

Direttiva numero 3 – DSS/UI:2016

Istituti per invalidi – garanzia di qualità

Condizioni qualitative per istituti per invalidi riconosciuti e requisiti di conformità dei sistemi di gestione della qualità nel Canton Ticino

1. INTRODUZIONE

- 1.1 Generalità**
- 1.2 Riferimenti di legge**
- 1.3 Campo di applicazione**
- 1.4 Competenze**
- 1.5 Approccio per processi**
- 1.6 Glossario**

2. CONDIZIONI QUALITATIVE

- 2.1 Organizzazione dei requisiti**
- 2.2 Implementazione**
- 2.3 Temi e requisiti**

3. CERTIFICAZIONE

4. NORME TRANSITORIE E FINALI

5. GRUPPO DI ACCOMPAGNAMENTO

1. INTRODUZIONE

1.1. Generalità

La Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (Lispi) e il relativo Regolamento (RLispi) prevedono che lo Stato promuove e coordina la realizzazione di strutture, l'organizzazione di servizi, le risorse disponibili sul territorio e l'applicazione dei provvedimenti necessari all'integrazione sociale e professionale degli invalidi, con iniziative proprie e con la concessione di sussidi agli enti pubblici e privati riconosciuti che assumono iniziative o che svolgono un'attività nel quadro di questa legge (art. 2 Lispi).

Per ottenere il riconoscimento (art. 3d Lispi e art. 16 cpv. 1 lett. h RLispi), gli Istituti devono disporre di un sistema di gestione per la qualità (SGQ) certificato secondo la presente Direttiva da un organismo esterno indipendente riconosciuto.

La Direttiva numero 3 – DSS/UI:2016 è utilizzata dagli enti di certificazione per valutare che gli Istituti dispongano di un'organizzazione che assicuri la qualità delle prestazioni erogate, della gestione degli utenti e del personale, nel rispetto dei principi di razionalità ed economicità.

1.2 Riferimenti di legge

Basi legali: Lispi, RLispi, Legge federale sulle istituzioni che promuovono l'integrazione degli invalidi (LIPIn).

Oltre a quanto stabilito dalla presente Direttiva, gli Istituti sono evidentemente tenuti al rispetto di tutte le leggi in vigore (si pensi in particolare agli aspetti della sicurezza alimentare regolamentati dalla legislazione sulle derrate alimentari, alle norme edilizie, alle disposizioni legali sulla protezione degli adulti, alle norme sulla protezione dei dati, ecc.).

1.3 Campo di applicazione

La presente Direttiva precisa quali requisiti debbano essere ottemperati dagli Istituti per poter essere riconosciuti ai sensi dell'art. 3d della Lispi e dell'art. 16 del RLispi.

I requisiti devono essere rispettati da tutti gli Istituti riconosciuti, indipendentemente dal fatto che dispongano anche di un SGQ certificato secondo un'ulteriore norma di riferimento (per es. ISO 9001).

La Direttiva non obbliga ad adottare un SGQ particolare.

Sono considerati Istituti per invalidi (Istituti) le case, i centri diurni, i laboratori, gli appartamenti protetti, le scuole speciali private, altre strutture ad uso sociale e collettivo destinate ad accogliere persone con disabilità secondo la definizione di Invalido dell'art. 3 Lispi.

1.4 Competenze

La presente Direttiva è emanata dal Dipartimento della Sanità e della Socialità (DSS), secondo quanto stabilito dalla Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF).

Nell'ambito degli audit di certificazione, l'ente certificatore designato verifica che l'Istituto definisca e attui i processi e gli strumenti operativi per garantire la qualità delle prestazioni erogate, della gestione degli utenti e del personale, nel rispetto dei principi di razionalità, efficacia ed efficienza e di quanto definito dalla presente Direttiva.

