamento e per la gestione della documentazione sono garantiti dall'Istituzione Penitenziaria che ne definisce caratteristiche, tempi e modalità d'uso.

#### 6.1.2 Infrastrutture e attrezzature

L'Organizzazione garantisce che siano identificate e messe a disposizione, all'interno dell'Istituto penitenziario, le attrezzature necessarie per le diverse attività da svolgere nei luoghi assegnati e che sia precisata la responsabilità in ordine al loro utilizzo ed alla manutenzione, secondo le norme cogenti ed i regolamenti interni. In particolare garantisce la disponibilità di strumentazione per la gestione informatica delle informazioni di servizio, a livello di rete locale e di rete esterna, nonché la disponibilità di canali di comunicazione interna ed esterna facilmente accessibili ed utilizzabili da parte di personale interno ed esterno all'Istituto Penitenziario, facente parte del **Sistema Integrato**.

### 6.2 Risorse umane

L'Organizzazione definisce i profili professionali impegnati nelle attività del servizio di assistenza socio sanitaria nei confronti di detenuti tossicodipendenti e le competenze necessarie per interpretarli.

#### 6.2.1 Validazione

L'Organizzazione assicura che il personale impegnato nei profili previsti per le attività di servizio risponda alle caratteristiche identificate prima del suo eventuale impiego.

Nota: il personale impegnato può essere personale dipendente delle Istituzioni partecipanti ovvero personale a contratto, in varie forme. In entrambi i casi, visto lo specifico impatto esercitato sulla qualità delle attività svolte, lo si considera a tutti gli effetti personale afferente all'Organizzazione e, come tale, interessato dalle attività di validazione, valutazione e formazione.

### **6.2.3 Valutazione**

L'Organizzazione assicura che l'operato del personale impegnato nei profili previsti sia valutato a scadenze prefissate e con modalità esplicite da parte dell'Alta Direzione. Per la valutazione si tiene conto del giudizio espresso dalle diverse parti interessate e dagli utenti.

I criteri di valutazione sono resi noti al personale prima dell'impiego del personale stesso nelle attività.

### **6.2.4 Formazione**

L'Organizzazione garantisce al personale impegnato nelle attività del servizio di assistenza socio sanitaria per detenuti tossicodipendenti la partecipazione alle attività di formazione necessarie per acquisire ed approfondire nel tempo competenze di natura gestionale ed organizzativa, oltre alle necessarie attività formative per sviluppare le competenze specifiche dei profili professionali coinvolti. La formazione svolta dal personale presso le proprie Istituzioni di appartenenza è parte integrante della formazione del personale del **Sistema Integrato** e viene tenuta in considerazione dall'Organizzazione.

L'Organizzazione garantisce tuttavia che una parte delle attività formative sia attuata in forma integrata e con la partecipazione del personale delle diverse Istituzioni, mediante iniziative sia monoprofessionali che interprofessionali. Un'attenzione particolare è riservata, in questo senso, ai membri del coordinamento. Il Coordinamento valuta l'efficacia delle attività di formazione del personale impegnato ai fini della loro ripianificazione.

## 7 Realizzazione

### 7.1 Accettazione e presa in carico

L'Organizzazione garantisce che i requisiti in ingresso degli utenti siano definiti e precisati, anche con riferimento a norme cogenti e ad ulteriori requisiti che si possano applicare e siano documentati.

In particolare sono definite le modalità con cui:

- si raccolgono informazioni sull'utente in fase di ingresso, precisando tempistica, documenti e Istituzioni coinvolte dalla raccolta;
- si forniscono all'utente informazioni essenziali sul contesto, precisando tempistica, opportunità e limitazioni;
- si archiviano tali informazioni, precisando documenti, luoghi e responsabilità.

Nota: con il termine "requisito" si intende una serie di caratteristiche. Nel caso dell'utente, i requisiti possono riguardare: stato di salute fisica e psichica; condizione sociale ed economica; condizione giuridica e tipologia di reato. Altre caratteristiche ad esse collegate e identificative della storia dell'utente, ivi compresi i rapporti con i servizi.

