

SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MANUALE

secondo la Norma UNI EN ISO 9001: 2015

Copia controllata n° _____

Copia non controllata n° _____

Destinatario _____

12	28-06-23	Organigramma e servizi	RGQ	DG	PR
11	30-08-22	Revisione e aggiornamento	RGQ	DG	PR
10	10-09-19	231 Privacy CSS ADF	RGQ	DG	PR
9	28-08-18	Revisione 9001 :2015	RGQ	DG	PR
Rev.	DATA	DESCRIZIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO

INDICE

0 INTRODUZIONE	4
0.1 Presentazione della società.....	4
0.2 Principi di gestione per la qualità	7
0.3 Approccio per processi.....	7
0.4 Relazione con altre norme	8
1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	9
1.1 Generalità.....	9
1.2 Applicazione	9
2 RIFERIMENTI NORMATIVI.....	10
2.1 Generalità.....	10
2.2 Norme tecniche e norme cogenti di legge	11
3 TERMINI E DEFINIZIONI	12
3.1 Termini e definizioni.....	12
3.2 Sigle e abbreviazioni.....	12
4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	13
4.1 L'organizzazione e il suo contesto.....	13
4.2 Esigenze e aspettative delle parti interessate.....	13
4.3 Campo di applicazione	15
4.4 Sistema di Gestione per la Qualità	15
5 LEADERSHIP	16
5.1 Leadership e impegno	16
5.2 Politica	16
5.3 Ruoli, responsabilità e autorità	16
6 PIANIFICAZIONE	21
6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità.....	21
6.2 Obiettivi per la qualità.....	21
6.3 Pianificazione delle modifiche.....	21
7 SUPPORTO.....	22
7.1 Risorse	22
7.2 Competenza	23
7.3 Consapevolezza	24
7.4 Comunicazione	24
7.5 Informazioni documentate.....	25

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	3	37	12

8 ATTIVITÀ OPERATIVE.....	26
8.1 Pianificazione e controllo operativi.....	26
8.2 Requisiti per i servizi.....	26
8.3 Progettazione e Sviluppo.....	27
8.4 Controllo dei prodotti e dei servizi forniti dall'esterno	28
8.5 Produzione ed erogazione dei servizi.....	29
8.6 Rilascio dei servizi.....	30
8.7 Controllo degli output non conformi	30
9 VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	31
9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione.....	31
9.2 Audit interno	32
9.3 Riesame di Direzione.....	33
10 MIGLIORAMENTO	35
10.1 Generalità.....	35
10.2 Non Conformità e Azioni Correttive	35
10.3 Miglioramento continuo	36

0 INTRODUZIONE

0.1 Presentazione della società

PRATICA SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE
VIA PRINCIPE EUGENIO 22 20155 MILANO
C.F. P.I. 12971770156
REA CCIAA MI- 1601894
TEL. E FAX 0236568086
MAIL SEGRETERIA@PRATICAONLUS.IT
WEB WWW.PRATICAONLUS.IT
FACEBOOK PRATICA SOC. COOP. SOC.
LINKEDIN PRATICA SOC. COOP. SOC.

Pratica società cooperativa sociale onlus ha per oggetto la progettazione e la gestione di servizi in campo socioeducativo, socioassistenziale, culturale e formativo volti alla presa in carico di diverse *fragilità*, con la prospettiva di una migliore qualità di vita. L'esperienza consolidata, portata dalle due cooperative che l'hanno originata, è andata a confluire nella nuova impresa permettendole, sin da subito, di offrire un'ampia gamma diversificata di servizi di qualità che si sono arricchiti grazie all'integrazione di esperienze, competenze e professionalità.

Pratica Società cooperativa sociale ONLUS nasce nel mese di gennaio 2016 dalla fusione e unione dell'esperienza delle cooperative sociali **Eta Beta** e **Albatros**. Eta Beta ha sviluppato, nei suoi 16 anni di storia, esperienza specialistica nella presa in carico delle persone con disabilità e delle loro famiglie, attraverso la gestione di servizi residenziali, diurni e di sollievo. Nei suoi 23 anni di vita, Albatros, ha acquisito competenze specifiche nel sostegno ai minori e alle famiglie, tramite la realizzazione di progettualità in connessione con i territori, le scuole e i servizi sociali. Le due cooperative, con alle spalle una storia di cooperazione riconosciuta, hanno visto nell'aggregazione la concreta opportunità di **rispondere al meglio alla complessità dei bisogni sociali emergenti**. Il risultato della fusione è, dunque, un nuovo soggetto che amplifica le potenzialità, mantenendo la **qualità consolidata**, promuovendo un cambiamento in grado di generare slancio e innovazione.

Pratica è il completamento e l'integrazione tra più aree, ma è anche l'incontro tra due realtà che apre a nuove possibilità. Nel corso del 2023 Pratica ha assorbito il CEMP Consultorio Familiare e le sue attività.

VISIONE

L'incontro con il territorio e le persone permettono a Pratica di restituire la propria esperienza in forma di sapere e di metterla a disposizione della collettività.

Un'impresa sociale capace di parlare al territorio, intercettandone bisogni e risorse, aprendosi al coinvolgimento per operare cambiamento e sviluppo di comunità, perseguendo la promozione umana dei propri utenti / clienti / committenti, attraverso la partecipazione sociale dei cittadini. Una rete, legata ad altre reti, i cui soggetti sono inclusi e sostenuti, in una logica di pari opportunità.

Pratica realizza la cura dei progetti in favore delle persone in coerenza con la propria missione, la verifica e la valutazione degli interventi e dei ruoli, la trasparenza dei processi decisionali, la

partecipazione dei soci all'impresa e la tutela delle risorse umane. Gli aspetti che Pratica considera fondamentali sono: apertura all'innovazione, evidenziazione delle competenze e delle attitudini delle persone, il patrimonio delle relazioni instaurate con i territori. Pratica offre risposte diversificate ai bisogni e alle esigenze emergenti, azioni di supporto e di accompagnamento, percorsi di crescita, progettazione di attività finalizzate a riscoprire e a rafforzare le capacità personali, relazionali, sociali e territoriali. A tal fine, **Pratica propone servizi in campo socio-educativo, socio-assistenziale, socio-sanitario, culturale e formativo** volti alla presa in carico di diverse *fragilità*, con la prospettiva di una migliore qualità di vita.

IDEE, VALORI ED ETICA

L'assunzione personale di responsabilità è sia nell'attività imprenditoriale sia nella testimonianza di comportamenti coerenti con idee e valori

- la **democrazia partecipativa** attraverso un'organizzazione, un governo e una gestione delle scelte basata sul confronto
- l'**etica della solidarietà** a riferimento delle azioni e dei comportamenti dei singoli e delle organizzazioni e quale elemento di valutazione dell'attività imprenditoriale
- il **pluralismo** e il **riconoscimento della diversità come risorsa** attraverso il rispetto e la valorizzazione delle idee e delle esperienze individuali e collettive

A partire da questi valori e dalla connotazione etica che essi danno all'impresa Cooperativa, Pratica ha rintracciato e assunto come punti di riferimento una serie di valori "interni", che attengono alle modalità attraverso le quali la Cooperativa agisce e rende concreta e operativa la propria mission, interpretandone le idealità:

- l'**attenzione alle relazioni**, alla dimensione umana dei ruoli all'interno dell'organizzazione
- la **valorizzazione delle competenze interne** nel governare la crescita e lo sviluppo del sistema Cooperativa
- l'**evoluzione** del sistema Cooperativa assunta come **processo** di per sé **fondamentale**, come trasformazione e ridefinizione continua e consapevole
- la connotazione del **rispetto** come **consapevolezza** della **multidimensionalità dei rapporti** esistenti all'interno e all'esterno dell'organizzazione
- la **partecipazione** come **assunzione di responsabilità individuale** e come presidio della comunicazione
- la **differenza** delle esperienze e delle "storie" di ognuno, la specificità degli approcci, la peculiarità di stili e modalità come **ricchezza** da valorizzare

Pratica ha una vocazione territoriale. La territorialità è, per noi, la capacità di interagire con i luoghi e le persone e di leggere il cambiamento. E' la presenza attiva e propositiva nei contesti che attraversiamo con i nostri progetti e nostri servizi.

Per questo riteniamo fondamentale:

- Promuovere il lavoro di rete e la coprogettazione con gli Enti territoriali, nell'ottica di creare sinergie e collaborazioni utili a offrire interventi qualitativamente significativi al territorio
- Progettare e proporre servizi in continuità ed integrazione con progetti già avviati, per garantire una risposta efficace ai bisogni che naturalmente evolvono e che sono testimoni di un processo educativo che si trasforma e che necessita di nuove risorse da attivare.

La flessibilità e la costante rivisitazione/modulazione rappresentano la specificità principale del nostro modo di fare progettazione.