Complemento

Nella sua attività di vigilanza per la verifica dei criteri per il rilascio/mantenimento dell'autorizzazione d'esercizio, l'Ufficio degli invalidi (UI) verifica che le prestazioni fornite dall'Istituto soddisfino gli obiettivi legati alla LISPI (art. 3c) e al suo Regolamento (artt. 6 – 15), nonché quanto definito dalla Direttiva numero 1 *Autorizzazione d'esercizio agli istituti per invalidi – Procedure per l'ottenimento e il mantenimento dell'autorizzazione d'esercizio* e dal suo Allegato.

1.5 Approccio per processi

La presente Direttiva promuove l'adozione di un approccio per processi nella definizione, attuazione e miglioramento del SGQ, al fine di soddisfare le esigenze normative, i bisogni dell'utente nei confronti dei servizi offerti dall'Istituto, nonché la qualità di tutte le prestazioni erogate.

Tale approccio definisce gli insiemi di attività tra loro collegate, in modo da consentire la trasformazione di esigenze (elementi in ingresso) in prestazioni di servizio (elementi in uscita). Per ogni insieme di attività, definito come processo, sono attribuite risorse e responsabilità.

Taluni processi possono essere collegati, attraverso i rispettivi elementi in ingresso e in uscita, in modo da costituire una rete di processi.

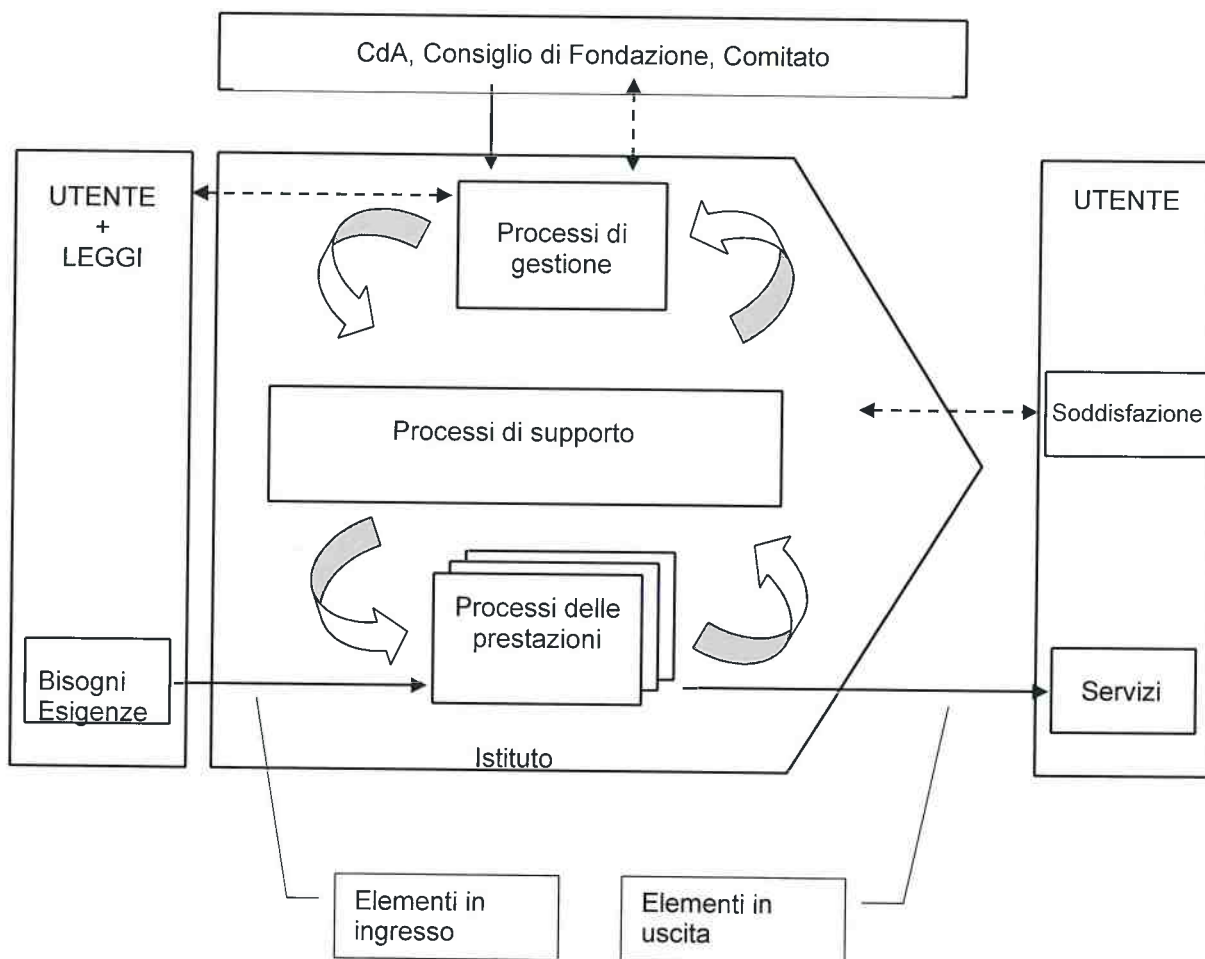
L'efficacia dei processi è sistematicamente monitorata, tenendo sotto controllo i contenuti, le eventuali connessioni nell'ambito del sistema di gestione per la qualità e i risultati prodotti.