#### 7.1.1 Diagnosi e certificazione

L'organizzazione definisce le modalità attraverso cui si giunge alla certificazione di dipendenza, precisando tempi, modalità di indagine, criteri, strumentazioni utilizzate e responsabilità.

#### 7.1.2 Diffusione

L'Organizzazione garantisce la diffusione delle informazioni relative ai requisiti in ingresso a tutti gli operatori coinvolti, in funzione delle loro responsabilità, ai fini di un utilizzo omogeneo, nel rispetto delle normative in materia di dati sensibili.

#### 7.1.3 Aggiornamenti

L'Organizzazione garantisce che gli aggiornamenti relativi ai requisiti degli utenti, provenienti da qualsiasi fonte durante lo sviluppo del servizio, siano disponibili ad intervalli prestabiliti e siano condivisi dai diversi operatori sempre nel rispetto delle normative in materia di dati sensibili.

## 7.2 Progettazione

### 7.2.1 Generalità

La progettazione di attività che si svolgono con il concorso di più Istituzioni richiede la condivisione preliminare di metodi e strumenti, della tempistica e della documentazione, oltre alla conoscenza delle reciproche disponibilità di risorse e delle modalità specifiche di gestione di ciascuna Istituzione.

### 7.2.2 Integrazione

L'Organizzazione garantisce che la progettazione dei percorsi trattamentali avvenga in modo integrato, con la partecipazione di tutte le Istituzioni coinvolte e mediante un contratto con gli utenti.

Nota: con il termine "percorso trattamentale" si intende qui l'insieme delle attività mediante le quali si concretizza il servizio di assistenza socio sanitaria ed educativa dei detenuti tossicodipendenti. Il percorso trattamentale è documentato in un "progetto di trattamento"

### **7.2.3 Pianificazione**

L'Organizzazione pianifica le attività di progettazione integrata avendo cura di definire la tempistica e le responsabilità attuative di ciascuna Istituzione. La pianificazione è documentata registrandola nel singolo progetto di trattamento ed è diffusa a tutti gli operatori del Sistema Integrato.

#### **7.2.3.1 Fasi**

La pianificazione prevede le fasi di riesame, verifica e validazione, le quali sono opportunamente registrate.

#### **7.2.3.2 Elementi in ingresso**

L'Organizzazione specifica gli elementi in ingresso alla progettazione, in termini di:

- requisiti rilevati (diagnosi e certificazione);
- requisiti cogenti;
- disponibilità di risorse;
- informazioni provenienti da altre progettazioni;
- informazioni provenienti da percorsi di trattamento pregressi;

#### **7.2.3.3 Elementi in uscita**

L'Organizzazione specifica gli elementi in uscita dalla progettazione, in termini di:

- obiettivi di trattamento;
- pianificazione dell'erogazione, comprendente
  - b.1 eventuali interventi psico-socio-sanitari
  - b.2 eventuali interventi educativi;
  - b.3 eventuali altri interventi
- piano delle verifiche e criteri di verifica;
- tempi e criteri per la valutazione
- risorse assegnate.

Nota: i punti descritti come elementi in uscita possono essere considerati requisiti minimi per documentare il progetto di trattamento.

### **7.2.4 Riesame**

Gli stati di avanzamento della progettazione, definiti in fase di pianificazione, sono riesaminati in forma integrata a livello di Coordinamento, per garantire la loro rispondenza ai requisiti identificati e alla disponibilità di risorse. I riesami sono opportunamente registrati.

### **7.2.5 Verifica**

La progettazione viene verificata a livello di Coordinamento per garantire che risponda ai requisiti formali delle normative cogenti, alla posizione giuridica degli utenti e alla disponibilità di risorse.

La verifica della progettazione è registrata e diffusa a tutte le Istituzioni partecipanti, le quali assicurano la diffusione al loro interno, per quanto di pertinenza.