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	6	37	12

Ad oggi la Cooperativa gestisce una serie di Servizi socio-educativi e socio-sanitari, in convenzione e/o in accreditamento con il Comune di Milano e con altri Comuni e con le AST, rivolti alla cura e all'educazione di persone portatrici di disabilità mentale, di minori e, in generale, di persone con diversi gradi di fragilità personale e sociale. La Cooperativa Pratica opera, insieme ad altre cooperative, all'interno del Consorzio SiR.

Nello specifico ad oggi la Cooperativa Pratica gestisce i seguenti Servizi:

SERVIZI CERTIFICATI

- **Centro Diurno per persone con disabilità CDD "Monviso" e "Mantegazza"**, per soggetti con disabilità intellettivo-relazionale grave; propongono progetti personalizzati e realizza interventi educativi mirati in orario diurno. I Servizi sono convenzionati, attraverso il Consorzio SiR, con il Comune di Milano. Sedi: via Monviso 10/8 e via Mantegazza 4, Milano.
- **Comunità Socio Sanitaria CSS "Fusinato", "Casa Lainate"**. La CSS "Fusinato" per soggetti con disabilità intellettivo-relazionale medio/lieve e buona autonomia; propone progetti personalizzati e realizza interventi educativi mirati. Ospita 7 persone in regime di residenzialità. Sede: via Fusinato 2, Milano. La CSS "Casa Lainate" per soggetti con disabilità intellettivo-relazionale media e sufficiente autonomia; propone progetti personalizzati e realizza interventi educativi mirati. Ospita 9 persone in regime di residenzialità. Sede: viale Rimembranze 5862, Lainate.
- **Appartamenti Protetti**: per soggetti con disabilità intellettivo- relazionale medio-lieve e buona autonomia; propongono progetti personalizzati e realizzano interventi educativi mirati di supporto al progetto di vita adulta e autonoma dei soggetti coinvolti, all'interno di appartamenti privati (degli utenti o delle loro famiglie) o di appartamenti gestiti direttamente dalla Cooperativa. Le sedi si trovano in via Saponaro 4, in via Emilio Bianchi 6/B e in via degli Umiliati 8 a Milano.
- **Servizio di Assistenza Domiciliare ADF**, rivolto 1) ad adulti con disabilità psichica, fisica o mista (ad esclusione di adulti tossicodipendenti e/o portatori di patologie psichiatriche od infettive), con patologie e problematiche di tipo sanitario o in condizioni di fragilità in età compresa tra i 0 ed i 60 anni e/o con disabilità certificata con percentuale tra il 46% ed il 100% e 2) a minori da 0 ai 18 anni che presentano situazioni di disagio familiare e/o sociale, difficoltà legate alla presenza di disabilità, disadattamento scolastico, rischio di devianza ed emarginazione, ed alle loro famiglie.. La sede è in via Principe Eugenio 22 a Milano.
- **Servizio di Formazione all'Autonomia SFA**, per soggetti con disabilità intellettivo- relazionale medio-lieve e buona autonomia; propone progetti personalizzati e realizza interventi educativi mirati di supporto al progetto di vita adulta e autonoma dei soggetti coinvolti. La sede si trova all'interno di Villapizzone a Milano.

Servizi non certificati

- Spazio Neutro
- Progetto CAOS
- Progetto Giovani GAPS
- Sostegno alla genitorialità
- Supporto Educativo Scolastico

- Servizio Vacanze e Tempo Libero
- Segretariato Sociale
- Progetti territoriali e di inclusione sociale
- Formazione e Consulenza
- CEMP Consultorio Familiare

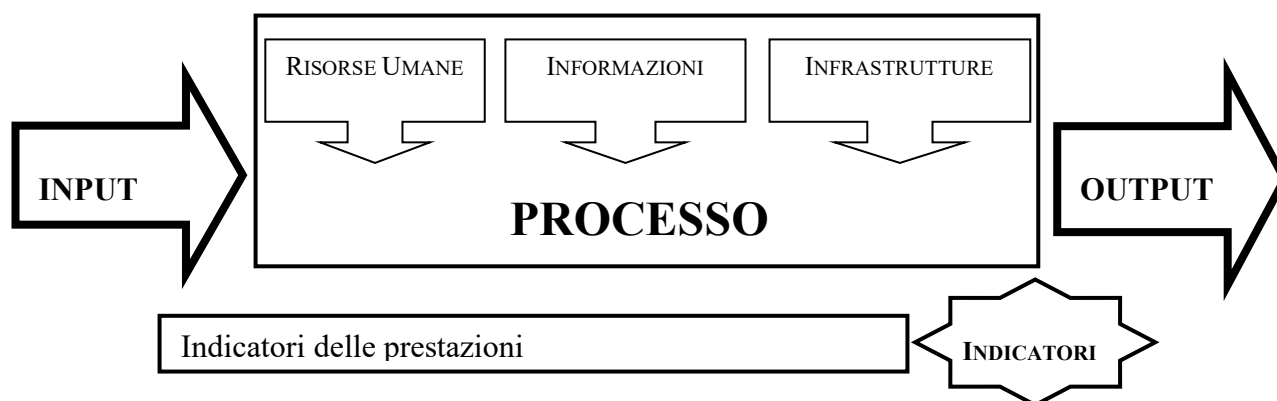
0.2 Principi di gestione per la qualità

In coerenza con quanto definito dalla norma di riferimento, Pratica mette a fondamento del proprio Sistema di Gestione per la Qualità i seguenti principi:

- la focalizzazione sul cliente
- la leadership
- la partecipazione attiva delle persone
- l'approccio per processi
- il miglioramento
- il processo decisionale basato sulle evidenze
- la gestione delle relazioni

0.3 Approccio per processi

Pratica approccia le proprie attività attraverso la gestione per processi. In generale ogni processo può essere rappresentato come segue



I processi sono i “mezzi” che consentono di ottenere i risultati e conseguentemente la soddisfazione dei propri Clienti. La capacità di Pratica di gestire i propri processi in modo tale da realizzare risultati eccellenti dipende da molti fattori: l'ambiente, la cultura, i valori, i comportamenti, il sistema organizzativo, il ruolo della direzione, le risorse umane e le infrastrutture organizzative.

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	8	37	12

Pratica ha individuato i seguenti processi:

- Progettazione e Sviluppo Servizi
- Produzione ed Erogazione Servizi
- Gestione delle Risorse
- Processo di pianificazione e controllo

Processi complementari per favorire un miglioramento continuo sono:

- Gestione della Documentazione
- Approvvigionamento
- Miglioramento

Pratica assicura il monitoraggio, l'analisi e, ove possibile, la misurazione dei propri processi. Pratica non affida alcun processo, che abbia effetto sulla conformità dei servizi erogati, in outsourcing esterno a terzi.

Pratica, nel gestire in maniera controllata i propri processi principali e di supporto, fa riferimento al ciclo PDCA:

PLAN – stabilire gli obiettivi ed i processi necessari per fornire i risultati attesi

DO – implementare e monitorare ciò che si è pianificato

CHECK – monitorare e misurare i processi ed i risultati confrontandoli con le politiche, gli obiettivi ed requisiti riportando i risultati ottenuti

ACT – agire per migliorare le performance dei processi

Pratica, nel costruire e nell'implementare il proprio Sistema di Gestione per la Qualità, ha adottato un orientamento *risk-based thinking*: Pratica, nel pianificare il sistema di gestione, considera i fattori interni ed esterni rilevanti rispetto alle sue finalità e alla sua direzione strategica e i pertinenti requisiti delle parti interessate e

- determina i rischi e le opportunità che è necessario affrontare per fornire assicurazione che il sistema di gestione possa conseguire gli esiti previsti, prevenire o ridurre gli effetti indesiderati, conseguire il miglioramento continuo
- definisce e mette in pratica le azioni per affrontare questi rischi e opportunità e le modalità per integrare e attuare le azioni nei processi del proprio sistema di gestione e per valutare l'efficacia di tali azioni

0.4 Relazione con altre norme

Il SGQ di Pratica è stato elaborato e implementato anche per garantire la compliance normativa dell'organizzazione con tutte le norme di settore applicabili, la legislazione sul terzo settore e la cooperazione sociale, le normative nazionali sulla salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro, l'HACCP, la Legge Biagi 30/03, il Regolamento Europeo 679/16 e il D.Lgs. 196/03 così come modificato dal D.Lgs. 101/18 sulla Privacy, il MOG ai sensi della Legge 231, le leggi su trasparenza e anticorruzione, la Riforma del Terzo Settore e le normative regionali sugli accreditamenti.

1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

1.1 Generalità

Il presente Manuale descrive come la Direzione di Pratica opera per assicurare, mantenere e migliorare l'efficacia del proprio Sistema Qualità, mirata al soddisfacimento delle esigenze dei Clienti e dell'organizzazione stessa, mediante l'applicazione efficace del Sistema di Gestione per la Qualità secondo i requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2015.