Un possibile modello di SGQ a processi è indicato nella **figura 1**.

I processi delle prestazioni possono variare sia per numero sia per denominazione, in funzione del contesto operativo dell'Istituto e delle proprie specifiche esigenze.

A tutti i processi può essere applicata la metodologia conosciuta come "Plan-Do-Check-Act" (PDCA) o principio di Deming. La metodologia PDCA può essere brevemente descritta come segue:

- Plan (Pianificare): definire gli obiettivi ed i processi necessari per fornire risultati in conformità alle esigenze dell'utente e al proprio mandato.
- Do (Fare): attuare i processi.
- Check (Verificare): monitorare i processi ed i servizi per rapporto agli obiettivi e alle esigenze dell'utente e registrarne i risultati.
- Act (Agire): intraprendere le azioni necessarie per migliorare costantemente le prestazioni di servizio sviluppate mediante i processi.



Legenda:

- Elementi in ingresso / uscita con valore aggiunto.
-→ Flussi di informazioni.

Figura 1 – Esempio di modello di SGQ.

1.6 Glossario

Qualità

Capacità dell'organizzazione di rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti, sviluppando le prestazioni previste dalla legge attraverso l'applicazione sistematica della metodologia PDCA (vedi sezione 1.5).

Audit

Processo sistematico, indipendente e documentato finalizzato ad ottenere riscontri sul modo di procedere prestabilito. È necessario prevedere audit di certificazione, che vanno affidati ad un ente esterno, e audit interni, che devono essere organizzati ed eseguiti dall'Istituto stesso o da terzi, previa autorizzazione della Direzione dell'Istituto. I risultati degli audit devono essere valutati con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri prestabiliti dal SGQ siano stati soddisfatti.

Certificazione

Procedura di verifica attraverso la quale un ente di certificazione valuta se il SGQ applicato presso l'Istituto rispetta tutte le esigenze stabilite nella presente Direttiva. In caso affermativo, l'Istituto riceve un certificato della validità di tre anni.

Azione di miglioramento

Provvedimento finalizzato all'eliminazione della causa di una situazione indesiderata rilevata (mancata soddisfazione di un requisito del SGQ o delle condizioni definite nella presente Direttiva) o una potenziale situazione indesiderata.

Sviluppo della qualità

Adattamenti a seguito di cambiamenti o nuove esigenze allo scopo di aumentare il livello di qualità.

Requisiti e temi

Elementi del SGQ che l'Istituto deve interpretare secondo la propria realtà, descrivere e applicare nella pratica secondo le indicazioni.

Gestione della qualità

Applicazione sistematica del concetto PDCA a tutti i processi e a tutti i livelli dell'organizzazione, dalla conduzione dell'Istituto all'erogazione quotidiana delle prestazioni.