### **7.2.6 Validazione**

La progettazione è validata a livello di Coordinamento sulla base dei dati provenienti dalle verifiche e valutazioni intermedie del percorso trattamentale, dalle valutazioni finali di esito e dall'analisi della soddisfazione condotta sulle diverse parti interessate; oltre che dai monitoraggi sul sistema di gestione (Si veda anche il paragrafo 8.2).

La validazione della progettazione è registrata e diffusa a tutte le Istituzioni partecipanti le quali assicurano la diffusione al loro interno.

Costituisce validazione interna l'adesione esplicita dell'utente al progetto trattamentale (firma del contratto).

Nota: trattando di servizi di assistenza socio sanitaria, la validazione della progettazione si realizza durante e al termine dell'erogazione dei percorsi di trattamento, ad intervalli prestabiliti e su un numero rappresentativo di casi.

### **7.2.7 Informazione**

L'Organizzazione garantisce che le informazioni relative al progetto di trattamento siano diffuse a tutto il personale coinvolto, agli utenti, alle famiglie e alle Istituzioni coinvolte.

## **7.3 Erogazione**

### **7.3.1 Generalità**

Il processo di erogazione del trattamento vede impegnate le singole Istituzioni che attuano quanto pianificato in sede di progettazione, mettendo a disposizione le loro risorse e integrandole nelle diverse tipologie di azione previste.

### **7.3.2 Pianificazione della erogazione**

L'Organizzazione garantisce la pianificazione delle attività trattamentali specificando tempistica, responsabilità e utilizzo di risorse.

Nota: la pianificazione della erogazione può comparire già nel documento di progetto (vedi punto 7.2.3.3 Elementi in uscita)

### **7.3.3 Integrazione e coordinamento**

Le pianificazioni delle attività realizzate dagli operatori delle diverse Istituzioni sono confrontate e verificate a livello di Coordinamento ai fini di uno sviluppo omogeneo e coerente delle attività progettate.

### **7.3.4 Personale impegnato**

L'Organizzazione assicura che il personale impegnato nella erogazione del trattamento risponda ai requisiti specificati secondo quanto descritto al punto 6.2 e seguenti di questo documento.

### **7.3.5 Diffusione interna**

L'Organizzazione assicura che la pianificazione delle attività di erogazione del trattamento e la loro effettiva attuazione siano diffuse al personale impegnato del sistema integrato.

### **7.3.6 Tenuta sotto controllo**

L'Organizzazione assicura che le attività pianificate siano svolte in condizioni controllate.

Tali condizioni possono prevedere:

- la disponibilità di istruzioni chiare per gli operatori;
- l'accesso semplice e chiaro alle informazioni da parte degli operatori;
- la disponibilità di strutture ed infrastrutture idonee;
- la disponibilità di documenti per le registrazioni previste;
- la diffusione delle informazioni all'interno delle Istituzioni attuatrici;
- l'attuazione di rilevazioni di dati, di verifiche e di valutazioni interne;
- l'aggiornamento delle informazioni relative agli utenti in caso di modifiche dei percorsi trttamentali e la diffusione degli aggiornamenti.

### **7.3.7 Identificazione e rintracciabilità**

L'Organizzazione garantisce che le informazioni sul percorso di trattamento svolto siano periodicamente aggiornate e sempre rintracciabili da parte di tutti gli operatori coinvolti.

## **8. Monitoraggio, valutazione e analisi della soddisfazione**

### **8.1 Generalità**

L'organizzazione garantisce la tenuta sotto controllo costante dei processi di servizio identificati mediante tre livelli di analisi dei dati:

- Monitoraggio
- Valutazione
- Analisi della soddisfazione

relativi ad altrettanti "oggetti" di misurazione:

- il sistema di gestione
- gli esiti delle attività di trattamento
- il gradimento degli utenti, delle Istituzioni e delle altre parti interessate.