Inoltre, illustra la struttura organizzativa e decisionale, con la finalità di focalizzare le aree di autonomia e di autorità di ciascun componente della struttura stessa, in modo da razionalizzare i compiti, le attività di interfaccia e consentire, attraverso la definizione delle responsabilità, un corretto impegno dei partecipanti finalizzato ad assolvere, perseguire e migliorare gli obiettivi dell'organizzazione.

1.2 Applicazione

Il Sistema Qualità descritto in questo Manuale interessa il seguente campo applicativo:

PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIOSANITARI, SOCIOEDUCATIVI ED ASSISTENZIALI PER PERSONE CON DISABILITÀ IN REGIME RESIDENZIALE, SEMI-RESIDENZIALE, DIURNO E DOMICILIARE E PER ANZIANI, MINORI E FAMIGLIE IN REGIME DOMICILIARE.

Pratica non dichiara la presenza di punti Non Applicabili.

2 RIFERIMENTI NORMATIVI

2.1 Generalità

Pratica ha sviluppato il proprio sistema Qualità in accordo con il modello **UNI EN ISO 9000:2015**. L'orientamento alla Qualità coinvolge in un processo di miglioramento l'intera organizzazione allo scopo di migliorarne l'efficienza e l'efficacia per la soddisfazione del Cliente inteso sia come cliente esterno che interno all'organizzazione.

Pratica ha definito il proprio sistema di gestione per la Qualità come mezzo strategico:

- **Per soddisfare** la Politica della Qualità e gli obiettivi specificati
- **Per garantire** ai propri clienti/utenti che i propri servizi siano in grado di soddisfare le loro esigenze nel rispetto delle normative e leggi applicabili e di produrre il massimo beneficio
- **Per consolidare** la tendenza ad intervenire sulle cause dei problemi anziché limitarsi, dopo che gli effetti sono stati rilevati, alla loro risoluzione

La Qualità intrinseca dei servizi offerti rappresenta pertanto un importante fattore strategico e deve essere considerata una parte integrante degli stessi e derivante dal modo in cui si lavora. Orientare operativamente Pratica verso una logica della Qualità comporta un cambiamento complesso ma indispensabile per rimanere competitivi: lo sviluppo della "Cultura della Qualità" non può che fondarsi sulla risorsa umana quale interprete e nello stesso tempo destinataria di tale cambiamento.

I destinatari a cui si rivolge questo documento sono:

- il personale di Pratica
- il Consiglio di Amministrazione, la Presidenza e la Direzione
- i clienti/utenti e i fornitori/collaboratori di Pratica

Questo manuale si propone di dare a ciascuno di essi le informazioni necessarie nella forma più accessibile: sono quindi incluse le procedure (o i riferimenti) particolarmente rilevanti al fine di una conduzione dell'organizzazione per la Qualità.

A tutto il personale di Pratica il Manuale si propone di illustrare le strategie ed i principi ispiratori del sistema, i meccanismi operativi adottati e le strutture organizzative coinvolte, le metodologie e gli strumenti.

Al CdA, alla Presidenza e alla Direzione il Manuale offre l'evidenza dell'architettura del Sistema e i riferimenti necessari alla sua gestione

Ai Clienti il manuale vuole fare conoscere quali risorse, quali competenze e quali iniziative vengono messe in atto per garantire la massima soddisfazione e livelli di eccellenza dei servizi forniti.

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	11	37	12

Qualora si scelga di affidare all'esterno processi, o parte di essi, che abbiano effetti sulla conformità del servizio rispetto ai requisiti, ne viene assicurato il controllo; nell'ambito del sistema di gestione per la Qualità sono definite le modalità per tenere sotto controllo tali processi affidati all'esterno.

2.2 Norme tecniche e norme cogenti di legge

I modelli considerati per la definizione del Sistema di Gestione per la Qualità sono i seguenti:

- UNI EN ISO 9000/2015 Fondamenti e terminologia
- UNI EN ISO 9001/2015 Requisiti riguardanti la conduzione aziendale per la Qualità e la gestione della Qualità
- UNI EN ISO 9004/2018 Linee guida per il miglioramento continuo
- UNI EN ISO 19011/2018 Linee guida per le attività di audit
- I regolamenti dell'Ente di Certificazione

La Direzione recepisce e attua, dove applicabili, i contenuti delle norme, assegnando alle funzioni interne compiti e responsabilità per la parte applicativa e gestionale.

Le attività dell'organizzazione sono soggette a regolamentazioni dettate da norme e disposizioni legislative, inerenti l'erogazione dei servizi, la disciplina delle onlus e delle forme contrattuali del lavoro, le norme in materia di sicurezza, tutela della privacy e ogni eventuale altra disposizione legislativa che abbia impatto sulle attività de Pratica. La documentazione di riferimento viene conservata a cura del DG, che ne garantisce il relativo aggiornamento e la diffusione, come definito in apposita procedura.

3 TERMINI E DEFINIZIONI

3.1 Termini e definizioni

Si recepiscono tutte le definizioni fornite dalla UNI EN ISO 9000:2015 “Sistemi di gestione per la Qualità – Fondamenti e Terminologia”. Nella catena di erogazione del servizio:

FORNITORE - ORGANIZZAZIONE - CLIENTE

Pratica attribuisce:

- il termine **fornitore**: ai fornitori di servizi (ad es. figure professionali che erogano consulenze, formazione, assistenza...) ed ai fornitori di prodotti
- il termine **organizzazione**: all'organizzazione stessa
- il termine **utente/cliente**: alle persone che usufruiscono dei servizi erogati da Pratica e il termine **cliente** alle famiglie degli utenti e agli Enti committenti

Per quanto riguarda alcuni termini specifici, utilizzati correntemente nelle prassi operative, si è ritenuto opportuno fornire una loro precisazione di significato nell'ambito dello stesso documento in cui vengono riportati.

3.2 Sigle e abbreviazioni

Nel testo sono ricorrenti le seguenti abbreviazioni:

FUNZIONE/DESCRIZIONE	ABBREVIAZIONE
PRESIDENTE	PR
CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	CdA
DIRETTORE GENERALE	DG
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	RAMM
DIREZIONE SANITARIA	DS
RESPONSABILE RISORSE UMANE	RARU
RESPONSABILE PROGETTAZIONE E SVILUPPO	RAPS
RESPONSABILE AREA INNOVAZIONE	RAI
RESPONSABILE AREA SERVIZIO/PROGETTO	RASP
COORDINATORE	CS
REFERENTE GESTIONALE	RG
FUNZIONE AZIENDALE RESPONSABILE DI PROCESSO	FA
RESPONSABILE GESTIONE QUALITA'	RGQ
GRUPPO AUDIT INTERNO	GAI
RESPONSABILE AUDIT INTERNO	RGAI

4 CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

4.1 L'organizzazione e il suo contesto

Le realtà non profit costituiscono oggi (ed ancor di più domani) una risorsa fondamentale per dare risposta ai bisogni emergenti delle comunità. La crisi del Welfare State ha costretto i governi nazionali e le autorità locali a rivedere priorità e modalità di erogazione dei servizi sociali, avviando così una riflessione sul come favorire l'organizzazione di una rinnovata responsabilità condivisa, che riesca a soddisfare domande e bisogni. Si cerca oggi di dare ruolo sempre maggiore agli stakeholders, più che agli shareholders.

Pratica ha analizzato il contesto nel quale opera l'organizzazione, valutando e aggiornando periodicamente l'insieme dei fattori interni ed esterni rilevanti per le sue finalità e che influenzano la sua capacità di raggiungere gli esiti attesi.

Tra i fattori interni presi in esame si possono citare ad esempio:

- le linee di indirizzo e i piani strategici
- i valori interni e il livello di condivisione
- gli assetti organizzativi
- i sistemi contrattuali
- livelli di competenze e know-how
- indici economici e finanziari
- procedure interne e istruzioni operative
- comunicazione interna
- clima e ambiente di lavoro

Tra i fattori esterni presi in esame si possono citare ad esempio:

- la normativa di settore applicabile
- vincoli e compliance normativa (sicurezza, privacy, 231, HACCP, accreditamenti, convenzioni...)
- politiche sociali e di welfare
- evoluzione del mercato di riferimento
- dibattito culturale e scientifico

Tali fattori costituiscono rischi e opportunità per l'organizzazione; per ognuno di essi viene effettuata una valutazione e vengono definite le procedure e le attività necessarie per la loro mitigazione o per la loro gestione.