PDCA Plan – Do – Check – Act (pianificare – fare – verificare – agire)

SGQ Sistema di gestione per la qualità

2. CONDIZIONI QUALITATIVE

2.1 Organizzazione dei requisiti

Le condizioni qualitative si rifanno a temi e requisiti classificati in 3 famiglie di processi: processi di gestione, processi di supporto e processi delle prestazioni.

Per ciascun tema o requisito sono definite delle indicazioni per l'applicazione: attività da prevedere, documenti o registrazioni da predisporre e da dimostrare ed esibire in sede di audit.

2.2 Implementazione

Gli Istituti per invalidi riconosciuti devono disporre di un'organizzazione che assicuri il rispetto dei requisiti della presente Direttiva, conformemente al proprio ambito di attività, e integrarli nel SGQ liberamente scelto. Il SGQ deve essere conosciuto e applicato a tutti i livelli dell'organizzazione; gli utenti e i loro rappresentanti legali devono essere coinvolti nella valutazione della qualità delle prestazioni.

2.3 Temi e requisiti

1. PROCESSI DI GESTIONE		Indicazioni per l'applicazione
1.1 Soggetto giuridico e organizzazione	<p>I compiti, le competenze e le responsabilità degli organi del soggetto giuridico e della Direzione dell'Istituto sono chiaramente suddivisi e documentati.</p> <p>La struttura organizzativa dell'Istituto, le relazioni gerarchiche e le varie funzioni sono definite in modo chiaro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Statuto. - Eventuali deleghe. - Organigramma. - Descrizione delle funzioni.
1.2 Disposizioni legali	1.2.1 La Direzione dell'Istituto e i collaboratori sono tenuti a conoscere le disposizioni legali vigenti e a rispettarle.	- Raccolta delle basi legali (vedi pto 1.5.2).
	1.2.2 L'Istituto dispone di una regolamentazione che esplicita il concetto applicato per assicurare la protezione dei dati (vedi anche pti 1.5.2 e 1.5.3). In particolare, esso definisce: <ul style="list-style-type: none"> - l'accesso di terzi ai dati; - i diritti e le autorizzazioni per consultare i dati; - la sicurezza dei dati. 	- Regolamento sulla protezione dei dati.
1.3 Linee guida e Concetto quadro	<p>L'Istituto definisce e riesamina periodicamente (vedi pto 1.5.4) le Linee guida.</p> <p>Esse sintetizzano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la missione/visione dell'Istituto; - gli obiettivi generali; - i valori e gli intenti nei riguardi degli utenti, dei collaboratori e della società in genere; - i modelli di riferimento adottati per la presa in carico. <p>L'Istituto definisce e riesamina periodicamente (vedi pto 1.5.4) il proprio Concetto quadro.</p> <p>Il Concetto quadro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - descrive il livello operativo, precisando come le Linee guida trovano applicazione nella pratica e nelle prestazioni offerte, incluse le collaborazioni; - stabilisce la tipologia dei beneficiari delle prestazioni (gruppo target); - è definito nel rispetto dei diritti fondamentali; - esplicita l'applicazione dei modelli di riferimento considerando lo stato delle conoscenze socio-educative e sanitarie nei contesti interessati. 	- Linee guida e Concetto quadro.