### **8.2 Monitoraggio**

Il processo di Monitoraggio (o valutazione di processo) risponde alla domanda: "È stato attuato quanto pianificato?" e rileva lo stato di attuazione delle diverse attività: come tale tiene sotto controllo il sistema di gestione nel suo insieme.

L'Organizzazione assicura il monitoraggio mediante:

- a) verifiche periodiche pianificate (8.2.1)
- b) analisi delle non conformità (8.2.2)
- c) analisi dei dati provenienti dalle misurazioni dei processi (8.2.3)

#### **8.2.1 Verifiche periodiche**

L'Organizzazione definisce una procedura nella quale precisa criteri, strumenti e modalità per l'attuazione di verifiche periodiche dell'attività.

I risultati delle verifiche sono documentati e permettono di registrare, nel tempo, l'andamento del servizio ed il livello di rispondenza alle caratteristiche specificate in fase di pianificazione.

Le verifiche periodiche sono pianificate dal responsabile del sistema di gestione nominato nell'ambito del Coordinamento e la pianificazione è sottoposta alla valutazione del Coordinamento stesso.

Le verifiche periodiche possono essere attuate dal responsabile stesso o da personale esterno all'Organizzazione, opportunamente qualificato.

Nota: il personale in grado di svolgere questo tipo di attività si considera qualificato dal possesso del requisito di valutatore di prima o di terza parte, secondo le norme ISO 19011:2002 e ISO 9001:2000.

### **8.2.2 Non conformità**

L'Organizzazione definisce una procedura nella quale precisa criteri, strumenti e modalità per registrare e trattare le non conformità del servizio.

Le nonconformità possono essere rilevate durante le verifiche periodiche e durante lo svolgimento ordinario delle attività; oppure possono assumere la forma di reclami.

L'attuazione della procedura per le nonconformità è curata dal responsabile del sistema di gestione nominato nell'ambito del Coordinamento, il quale predispose un documento di registrazione contenente almeno:

- la registrazione delle non conformità rilevate;
- l'individuazione delle possibili cause;
- l'individuazione delle possibili azioni di miglioramento;
- i tempi e la responsabilità dell'azione di miglioramento;
- i tempi e le modalità per la valutazione dell'efficacia dell'azione.

### **8.2.3 Analisi dei dati**

L'Organizzazione assicura che i dati relativi ai diversi processi siano tenuti sotto controllo e riepilogati in statistiche di sintesi.

Tali dati possono riferirsi:

- al rispetto dei tempi pianificati per le diverse azioni;
- agli esiti dei percorsi trattamentali rilevati mediante specifici indicatori;
- alla soddisfazione degli utenti e delle parti interessate;
- alla valutazione del personale;
- alla disponibilità e all'utilizzo della documentazione;
- all'aggiornamento periodico e alla diffusione delle informazioni;
- alla partecipazione alle attività di diffusione;
- al grado di conoscenza delle attività del servizio integrato da parte delle Istituzioni partecipanti;
- all'andamento dei percorsi trattamentali rilevato dalle verifiche pianificate;
- alle nonconformità rilevate e alle azioni di miglioramento avviate o compiute;
- alla capacità di attuazione di azioni di miglioramento;
- ad altri indicatori relativi ad obiettivi di processo.

## **8.3 Valutazione**

Il processo di valutazione (o valutazione di esito) risponde alla domanda: "È stato ottenuto il risultato previsto?" e rileva il raggiungimento dei risultati attesi dai progetti di trattamento.

L'Organizzazione assicura che i dati relativi agli esiti siano rilevati, tenuti sotto controllo e riepilogati in statistiche di sintesi e garantisce il confronto con dati analoghi provenienti da altre Organizzazioni.

Nota: gli esiti del trattamento possono essere distinti nelle rispettive classi di obiettivi: sanitari, psicologici, sociali, educativi, altri obiettivi, compresi quelli legati alla permanenza in Istituto e ai relativi comportamenti.