4.2 Esigenze e aspettative delle parti interessate

La mappa del sistema di relazioni degli stakeholder con Pratica è stata costruita sulla base dell'intensità della vicinanza valoriale, organizzativa, politica, imprenditoriale o economica del

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	14	37	12

singolo portatore d'interesse. Da sempre, oltre agli stakeholder interni, il nostro impegno è quello di sviluppare rapporti di comunicazione e di collaborazione sempre più significativi con l'insieme dei nostri portatori d'interesse. La nostra intenzione è quella di verificare la coerenza tra la mission di Pratica, gli impegni assunti nei confronti dei diversi portatori di interessi e le conseguenze delle attività sulla loro qualità della vita. Fondamentale per noi è rendicontare la capacità di Pratica di perseguire la sua mission, ovvero di rispondere tramite attività, servizi e interventi ai bisogni della collettività, alle reali esigenze delle comunità e del territorio.

Assemblea Soci

L'Assemblea dei soci è l'organo supremo di governo della Cooperativa, ne definisce le linee di sviluppo e gli orientamenti strategici. Per Coop. Pratica la cooperazione sociale è un valore, oltre che uno strumento organizzativo e imprenditoriale, che promuove la democrazia interna e la partecipazione dei soci, garantendo una costante informazione e un reale e fattivo coinvolgimento nei processi decisionali.

Soci lavoratori

La maggioranza dell'AdS è composto da soci lavoratori, operatori che hanno scelto liberamente di aderire al progetto cooperativo di Coop. Pratica, ai quali è garantito il rispetto del CCNL, ai quali sono riservate le posizioni di coordinamento e responsabilità all'interno della struttura organizzativa, che partecipano al ritorno, sui quali la cooperativa investe in termini di crescita e valorizzazione professionale.

Dipendenti e Collaboratori

La qualità dei servizi che Coop. Pratica propone dipendono in buona sostanza dalla qualità degli operatori coinvolti. Pratica ricerca le migliori risorse professionali a cui chiede impegno, senso di responsabilità e investimento personale, offre assunzione con contratto a tempo indeterminato dopo il periodo di inserimento e garantisce percorsi di crescita professionale, formazione e supervisione.

Clienti/Committenti

Aziende ed enti pubblici e privati hanno scelto Coop. Pratica per la realizzazione di interventi e la prestazione di servizi. La Cooperativa propone nell'erogazione dei propri servizi la condivisione della responsabilità sociale e la co-progettazione come basi per la costruzione di relazioni di fiducia sul territorio.

Reti Cooperative

Cooperativa Pratica aderisce a ConfCooperative-Federsolidarietà di cui promuove il Codice Etico; ha scelto il modello d'impresa proposto dal Consorzio nazionale CGM. Pratica aderisce a Consorzio SiR e a CGM Finance.

Partner

Cooperativa Pratica promuove partnership, collaborazioni e associazioni temporanee d'impresa e di scopo con altre Cooperative e Consorzi della rete, per favorire azioni sinergiche, aumentare la forza imprenditoriale dei progetti, promuovere lo scambio di idee, metodologie, strumenti e risorse.

Fornitori

Cooperativa Pratica gestisce il rapporto con i fornitori secondo le procedure previste dalla Certificazione ISO; in particolare si presta molta attenzione alla selezione dei fornitori di prodotti e servizi che hanno una diretta ricaduta sugli ospiti delle strutture.

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	15	37	12

Territorio

Cooperativa Pratica si propone sul territorio come organizzazione impegnata nella difesa e nella promozione dei diritti delle persone. Collabora con tutte le agenzie socio-sanitario-educative, le associazioni, le realtà della comunità locale.

4.3 Campo di applicazione

I fattori interni ed esterni, i requisiti delle parti interessate e i servizi offerti e gestiti da Pratica hanno determinato il campo d'applicazione per il Sistema di Gestione per la Qualità.

Come già definito il campo d'applicazione è il seguente:

PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI SOCIOSANITARI, SOCIOEDUCATIVI ED ASSISTENZIALI PER PERSONE CON DISABILITÀ IN REGIME RESIDENZIALE, SEMI-RESIDENZIALE, DIURNO E DOMICILIARE E PER ANZIANI, MINORI E FAMIGLIE IN REGIME DOMICILIARE.

4.4 Sistema di Gestione per la Qualità

Pratica ha predisposto un sistema documentato di gestione per la qualità in accordo ai requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2015. Il Sistema Qualità è strutturato in modo tale da assicurare un'efficace ed efficiente conduzione delle attività direttamente o indirettamente connesse alla qualità del servizio erogato, attraverso:

- la determinazione dei processi necessari per il sistema di gestione per la qualità e la loro applicazione nell'ambito di tutta l'organizzazione;
- la determinazione della sequenza ed interazione dei processi;
- la determinazione dei criteri ed i metodi necessari per assicurare che il funzionamento ed il controllo di questi processi siano efficaci;
- la disponibilità delle risorse e delle informazioni necessarie per supportare il funzionamento ed il monitoraggio di questi processi;
- il monitoraggio e la misura ove applicabile e l'analisi di questi processi;
- l'attuazione delle azioni necessarie per conseguire i risultati pianificati ed il miglioramento continuo.

In particolare i principali processi aziendali sono i seguenti:

- Progettazione e Sviluppo Servizi: progettazione, riprogettazione, innovazione, sviluppo
- Produzione ed Erogazione Servizi: controllo della produzione
- Gestione delle Risorse: selezione, valutazione, formazione e addestramento
- Processo Direzionale: pianificazione e controllo strategico
- Gestione della Documentazione: informazioni documentate
- Approvvigionamento: controllo forniture
- Miglioramento: indicatori, analisi dati, audit interni, NC e reclami, azioni correttive

5 LEADERSHIP

5.1 Leadership e impegno

Il Direttore, con la collaborazione e sotto il controllo del CdA, è impegnato a:

- creare e mantenere la consapevolezza circa l'importanza di soddisfare i requisiti dei clienti
- stabilire la politica per la Qualità, gli obiettivi e le relative pianificazioni
- promuovere l'utilizzo dell'approccio per processi e del risk-based thinking
- stabilire e sostenere il sistema di gestione per la Qualità
- eseguire i riesami del sistema
- garantire la disponibilità delle risorse
- vigilare sul rispetto degli obblighi normativi e di legge
- lavorare per il miglioramento continuo di tutta l'attività

La Direzione assicura una chiara definizione dei requisiti e delle esigenze dei clienti, traducendole in documenti operativi in modo che siano comprese da tutta l'Organizzazione. Inoltre assicura che questa tenga conto delle normative e delle disposizioni di legge cogenti.

Per assicurare una corretta e funzionale comunicazione con i diversi clienti e per garantire la trasparenza e la correttezza nell'erogazione dei servizi, l'organizzazione ha redatto e aggiorna costantemente le Carte dei Servizi.

5.2 Politica

Il CdA con la collaborazione del DG, stabilisce la Politica per la Qualità e ne garantisce l'attuazione tramite un documento che viene revisionato almeno annualmente; la Politica:

- definisce le esigenze dell'Organizzazione e quelle dei clienti
- dimostra l'impegno di attuare un miglioramento continuo
- rappresenta il punto di riferimento per stabilire e verificare gli obiettivi per la Qualità
- definisce gli obiettivi per la Qualità
- definisce gli indicatori per il monitoraggio dei processi
- viene diffuso, compreso, attuato dall'Organizzazione
- viene riesaminato almeno annualmente per verificare la continua adeguatezza in occasione del "Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità " da parte del DG, che la sottopone all'approvazione del CdA

5.3 Ruoli, responsabilità e autorità

Il DG, in collaborazione e sotto il controllo del CdA, ha definito le responsabilità e le autorità per le varie attività rendendole note nell'ambito dell'organizzazione tramite la diffusione del presente manuale e dell'organigramma. Pratica ha inoltre provveduto a definire il mandato, le responsabilità e le funzioni per ogni ruolo manageriale e operativo.

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	17	37	12

Pratica si è data una struttura organizzativa e Generale, definendo i ruoli e le funzioni necessarie ad una efficace ed efficiente gestione dei propri processi.