<p>1.4 Comunicazione</p>	<p>L'Istituto dispone di un concetto di comunicazione interna ed esterna che definisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lo scopo; - le modalità; - i responsabili coinvolti; - la frequenza; - la comunicazione per le emergenze. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Concetto comunicazione</i>
<p>1.5 Gestione della qualità</p>	<p>1.5.1 Generalità L'Istituto dispone di un SGQ documentato e organizzato per processi. I processi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - integrati in una mappatura nella quale risultano evidenti i diversi collegamenti con gli altri processi; - definiti nel rispetto dei requisiti stabiliti dalla presente direttiva; - misurati in termini di efficacia ed efficienza per mezzo di indicatori; - applicati e gestiti dall'Istituto seguendo il principio PDCA. <p>1.5.2 Documenti di riferimento L'Istituto assicura che tutti i documenti rilevanti per assicurare la corretta realizzazione delle attività siano gestiti in modo idoneo. Le modalità di gestione prevedono le regole per l'identificazione, la distribuzione e l'informazione, l'aggiornamento, il trattamento delle versioni superate. In funzione del grado di riservatezza sono definite delle regole per la salvaguardia della confidenzialità.</p> <p>1.5.3 Dati e registrazioni Nel rispetto delle normative vigenti, l'Istituto definisce e applica delle regole per raccogliere, riesaminare, conservare, archiviare e rintracciare tutte le registrazioni cartacee e/o informatiche rilevanti per la qualità dei servizi erogati. Tali regole prevedono anche le modalità per garantire la protezione e la salvaguardia dei dati nonché per eventuali correzioni .</p> <p>1.5.4 Pianificazione e riesame La Direzione dell'Istituto, coerentemente con le Linee guida e il Concetto quadro (vedi pto 1.3), formalizza annualmente gli obiettivi per l'Istituto, assicurandone il monitoraggio e il riesame. Almeno annualmente, la Direzione dell'Istituto riesamina il SGQ in termini di adeguatezza ed efficacia, considerando in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il raggiungimento degli obiettivi; - l'adempimento dei requisiti fissati dalla presente direttiva; - quanto scaturisce dalle analisi dei rischi (vedi pto 1.5.5); - i dati riportati al pto 1.5.6; - l'attualità delle Linee guida e del Concetto quadro. <p>Il Riesame della Direzione è debitamente documentato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Struttura della documentazione.</i> - <i>Impostazione e struttura a processi.</i> - <i>Interrelazioni fra i processi.</i> - <i>Definizione e applicazione di quanto l'Istituto ritiene utile e necessario adottare per adempiere ai requisiti della presente direttiva e di eventuali ulteriori esigenze proprie.</i> - <i>Messa in vigore e responsabilità nell'applicazione del SGQ.</i> <p><i>Gestione di:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>basi legali (leggi federali e cantonali, ordinanze, direttive);</i> - <i>documenti che definiscono il SGQ;</i> - <i>documenti ad uso interno;</i> - <i>documenti esterni;</i> - <i>documenti di terzi.</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Gestione delle registrazioni e dei dati con definizione delle responsabilità, tipo di supporto, durata di archiviazione e accessibilità.</i> - <i>Integrità dei dati.</i> - <i>Gestione degli archivi.</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Obiettivi annuali dell'Istituto.</i> - <i>Riesame della Direzione.</i>