## **8.4 Analisi della soddisfazione**

L'Organizzazione garantisce che la percezione del servizio da parte degli utenti, degli operatori e di altre parti interessate sia raccolta ed analizzata in relazione alle diverse tipologie di attività, a varie scadenze e comunque sempre alla fine delle stesse.

La percezione della soddisfazione è rilevata anche mediante la registrazione degli eventuali reclami derivanti da servizi non rispondenti alle attese.

### **8.5 Riesame da parte dell'Alta Direzione**

L'Organizzazione effettua, almeno annualmente, una revisione del processo di servizio, utilizzando a questo scopo:

- i dati relativi alle verifiche periodiche del sistema di gestione;
- i dati relativi alle non conformità rilevate;
- i dati descrittivi dell'andamento dei diversi processi di servizio, radunati in statistiche di sintesi;
- le informazioni di ritorno da parte degli utenti e di altre parti interessate;
- altre informazioni provenienti da altre fonti interne, comprese altre registrazioni previste dalle Istituzioni attuatrici;
- lo stato delle azioni di miglioramento pianificate;
- eventuali variazioni alle norme cogenti che abbiano influenza sulle caratteristiche del servizio e sulle modalità della sua erogazione;
- le informazioni provenienti dai precedenti riesami.

Il Riesame produce un documento nel quale sono precisate le decisioni e le azioni relative

- al miglioramento dell'efficacia del sistema di gestione e dei suoi processi, ivi comprese le esigenze di nuova documentazione;
- al miglioramento del servizio in relazione a mutamenti nelle caratteristiche dell'utenza o a evoluzioni normative;
- ai bisogni di risorse.

Nel Riesame l'Organizzazione analizza e aggiorna i punti della politica annuale e, conseguentemente, esamina e aggiorna i relativi obiettivi annuali del servizio.

Il documento di Riesame, prodotto dal Cordinamento, è sottoposto all'Alta Direzione alla quale è affidata la sua revisione e la successiva ratifica e diffusione.

Poichè il Riesame della Direzione è almeno annuale, l'Alta Direzione, nell'ambito della pianificazione della sua attività (si veda il punto 5.2.3) si riunisce almeno una volta l'anno a questo scopo.

**FINE DEL DOCUMENTO**

Alcune note per la conduzione dell'attività di rilevazione.

marzo, 2008

Qui di seguito sono descritte alcune azioni che, in sequenza, possono facilitare il lavoro degli auditor.

1. riunire il gruppo locale di auditor per studiare i punti della lista di riscontro
2. in caso di incertezza sul contenuto dei punti contattare il consulente all'indirizzo [romiti@world.it](mailto:romiti@world.it)
3. fissare un primo incontro di preparazione con il gruppo locale, accertando che sia stata ricevuta dalla Direzione dell'Istituto la lettera della Regione e del PRAP che ricorda l'esistenza del progetto
4. durante il primo incontro stabilire un patto e definire con cura il proprio ruolo di rilevatori facendo attenzione a rimarcare l'orientamento al miglioramento delle prassi ed evitando qualsiasi connotazione valutativa (gli elementi del patto potrebbero essere: a) le date delle successive rilevazioni, b) le modalità per l'analisi documentale, c) la responsabilità di tenuta sotto controllo dei documenti rilevati e dell'elenco documenti)
5. già dal primo incontro, o da quello successivo, il lavoro consiste inizialmente nell'esaminare insieme i punti della lista di riscontro ed identificare se siano "coperti" da una qualche forma di documentazione
6. per ogni punto della lista è richiesto di indicare in quale misura il punto è attuato. Le istruzioni per l'uso della scala di valutazione sono riportate nella lista di Riscontro. L'elenco dei documenti così rinvenuti è gestito nella forma di una tabella nella quale si può specificare il processo a cui il documento si riferisce, il nome del documento e la data della sua redazione. Altrimenti, la forma più semplice di elenco documenti è la stessa Lista di Riscontro, compilata con i nomi dei documenti rintracciati per ogni punto. I documenti rintracciati possono essere archiviati in un faldone se cartacei e in una cartella se informatizzati.