I responsabili di ogni funzione hanno l'autorità e la delega per:

- fare applicare le procedure per le attività di propria competenza
- promuovere azioni per prevenire possibili Non Conformità
- identificare e segnalare le Non Conformità
- collaborare con le altre funzioni per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti
- informare il Resp. Gestione Sistema Qualità sullo stato di applicazione e di efficacia del SGQ

Si riportano schematicamente le responsabilità delle figure coinvolte:

● ASSEMBLEA SOCI

L'Assemblea dei Soci è costituita da tutti i soci della Cooperativa ed è il massimo organismo della Cooperativa. È l'organo che guida e delinea la visione, la missione e gli orientamenti strategici, al quale sono soggetti tutti gli altri organismi, sia politici che operativi. Elege i membri del Consiglio d'Amministrazione (CdA). Inoltre:

- definisce le linee direttive della politica gestionale e del Piano d'Impresa
- modifica e approva i regolamenti interni
- approva il Piano d'Impresa e la Politica per la Qualità

● CdA

Il CdA è l'organo attraverso il quale si concretizzano le strategie della Cooperativa, mediante l'organizzazione e l'allocatione delle sue risorse umane, economiche, finanziarie ed immobiliari. Ne sono membri gli amministratori eletti dall'Assemblea dei Soci. Le sue riunioni sono verbalizzate. Inoltre:

- imposta la politica strategica della Cooperativa sia per il business sia per la Qualità
- definisce gli obiettivi strategici di medio periodo
- elegge il Presidente ed il Vice-Presidente
- nomina il Direttore Generale
- nomina gli eventuali Consiglieri Delegati
- approva la nomina e la revoca dei Responsabili di Area e dei Coordinatori
- approva e firma il bilancio di previsione ed il bilancio economico
- approva l'annuale Piano di Formazione
- valuta e decide adesioni ad organismi federali e similari
- autorizza gli acquisti economicamente e/o strategicamente rilevanti
- approva il Bilancio Sociale e le Carte dei Servizi
- emette e aggiorna, su proposta e in collaborazione con l'OdV, il MOG 231 e il Codice Etico

● PRESIDENTE PR

Il Presidente è il legale rappresentante della Cooperativa. Ha la responsabilità della Cooperativa e, in quanto tale, risponde delle azioni della stessa in sede civile e penale, nella misura prevista dalla legislazione vigente. È eletto dal CdA. Ha i seguenti compiti:

- presiede e convoca le sedute del Consiglio di Amministrazione

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	18	37	12

- come Responsabile legale della Cooperativa ha la responsabilità per la firma dei contratti e degli acquisti; può delegare parte dei suoi poteri di firma
- verifica, d'intesa con il CdA e il Direttore Generale, il piano Strategico d'Impresa, la Politica della Qualità, e approva il Bilancio Sociale e la Carta dei Servizi
- è il Titolare del Trattamento dei dati e presidia la compliance in tema di Privacy
- rappresenta la Cooperativa nelle sedi istituzionali e politiche e cura i rapporti con:
 - gli enti e le organizzazioni istituzionali e del territorio
 - i media
 - la rete consortile

● DIRETTORE GENERALE DG

Il Direttore Generale è la massima autorità operativa della Cooperativa. Egli viene nominato dal CdA e ha la funzione di responsabile operativo generale dell'organizzazione nel suo complesso. Rende esecutive le delibere del CdA nell'ambito del Piano Strategico della Cooperativa, attraverso il Coordinamento generale dei Responsabili d'Area, concordando con essi obiettivi, scadenze e modalità. Mediante il controllo di gestione dell'organizzazione verifica che l'allocazione delle risorse sia adeguato alle necessità dei servizi. Nell'espletamento delle sue attività:

- convoca il Coordinamento generale dei Responsabili d'Area
- concorda con i Responsabili d'Area obiettivi, scadenze e modalità
- valuta i risultati raggiunti dai Responsabili d'Area
- pianifica in collaborazione con i Responsabili della Gestione delle Risorse Umane e della Formazione, la formazione del personale
- relaziona annualmente al CdA circa l'andamento complessivo della Cooperativa
- predispone il bilancio economico preventivo e consuntivo della Cooperativa
- presidia gli strumenti per il controllo di gestione
- informa per iscritto il Presidente di ogni iniziativa straordinaria non deliberata
- è responsabile della comunicazione interna
- è responsabile dell'aggiornamento delle leggi di riferimento
- vista tutta la corrispondenza in entrata della sede legale ed amministrativa della Cooperativa
- è responsabile per l'attuazione del Piano Strategico d'Impresa
- emette la Politica per la Qualità e l'Organigramma
- verifica il Manuale della Qualità, il Bilancio Sociale, le Carte dei Servizi
- riesamina i Progetti di Servizio e i Progetti innovativi

● REFERENTI PER LE AREE

I Referenti per le Aree rappresentano l'area dirigenziale tecnico/operativa della Cooperativa e sono coordinati e diretti dal Direttore Generale in Coordinamento generale, convocato almeno 4 volte l'anno. Essi sono responsabili delle funzioni subordinate di pertinenza. Ogni Referente ha i seguenti compiti:

- supportare il Direttore Generale nella gestione dei processi aziendali
- pianificare concordemente con i responsabili delle Funzioni subordinate gli obiettivi da raggiungere e verificarne il conseguimento a cadenze prestabilite
- controllare la gestione dei budget assegnati ad ogni singola funzione subordinata

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	19	37	12

- predisporre i consuntivi e i previsionali economici dell'Area di competenza su richiesta del Direttore Generale
- prendersi cura delle Funzioni subordinate in collaborazione con i referenti per le Risorse Umane; collaborare alle politiche per il supporto e la formazione del personale
- collaborare attivamente con i Referenti Area Qualità e il Direttore Generale, coinvolgendo anche le Funzioni subordinate, per applicare e monitorare il Sistema di Gestione Qualità e per programmare e implementare azioni specifiche di miglioramento, per elaborare e redigere il Bilancio Sociale e le Carte dei Servizi.

I Referenti per le Aree, in accordo con il Piano d'Impresa e secondo le linee stabilite dall'Assemblea Soci, rispondono operativamente al Direttore e politicamente al CdA. Le attività delle Aree sono programmate in Piani annuali, verificati dal Direttore e approvati dal CdA. Semestralmente i Referenti presentano un report della propria attività, verificato da DR e dal CdA.

Responsabile sicurezza RSPP

- verifica la corretta applicazione di quanto previsto dal D.L.81/2008 in materia di Sicurezza
- emette un documento in cui si analizzano e si valutano i rischi legati alle strutture e ai processi di produzione
- suggerisce gli interventi necessari nei termini di adeguamento delle strutture, di strumenti e dotazioni per la sicurezza, di formazione per il personale

Responsabile Gestione Sistema Qualità RGQ

- assicura il raggiungimento, il mantenimento ed il miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità
- elabora, aggiorna e distribuisce il Manuale, le Procedure e le Istruzioni interne sulla base di quanto definito dalla Direzione
- pianifica, coordina e attua gli Audit Interni
- gestisce il processo di individuazione delle Non Conformità sia interne che esterne e collabora alla definizione delle misure necessarie alla loro eliminazione
- collabora all'individuazione delle cause delle Non Conformità ed alla definizione delle Azioni Correttive e preventive da intraprendere, verificandone l'efficacia
- predisporre la documentazione per il Riesame della Direzione
- suggerisce le azioni formative necessarie per il personale
- mantiene i rapporti con l'Organismo di Certificazione

Responsabile Privacy

- redige e aggiorna il Documento Gestione Privacy e il Registro dei trattamenti
- è responsabile dell'attuazione delle misure minime di sicurezza per i trattamento dei dati

Coordinatore di Servizio

- coordina l'unità operativa rispetto agli aspetti organizzativi e gestionali, d'intesa con la Direzione
- coordina l'attività dell'unità in riferimento agli aspetti educativi, socio-sanitari ed socio-assistenziali
- mantiene i rapporti con le famiglie e con gli interlocutori del territorio
- coordina l'équipe degli operatori dell'unità
- è responsabile per la documentazione del Servizio

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	20	37	12

- gestisce gli incontri con gli Enti di controllo, sorveglianza e accreditamento
- partecipa ad incontri di confronto con gli altri coordinatori
- può essere invitato a partecipare, su sollecitazione della Direzione, sia al confronto che all'operatività con altre figure professionali
- può essere nominato temporaneamente dalla Direzione al coordinamento di specifico progetto /attività di progetto

Educatori

- in equipe, in collaborazione con le diverse figure professionali, progettano, pianificano e svolgono l'attività educativa, sotto la direzione del Coordinatore del servizio di riferimento, a cui rispondono
- stendono i progetti educativi, sia in relazione alle attività che ai singoli progetti
- coordinano lo svolgimento delle attività
- stendono le valutazioni e le verifiche previste
- gestiscono d'intesa con il Coordinatore, i rapporti con le famiglie e i referenti territoriali coinvolti
- sono responsabili, per gli utenti di riferimento, della redazione, aggiornamento e archiviazione della Cartella Utente
- svolgono attività di tutoring nell'inserimento di nuovi operatori e/o tirocinanti
- possono essere nominati temporaneamente dalla Direzione al coordinamento di specifico progetto /attività di progetto

Operatori Socio-Sanitari e Ausiliari Socio-Assistenziali

- si occupano della cura, dell'assistenza di base e dell'igiene sia dell'utente che dell'ambiente in cui l'utente viene accolto
- in particolare gli OSS si occupano degli aspetti sanitari di base, nonché degli accompagnamenti sanitari
- sviluppano relazioni educative con gli utenti, in relazione al proprio ruolo e in accordo con le linee progettuali
- contribuiscono alla stesura dei progetti e alle attività di valutazione e di verifica
- partecipano alle attività previste e gestiscono attività autonomamente, in conformità a quanto previsto dai progetti
- relazionano sulle attività di loro competenza al Coordinatore
- mantengono i rapporti con le famiglie, per gli aspetti di loro competenza
- possono essere chiamati temporaneamente dalla Direzione a partecipare all'elaborazione di specifico progetto /attività di progetto

6 PIANIFICAZIONE

6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità

La Direzione di Pratica ha definito ai pertinenti livelli organizzativi e/o funzioni obiettivi per la qualità che risultano misurabili e coerenti con la Politica per la qualità.