	<p>1.5.5 <u>Analisi dei rischi</u> L'Istituto definisce e applica delle procedure atte ad analizzare i principali rischi legati alla propria specificità. Le procedure definiscono modalità e responsabilità per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificare i potenziali pericoli; - individuare le cause; - valutare le possibili conseguenze; - adottare misure d'intervento e di prevenzione; - documentare le analisi. 	<p>Analisi dei rischi concernente ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - malversazioni/disguidi finanziari; - abusi e maltrattamenti; - igiene e derrate alimentari; - medicinali; - salute e sicurezza.
	<p>1.5.6 <u>Miglioramento continuo</u> L'Istituto dispone di procedure per rilevare, registrare e analizzare i dati importanti ai fini della qualità. Tali dati devono fare riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli errori e i disguidi; - i reclami; - la soddisfazione dell'utente; - il monitoraggio dei processi; - l'esito delle azioni intraprese. <p>L'Istituto verifica periodicamente (almeno una volta all'anno) e sulla base di elementi oggettivi il SGQ attraverso audit interni per monitorare che i requisiti della presente direttiva siano soddisfatti e applicati nel rispetto dei principi di efficacia ed efficienza.</p> <p>L'Istituto definisce e applica procedure per intraprendere azioni di miglioramento che agiscano sulle cause che hanno originato eventuali errori o situazioni indesiderate.</p>	<p><i>Gestione, raccolta e analisi di:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>errori e disguidi interni;</i> - <i>reclami;</i> - <i>soddisfazione degli utenti;</i> - <i>indicatori;</i> - <i>audit interni;</i> - <i>audit di certificazione;</i> - <i>proposte di miglioramento;</i> - <i>azioni di miglioramento.</i>
<p>2. PROCESSI DI SUPPORTO</p>		<p>Indicazioni per l'applicazione</p>
<p>2.1 Politica del personale</p>	<p>2.1.1 La politica del personale applicata dall'Istituto trova riscontro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in un Regolamento del personale; - nei documenti e registrazioni che, in particolare, attestano le condizioni di assunzione e la conclusione del rapporto di lavoro. <p>2.1.2 Il contratto di lavoro e/o il Regolamento definiscono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il sistema di remunerazione; - le condizioni d'accesso alla formazione (formazione di base, formazione continua) e al perfezionamento; - il sistema di valutazione/qualifica; - le regole concernenti il segreto professionale, la discrezione e l'etica professionale, le misure di protezione degli utenti e del personale in presenza di comportamenti inadeguati. <p>2.1.3 L'Istituto definisce e raccoglie i documenti che attestano le competenze richieste ai collaboratori.</p> <p>2.1.4 L'Istituto è tenuto a rispettare e a promuovere le direttive concernenti la sicurezza sul lavoro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Regolamento del personale, inclusi eventuali volontari.</i> - <i>Incarto collaboratore.</i> - <i>Procedura di assunzione /conclusione del rapporto di lavoro.</i> - <i>Contratto di lavoro (personale e volontari).</i> - <i>Regolamento del personale, inclusi eventuali volontari.</i> - <i>Colloqui annuali di valutazione /qualifica del personale.</i> - <i>Pianificazione annuale della formazione del personale e registrazioni.</i> - <i>Diplomi, certificati, attestati dei collaboratori.</i> - <i>Direttiva concernente la sicurezza sul lavoro.</i>
<p>2.2 Descrizione della funzione</p>	<p>Come previsto al pto 1.1, l'Istituto definisce le funzioni coinvolte nella propria organizzazione. La descrizione della funzione comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il profilo e le competenze richieste alla funzione; - la definizione dei compiti, competenze e responsabilità; - la designazione di un/a sostituto/a. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Descrizione delle funzioni.</i>

2.3 Finanziamento e contabilità	2.3.1	L'Istituto assicura una gestione delle finanze conforme alla legislazione in vigore e alle direttive concernenti il finanziamento.	
	2.3.2	Il sistema di gestione delle finanze consente di disporre, ad intervalli regolari, di indicazioni concernenti: - la contabilità; - lo stato in rapporto al preventivo; - la liquidità; - la situazione in riguardo ai debitori e agli investimenti.	- <i>Gestione delle finanze.</i>
	2.3.3	La contabilità analitica è tenuta secondo le esigenze della DASF e dell'Ufficio degli invalidi.	- <i>Contabilità analitica.</i>
	2.3.4	La revisione annuale dei conti è assicurata da un organo autorizzato e indipendente.	- <i>Revisione dei conti.</i>
2.4 Infrastrutture e materiali	2.4.1	L'Istituto definisce ed applica delle direttive concernenti: - l'igiene; - le pulizie; - l'eliminazione dei rifiuti; - la manutenzione delle infrastrutture e dei mezzi tecnici.	- <i>Procedure e registrazioni.</i>
	2.4.2	L'Istituto pianifica gli investimenti necessari al mantenimento e alla sostituzione del mobilio e dello stabile.	- <i>Piano investimenti.</i>
3. PROCESSI DELLE PRESTAZIONI			<i>Indicazioni per l'applicazione</i>
3.1 Prestazioni offerte	<p>I processi delle prestazioni sono definiti tenendo conto dei bisogni individuali e comuni degli utenti. L'Istituto definisce i processi da cui scaturiscono le singole prestazioni offerte.</p> <p>I processi e le interrelazioni fra i processi, incluse le prassi operative che determinano l'organizzazione del lavoro per il personale, sono debitamente documentati.</p> <p>I processi delle prestazioni offerte agli utenti si rifanno alle Linee guida e Concetto quadro (vedi pto 1.3) e definiscono le attività e le relative responsabilità assicurate dall'Istituto nei vari contesti operativi, quali: l'alloggio, il vitto, l'assistenza medica e farmacologica, i trasporti, l'organizzazione del tempo libero, le attività occupazionali e il lavoro, la commercializzazione di prodotti/prestazioni, specifiche attività di assistenza e supporto all'utente, le prestazioni rivolte all'utenza.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - <i>Mappatura dei processi delle prestazioni.</i> - <i>Definizione dei singoli processi.</i> - <i>Registrazioni che attestano l'applicazione dei processi.</i>

3.2 Ammissione	3.2.1	L'Istituto definisce e applica una specifica procedura per l'ammissione degli utenti. Essa include: - i criteri di ammissione e di rifiuto; - le informazioni sociali, mediche, penali e amministrative richieste.	- <i>Procedura d'ammissione.</i> - <i>Contratto di ammissione utente.</i>
	3.2.2	Gli utenti e i rappresentanti legali sono informati in merito alla procedura di ammissione adottata.	
3.3 Diritti e obblighi	3.3.1	L'Istituto dispone di regolamentazioni trasparenti e conformi alle disposizioni legali federali e cantonali che definiscono: - i diritti e i doveri degli utenti e dei loro rappresentanti legali; - le prassi adottate per informare in merito gli interessati; - le modalità di formalizzazione degli accordi con gli utenti, del loro coinvolgimento e di quello dei loro rappresentanti legali.	- <i>Concetto quadro.</i> - <i>Regolamento utenti.</i> - <i>Contratto d'ammissione utenti.</i>
	3.3.2	Il diritto all'autodeterminazione degli utenti è definito e applicato conformemente alla legislazione vigente.	- <i>Regolamento utenti.</i>
	3.3.3	Per gli utenti impiegati in laboratorio sono definiti: - il contratto di lavoro; - un sistema di remunerazione trasparente.	- <i>Contratto di lavoro.</i> - <i>Sistema salariale laboratori.</i>
	3.3.4	L'Istituto rileva e valuta periodicamente (almeno una volta all'anno) il grado di soddisfazione degli utenti. I sistemi di rilevamento e valutazione (contesto, ambito, frequenza, trattamento delle proposte, comunicazione) e gli strumenti impiegati devono essere definiti.	- <i>Rilevamenti soddisfazione utenti.</i> - <i>Proposte utenti.</i> - <i>Valutazione soddisfazione e proposte utenti.</i>
	3.3.5	Le misure di contenzione e di restrizione della libertà individuale degli utenti sono definite ed applicate dall'Istituto nel rispetto delle leggi e direttive in vigore.	- <i>Protocolli di prevenzione e gestione delle misure di contenzione.</i>
	3.3.6	L'Istituto definisce un concetto per gestire i conflitti. Le procedure interne concernenti la mediazione e il trattamento dei reclami sono a disposizione degli utenti e dei rappresentanti legali; le istanze esterne coinvolte devono essere definite.	- <i>Procedura di gestione dei conflitti.</i>
	3.3.7	Nel rispetto del diritto all'autodeterminazione degli utenti, nei processi decisionali che li riguardano devono essere coinvolti i loro rappresentanti legali e i familiari.	
3.4 Comportamenti a rischio		L'Istituto definisce e applica una procedura per gestire i potenziali comportamenti a rischio degli utenti e le problematiche che ne derivano. La procedura definisce: - le misure di prevenzione adottate; - le prassi d'intervento e di comunicazione da applicare nei casi effettivi.	- <i>Procedura di prevenzione e di gestione dei comportamenti a rischio degli utenti.</i>