Assicura inoltre che:

- il sistema di gestione per la qualità possa conseguire i risultati attesi;
- accresca gli effetti desiderati e prevenga / riduca quelli indesiderati;
- consegua il miglioramento;
- la pianificazione del sistema di gestione sia condotta in modo conforme ai punti della norma di riferimento e agli obiettivi per la qualità
- la pianificazione delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità sono proporzionate all'impatto potenziale sulla conformità di prodotti e servizi.

Pratica ha stabilito dei livelli di rischio in termini di capacità dell'organizzazione nel raggiungere gli obiettivi prefissati. Il risk-based thinking è un orientamento utilizzato per stabilire, implementare, mantenere e migliorare continuamente il Sistema di Gestione per la Qualità, monitorando le conseguenze sui processi, prodotti, servizi e non conformità di sistema.

L'elaborazione e la redazione delle procedure ha lo scopo di garantire il controllo dei singoli processi, minimizzando i rischi ad essi collegati e massimizzandone le opportunità.

6.2 Obiettivi per la qualità

Gli obiettivi per la Qualità discendono dalla politica definita dal CdA; vengono stabiliti per ogni funzione operativa in modo misurabile, definendo responsabilità e tempi di attuazione.

Tali obiettivi vengono definiti e rivisti annualmente in fase di "Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità" da parte della Direzione.

Il CdA, con la collaborazione del DG, elabora e redige il Piano strategico d'Impresa, a respiro biennale o triennale. Nel Piano vengono stabiliti gli obiettivi strategici e operativi per lo sviluppo dell'organizzazione e vengono definite azioni, risorse, tempi e modalità di controllo e verifica.

I documenti di Politica per la Qualità e di Riesame, il Piano Strategico d'Impresa, costituiscono un unicum di strumenti per la pianificazione, il controllo e la rendicontazione delle attività dell'organizzazione.

6.3 Pianificazione delle modifiche

Ogni modifica è effettuata in modo pianificato. Vengono considerate le finalità della modifica e le conseguenze, l'integrità del SGQ, la disponibilità di risorse e le relative responsabilità/autorità.

7 SUPPORTO

7.1 Risorse

La Direzione assicura l'individuazione e la disponibilità delle risorse essenziali per il conseguimento della politica aziendale, per l'attuazione e l'aggiornamento del Sistema di Gestione per la Qualità, per il miglioramento continuo, per il raggiungimento degli obiettivi, per l'accrescimento della soddisfazione dei propri clienti.

Persone

Pratica, volendo garantire un'adeguata professionalità del personale, promuove tutte le azioni necessarie a tal fine, attraverso una gestione controllata delle procedure di selezione e valutazione, un costante addestramento, un ambiente di lavoro sereno e garantendo le necessarie attrezzature; identifica e incrementa costantemente l'efficacia e l'efficienza di tutte le operazioni svolte lungo i propri processi.

La gestione delle risorse umane riveste un'importanza fondamentale per Pratica, che determina direttamente la Qualità dell'azione di assistenza, cura ed educazione. In termini generali i ruoli relativi alla progettazione, all'erogazione del servizio ed al suo controllo generano per Pratica due necessità: la prima relativa alla selezione e alla valutazione del personale, la seconda relativa alla formazione specifica per il ruolo/funzione che rivestono (di natura professionale e metodologica) e alla formazione di carattere generale sulle prescrizioni previste dalla Normativa al fine di diffonderle, condividerle ed applicarle.

Le responsabilità e le modalità di selezione, valutazione e supporto del personale sono descritte in apposita procedura.

Infrastrutture

Risultano infrastrutture importanti, all'interno del SGQ, le strutture e gli ambienti utilizzati nei processi di erogazione del servizio, nonché i servizi di supporto come sistemi di comunicazione e sistemi informativi.

Pratica si avvale di diverse strutture, tutte rispondenti ai requisiti sanitari e di sicurezza previsti dalla normativa di settore; l'organizzazione assicura i servizi di supporto necessari ad una efficace ed efficiente erogazione del servizio.

Ambiente

La Direzione assicura che la propria organizzazione (progettuale, tecnico-commerciale ed amministrativa) dispone di infrastrutture adeguate e ne assicura l'efficienza tramite servizi di manutenzione ordinaria programmata e straordinaria.

Pratica è consapevole che fattori fisici ed umani concorrono fortemente all'efficacia del SGQ. Pratica tiene in alta considerazione le condizioni ambientali dei locali atti all'erogazione dei servizi programmati.

Ai sensi dell'art. 28 del D.Lgs. n. 81/08 è stato emesso, a cura del RSPP, un documento contenente le norme aziendali di sicurezza e distribuito in tutte le sedi di Servizio.

Pratica, grazie ad un'adeguata professionalità del personale, ottenuta attraverso un costante addestramento, ad un ambiente di lavoro sereno e garantendo le necessarie attrezzature,

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	23	37	12

identifica e incrementa costantemente l'efficacia e l'efficienza di tutte le operazioni svolte lungo i propri processi di erogazione del servizio.

Monitoraggio e misurazione

Pratica non ha necessità di strumenti di misurazione e collaudo. Pur monitorando i propri processi attraverso indicatori specifici e pur utilizzando software ed apparecchiature elettroniche nei propri servizi, tali strumenti non richiedono taratura. Autoveicoli, alcuni elettrodomestici e piccoli apparecchiature mediche per controllo sanitario di parametri di base, sono inseriti in apposito elenco e la loro manutenzione viene programmata ed eseguita con la tempistica prevista.

Conoscenza organizzativa

La Direzione, con il supporto dei Responsabili e delle funzioni di Coordinamento, ha emesso un DO, con il quale stabilisce le competenze e i livelli attesi e richiesti per i diversi ruoli operativi.

7.2 Competenza

La Direzione stabilisce e programma un Piano annuale per la formazione, sulla base delle priorità aziendali rispetto ai bisogni formativi dell'organizzazione, sulla base dell'analisi dei risultati delle valutazioni e dei bisogni formativi individuati, inserendo i percorsi formativi stabiliti e programmati da RSPP, dal DPO e dall'OdV. La Direzione è responsabile per l'individuazione dei formatori (enti o professionisti) interni/esterni idonei.

I responsabili esecutivi per la formazione, valutano, tramite questionario, la soddisfazione del personale per la formazione interna/esterna eseguita. Il risultato di tale valutazione costituisce elemento utile per la qualificazione e la sorveglianza dei fornitori relativamente alla formazione.

I Piani di formazione devono considerare anche l'attività di addestramento e formazione dei nuovi assunti per i quali deve essere previsto:

- informazioni sulla organizzazione aziendale, sulla politica per la Qualità e sulla tipologia dei servizi di Pratica
- consegna ed illustrazione dei documenti di sicurezza e norme interne di comportamento
- consegna ed illustrazione della documentazione del Sistema Qualità aziendale di competenza
- consegna ed illustrazione della documentazione e delle procedure privacy
- consegna ed illustrazione della documentazione e delle procedure previste dal MOG 231
- consegna ed illustrazione della documentazione e delle procedure HACCP
- consegna ed illustrazione della documentazione e delle procedure Child Protection Policy
- inserimento con addestramento operativo
- consegna ed illustrazione documenti di istruzione e registrazione relativi allo svolgimento della sua attività

I Responsabili della valutazione hanno la responsabilità di verificare l'efficacia della formazione o addestramento eseguito mediante gli strumenti definiti in apposita procedura.

Pratica prescrive che il personale eventualmente addetto agli audit interni o esterni presso i fornitori sia in possesso di adeguata qualifica.

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	24	37	12

7.3 Consapevolezza

Al fine di motivare e mantenere alto il coinvolgimento di tutto il personale la funzione Risorse Umane si adopera per assicurare che ogni persona, di ogni livello ed importanza, sia consapevole della rilevanza e dell'importanza della sua mansione, delle sue attività e di come esse contribuiscano a conseguire gli obiettivi per la qualità. Per questo sono assicurate le opportune risorse economiche ed organizzative per le riunioni d'equipe, per il supporto psico/pedagogico ai gruppi di lavoro, per la formazione continua.

7.4 Comunicazione

La comunicazione relativa ai contratti e alle comunicazioni istituzionali in entrata e uscita da Pratica è controllata e registrata. La comunicazione istituzionale (sito web, newsletter e comunicati stampa) è gestita e controllata. La comunicazione relativa ai Servizi (Carte Servizi, Brochure, materiale informativo) è gestita e controllata.

Comunicazione interna

Modalità di comunicazione interna sono:

- comunicazioni sui luoghi di lavoro, assemblee e riunioni, l'esposizione in bacheca in luoghi prefissati
- periodiche riunioni informative tra i responsabili aventi per oggetto l'andamento delle attività, eventuali non conformità, reclami dei clienti, azioni correttive e preventive, valutazione dei traguardi raggiunti sugli obiettivi definiti

Modalità di comunicazione specifiche del processo di erogazione del servizio sono:

- Coordinamento Generale con la partecipazione del RARU e dei Responsabili di tutte le Aree
- tavoli tecnici intra-aree, convocati e presieduti da uno dei Responsabili
- riunioni del gruppo operativo settimanali all'interno dei Servizi a cui partecipano il Coordinatore e gli operatori dell'Unità
- comunicazioni tra operatori turnisti (Servizi residenziali) attraverso gli strumenti predisposti

Comunicazione con i clienti

La comunicazione con i clienti avviene periodicamente in occasione dei frequenti momenti di verifica di ogni tappa progettuale, e si rende evidente attraverso colloqui formali e non e relazioni valutative dei percorsi fatti. Per quanto riguarda il cliente/committente, la stessa committenza pubblica ha previsto dei colloqui annuali che verifichino l'andamento del Servizio e il vincolo di una relazione annuale sull'andamento dei progetti individuali e di Servizio. Dei colloqui con le diverse tipologie di cliente (utenti, famiglie e committenza pubblica) rimane traccia evidente come specificato nelle procedure dedicate. Nell'ottica di una comunicazione che divenga scambio e confronto effettivo con i diversi interlocutori e impegno vincolante per la qualità dei servizi offerti dal gruppo, Pratica ha redatto e distribuito le Carte dei Servizi.

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	25	37	12

7.5 Informazioni documentate

I documenti (sia di origine interna che esterna) necessari al funzionamento del Sistema di Gestione della Qualità sono gestiti in modo che:

- siano leggibili, facilmente identificabili e rintracciabili
- siano verificati in termini di giustezza di contenuto e di coerenza con l'altra documentazione del Sistema di Gestione della Qualità prima del loro rilascio da persone autorizzate
- siano approvati per autorizzazione all'uso e alla diffusione
- siano aggiornati quando necessario; riverificati e riapprovati dalle stesse persone che hanno effettuato la prima verifica e dato la prima approvazione
- le versioni valide dei documenti siano disponibili dove si realizzano le attività essenziali per il funzionamento efficace del Sistema
- sia evitato l'utilizzo indesiderato dei documenti obsoleti
- sia possibile accertare lo stato di revisione corrente di ciascun documento
- siano identificati i documenti superati che è necessario conservare per ragioni di conservazione delle conoscenze o per motivi legali

Tutti i documenti richiesti dal sistema di gestione per la Qualità vengono tenuti sotto controllo. La documentazione del Sistema di gestione per la Qualità comprende:

- 1 la dichiarazione sulla Politica per la Qualità
- 2 il Manuale della Qualità
- 3 le Procedure documentate richieste dalla norma di riferimento
- 4 i documenti operativi necessari allo svolgimento delle attività
- 5 la modulistica richiesta dal sistema procedurale
- 6 le registrazioni indispensabili per garantire una corretta gestione del sistema

I documenti del Sistema Qualità sono tenuti sotto controllo tramite procedura documentata. La procedura definisce anche le modalità e le responsabilità di conservazione, di aggiornamento ed i criteri di distribuzione dei documenti.

Le registrazioni della Qualità e le altre registrazioni necessarie per esigenze gestionali o per garantire la compliance normativa, sono documenti (modulistica o altro, di origine interna o esterna) utilizzati per fornire l'evidenza oggettiva del Sistema Qualità, sia nel rispetto dei requisiti concordati con il Cliente, sia in merito alle "regole interne" di applicazione del SQ. Le registrazioni sono identificate e rintracciabili e un'apposita procedura documentata.

8 ATTIVITÀ OPERATIVE

8.1 Pianificazione e controllo operativi

Pratica ha pianificato e sviluppato tutti i processi principali necessari per l'erogazione dei servizi. I servizi offerti si caratterizzano per denominazione, finalità, destinatari, modalità di erogazione. Le diverse procedure assicurano che le risorse necessarie siano individuate e messe a disposizione, i controlli necessari siano definiti e attuati, le informazioni e le registrazioni necessarie siano formalizzate e correttamente archiviate.

8.2 Requisiti per i servizi

Nella determinazione dei requisiti relativi al prodotto Pratica ha scelto di percorrere più strade, tante quante sono le tipologie dei diversi clienti. Per quanto riguarda la committenza (e più in generale la domanda sociale) Pratica è coinvolta, oltre che in un confronto continuo con le istituzioni pubbliche sui progetti in corso, nei diversi tavoli di discussione e analisi predisposti sul territorio, al fine di monitorare e indirizzare l'emergere di nuove istanze e domande e di predisporre risposte sempre più adeguate. Per quanto riguarda le famiglie Pratica assicura un canale di comunicazione sempre aperto, al fine di cogliere e determinare i requisiti attesi. Per quanto riguarda gli utenti l'emergere dei bisogni e dei desideri, la capacità di formulare domande per sé e per il proprio progetto di vita e la capacità di discernimento e di scelta, sono parte integrante del lavoro educativo svolto quotidianamente dagli operatori nei vari Servizi. Per quanto riguarda i servizi rivolti a privati, la formulazione dell'offerta (e quindi la definizione dei requisiti del servizio) avviene in maniera controllata ed è prevista la possibilità di ridefinire con il cliente, se necessario, i requisiti anche a commessa avviata.

Pratica assicura il controllo sui requisiti cogenti applicabili al servizio erogato, attraverso le procedure di verifica e controllo determinate in fase di progettazione e di erogazione del servizio stesso.

La Direzione, constatata la corrispondenza tra il bisogno segnalato e la capacità dei servizi di rispondere adeguatamente ad esso, stipula il contratto e dà seguito alla prestazione del servizio secondo le modalità previste per lo stesso.

Operando in convenzione/accreditamento i requisiti del Servizio sono sotto controllo anche da parte della committenza che, attraverso controlli periodici, assicura il permanere dei requisiti stessi e dei parametri qualitativi necessari.

Per quanto riguarda il servizio offerto al singolo utente il riesame avviene, come descritto nella procedura dedicata, contestualmente alla verifica del progetto di massima, al termine del periodo di osservazione, ove si riesamina la concordanza tra bisogno dell'utente e adeguatezza della risposta offerta dal Servizio.

Qualora i requisiti del servizio vengano modificati, tutta l'organizzazione deve assicurare che tali modifiche vengano comunicate al personale interessato e i relativi documenti vengano aggiornati.

8.3 Progettazione e Sviluppo

Pratica ha attribuito all'attività di progettazione un carattere di continuità e di permanenza: l'attività progettuale in questo senso non si configura più come azione sporadica, estemporanea, esclusivamente funzionale alla gestione o all'erogazione di servizi, ma diviene attività di costante ricerca/sviluppo culturale, imprenditoriale ed operativo.

Pratica mantiene sotto controllo e verifica la progettazione del servizio allo scopo di assicurare il soddisfacimento dei requisiti specificati o definiti dalla Direzione.

Le attività di progettazione si dividono secondo l'oggetto della progettazione stessa: le attività di progettazione, sviluppo, riprogettazione, rinnovamento e adeguamento dei Servizi in quanto struttura di offerta e le attività di progettazione rivolte al singolo utente.

Le diverse modalità per le attività di controllo della progettazione sono definite in procedure dedicate.

I dati e i requisiti su cui avviare la progettazione, lo sviluppo, la riprogettazione e/o l'adeguamento di un Servizio sono identificati e documentati da:

- analisi interna basata sulla valutazione dei progetti e degli interventi concretizzati in precedenza
- analisi dei bisogni emersi da parte degli utenti/clienti
- analisi e raccolta degli input provenienti dalle istituzioni territoriali e dal mercato

I requisiti incompleti o ambigui vengono chiariti con i responsabili che li hanno stabiliti.

I dati e i requisiti su cui avviare la progettazione di un servizio ad un singolo utente sono identificati e documentati da :

- analisi interna basata sulla valutazione dei progetti e degli interventi concretizzati in precedenza
- verifiche sull'andamento dell'erogazione del servizio
- analisi dei bisogni emersi da parte dell'utente e delle famiglie
- analisi e raccolta degli input provenienti dalla committenza

I risultati della progettazione, dello sviluppo, della riprogettazione e/o dell'ampliamento dei Servizi sono costituiti dalla stesura del progetto descritto nella documentazione da sottoporre all'approvazione del committente e/o dell'utente/cliente.

I documenti contenenti i risultati della progettazione sono verificati prima della loro emissione definitiva dal DG e dal CdA.