3.5 Piano di sviluppo individuale	3.5.1	Per ogni utente viene definito e formalizzato un piano di sviluppo individuale in linea con il catalogo delle prestazioni.	- <i>Piano di sviluppo.</i>
	3.5.2	Nel rispetto del diritto all'autodeterminazione degli utenti, il piano di sviluppo è definito in collaborazione con gli utenti, con i loro rappresentanti legali e, se del caso, con i familiari.	
	3.5.3	Il piano di sviluppo definisce gli obiettivi e i criteri per valutare il raggiungimento degli stessi.	
	3.5.4	Il piano di sviluppo è valutato e riesaminato ad intervalli prestabiliti, almeno una volta all'anno.	- <i>Valutazione / riesame del piano di sviluppo.</i> - <i>Definizione di nuovi obiettivi.</i>
3.6 Dimissione Trasferimento Interruzione della presa in carico	3.6.1	L'Istituto definisce specifiche procedure per trattare i casi di dimissione, trasferimento e interruzione della presa in carico. Esse definiscono le modalità operative e i relativi criteri.	- <i>Procedura di dimissione, trasferimento, interruzione della presa in carico.</i> - <i>Corrispondenza di dimissione, trasferimento, interruzione della presa in carico.</i>
	3.6.2	Gli utenti e i loro rappresentanti legali sono informati in merito alle procedure di dimissione, trasferimento e interruzione della presa in carico; essi ricevono le notifiche del caso.	- <i>Notifiche di dimissione, trasferimento, interruzione della presa in carico.</i>
	3.6.3	In caso di dimissione da parte dell'Istituto, lo stesso è tenuto a proporre una soluzione alternativa per la presa in carico dell'utente, che sia adeguata e realizzabile.	- <i>Proposte di alternative (art. 21 RLispi)</i>

3. CERTIFICAZIONE

Possono ottenere il riconoscimento ai sensi della LIsi e del RLIsi gli Istituti che ottengono la certificazione del loro sistema di gestione per la qualità da parte di un ente di certificazione che soddisfi cumulativamente i requisiti seguenti:

- disponga di un accreditamento da parte del Servizio di accreditamento svizzero (SAS) secondo la norma 17021 per la certificazione di sistemi di gestione;
- conosca in modo approfondito il contesto operativo locale degli Istituti per invalidi del cantone Ticino e il quadro giuridico cantonale riguardante gli stessi;
- conosca e sia in grado di applicare le modalità di audit definite dalle normative di riferimento e, in particolare, dalla presente Direttiva.

Gli Istituti devono presentare all'Ufficio degli invalidi un documento, rilasciato da un ente certificatore che adempia ai requisiti sopra citati, che attesti la conformità del loro sistema di gestione per la qualità secondo la presente Direttiva e una copia del rapporto dell'audit annuale redatto dall'ente di certificazione.

La procedura di certificazione comprende:

- Un audit di certificazione.
- Un audit di sorveglianza entro la scadenza del primo anno.
- Un audit di sorveglianza entro la scadenza del secondo anno.

Il ciclo di certificazione ha una durata di tre anni.

4. NORME TRANSITORIE E FINALI

La presente Direttiva numero 3 DSS/UI:2016 entra in vigore il 1.09.2016.

Essa sostituisce la Direttiva numero 3 DSS/DASF/UI dicembre 2010, che perde la sua validità dopo 3 anni dalla messa in vigore della Direttiva numero 3 DSS/UI:2016.

5. GRUPPO DI ACCOMPAGNAMENTO

L'Ufficio degli invalidi istituisce un gruppo di accompagnamento, composto da un minimo di 5 ad un massimo di 9 membri, che riunisce rappresentanti del Dipartimento (DSS), rappresentanti degli Istituti, rappresentanti degli utenti e degli enti di certificazione e di formazione.

I compiti e gli obiettivi del gruppo saranno:

- creare una piattaforma comune per favorire lo scambio di informazioni;
- supervisionare l'evoluzione dei modelli e delle procedure SGQ negli Istituti;
- formulare eventuali indicazioni agli enti di certificazione;
- definire eventuali bisogni formativi per gli Istituti nell'ambito della gestione della qualità da trasmettere ai competenti centri di formazione;
- proporre eventuali aggiornamenti della presente Direttiva.

DIPARTIMENTO DELLA SANITA' E DELLA SOCIALITA'

Il Consigliere di Stato:

Il Direttore della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie:


Paolo Beltraminelli


Claudio Blotti