I risultati della progettazione per il singolo utente sono costituiti dal Progetto individuale.

I documenti contenenti i risultati della progettazione sono verificati prima della loro emissione definitiva dal Coordinatore di Unità.

In base ai risultati da conseguire, devono essere effettuati riesami, verifiche e validazioni al fine di intraprendere ogni azione necessaria a soddisfare i requisiti di input e assicurare che gli output sia conformi all'utilizzo previsto.

Il riesame è un'analisi sistematica di quanto progettato al fine di valutare la capacità dell'organizzazione di soddisfare i requisiti del progetto, individuare eventuali problemi e proporre le soluzioni.

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	28	37	12

Generalmente tale attività, per quanto concerne la progettazione rivolta al singolo utente, avviene, completata l'attività di progettazione, da parte di un operatore incaricato, a turno, con la collaborazione dell'intero gruppo operativo coinvolto nel progetto.

Per quanto riguarda la progettazione, lo sviluppo e la riprogettazione dei servizi l'attività di riesame avviene, prima della verifica, in una riunione a cui partecipano il Resp. Progetto, e le Funzioni Aziendali coinvolte nel progetto. Se dall'attività di riesame emergono modifiche da apportare sul progetto, queste vengono documentate.

Il DG, con il supporto dei Responsabili, verifica che il progetto di Servizio soddisfi i vari requisiti definiti dalle richieste del committente e/o dell'utente/cliente.

Il Coordinatore di Unità verifica che il Progetto individuale soddisfi i vari requisiti definiti dalle esigenze e dai bisogni dell'utente.

La permanenza e la sussistenza nel tempo di un Servizio è considerata prova di validazione del progetto di Servizio. L'ammissione del Progetto a bandi e concorsi è prova di validazione dell'attività progettuale.

La validazione del Progetto individuale avviene ripetutamente e sistematicamente in occasione delle verifiche periodiche:

- verifica della corrispondenza tra obiettivi ipotizzati e risultati raggiunti
- verifica del grado di soddisfazione dell'utente/cliente

In caso di modifiche alla progettazione dei Servizi in seguito a esigenze emerse da parte del Committente, il DG, d'intesa con Resp. Progetto e i responsabili coinvolti, aggiorna la Scheda Progetto di Servizio con i nuovi requisiti, che sono oggetto di eventuale verifica o riesame a seconda della complessità degli stessi.

In caso di modifiche alla progettazione individuale in seguito a esigenze emerse da parte dell'utente o della committenza, il Coordinatore, d'intesa con il gruppo operativo, aggiorna il Progetto Individuale con i nuovi requisiti, che sono oggetto di eventuale verifica o riesame a seconda della complessità degli stessi.

Il DG può attivare, se ritenuto necessario, processi di aggiornamento e revisione dei progetti di servizio.

8.4 Controllo dei prodotti e dei servizi forniti dall'esterno

Pratica ha predisposto e mantiene attiva una procedura per tenere sotto controllo e verificare l'attività di approvvigionamento sia di materiali che di servizi. A tale scopo:

- definisce la criticità delle forniture di beni e servizi, delle consulenze e delle attività di formazione affidate all'esterno
- valuta e sceglie i fornitori sulla base della loro capacità di soddisfare i requisiti attesi
- definisce il tipo e l'estensione del controllo in funzione del tipo e della criticità dei prodotti o dei servizi da acquistare in relazione al servizio da erogare
- predisporre e mantiene aggiornate registrazioni per i fornitori qualificati
- controlla l'andamento delle forniture

I documenti di acquisto contengono i requisiti dei prodotti o dei servizi e il periodo di validità dell'accordo di fornitura.

Tali documenti contengono anche le condizioni logistiche e commerciali.

Il fabbisogno delle unità operative è monitorato attraverso strumenti specifici.

Pratica può chiedere di verificare presso il fornitore l'organizzazione ed i mezzi dello stesso, in relazione alle esigenze del prodotto/servizio da acquistare. Il controllo delle forniture è assicurato secondo quanto previsto in procedura. Per le forniture di beni e servizi i fornitori vengono qualificati e sorvegliati almeno annualmente dal DR Amministrazione; per le consulenze, le supervisioni e le attività di formazione l'analisi del fabbisogno, la gestione e il controllo delle forniture avvengono con il contributo di GRU e DG.

8.5 Produzione ed erogazione dei servizi

Il DG pianifica i processi di erogazione dei servizi e si assicura che questi siano attuati correttamente. A tale scopo sono state definite in procedure dedicate le varie modalità di erogazione.

All'interno delle Procedure sono elencate le azioni e le attività caratteristiche dell'erogazione del singolo servizio, sono definite le responsabilità e sono evidenziati i Moduli e gli strumenti di riferimento. I Responsabili dei processi hanno emanato inoltre le opportune Istruzioni Operative per la gestione dei Servizi.

Pratica assicura la validazione dei processi di erogazione del servizio attraverso l'attività di verifica e validazione della progettazione individuale e della relativa erogazione del servizio come descritto nelle procedure. La permanenza di un Servizio nel tempo, il suo rifinanziamento da parte della Committenza, la sua stabilità e redditività economica, costituiscono ulteriori e complementari elementi di validazione.

Tutti i progetti di servizi e la documentazione relativa ai singoli utenti/clienti è identificata dal nominativo degli stessi e dalla data, ed è conservata a cura dei singoli responsabili del settore/Servizio per tutta la durata del servizio stesso.

Pratica prende le necessarie precauzioni per assicurare la riservatezza, anche da parte del proprio personale, dei dati in proprio possesso e per assicurare la protezione e la custodia di quanto affidatogli.

Pratica assicura la protezione dei dati sensibili trattati secondo le modalità previste dal nuovo Regolamento Europeo per la Privacy 2016/679; a tale scopo ha redatto il DOCUMENTO GESTIONE PRIVACY sulle misure di sicurezza adottate per il trattamento dei dati personali, strutturando strumenti e modalità organizzative sulla privacy by design e sulla privacy by default. Qualora dati personali o proprietà del cliente venissero smarrite o danneggiate, Pratica si impegna a darne tempestiva notizia al cliente.

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	30	37	12

I documenti e i materiali necessari per la realizzazione dei servizi vengono conservati in condizioni ambientali adeguate e in posizioni definite per ogni progetto.

8.6 Rilascio dei servizi

Tutti i processi produttivi e di erogazione dei servizi di Pratica vengono svolti in autocontrollo da personale competente ed opportunamente addestrato, e comunque verificati in fasi intermedie e in fase finale da attività di controllo registrate; eventuali carenze possono quindi evidenziarsi prima che il servizio venga fornito al cliente. Qualora qualche processo il cui risultato non potesse essere verificato da successive attività di monitoraggio o misurazione e di conseguenza le carenze possano evidenziarsi solo quando il prodotto risulti già in uso o il servizio già erogato, Pratica dovrà validare tali processi e la validazione dovrà dimostrare la capacità di conseguire i risultati pianificati. In particolare per questi processi si dovranno stabilire disposizioni comprendenti:

- criteri definiti per il riesame e l'approvazione dei processi;
- approvazione delle apparecchiature e qualificazione del personale;
- utilizzazione di metodi e di istruzioni operative specifiche;
- requisiti per le registrazioni;
- rivalidazione.

8.7 Controllo degli output non conformi

Pratica assicura che il prodotto/servizio non conforme ai relativi requisiti venga identificato e tenuto sotto controllo per prevenirne l'involontaria utilizzazione o consegna. Sono state definite le modalità di controllo e le relative responsabilità ed autorità per il trattamento delle non conformità. Ove applicabile, Pratica tratta il prodotto/servizio non conforme mediante uno o più delle seguenti modalità:

- intraprendendo azioni per eliminare le non conformità rilevate;
- autorizzandone l'utilizzazione, il rilascio o l'accettazione sotto concessione da parte di un'autorità pertinente e, ove applicabile, del cliente;
- intraprendendo azioni per precluderne l'utilizzazione o l'applicazione originariamente previste;
- intraprendendo azioni appropriate agli effetti, o agli effetti potenziali, della non conformità quando il prodotto non conforme venga rilevato dopo la consegna o dopo che ne sia iniziata l'utilizzazione.

A seguito di correzione della non conformità questa viene risottoposta a nuova verifica per dimostrarne la conformità ai requisiti.

9 VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione

La responsabilità per la misurazione, analisi e miglioramento del SGQ aziendale è il DG che, direttamente o per delega ai Responsabili, a RGQ e alle diverse FA, presiede a:

- Raccolta dei dati
- Monitoraggio e misurazione della soddisfazione del cliente
- Pianificazione ed effettuazione degli Audit interni
- Monitoraggio e misurazione dei processi aziendali
- Monitoraggio e misurazione dei prodotti e/o servizi erogati
- Analisi rischi e del contesto
- Compliance normativa
- Registrazione e analisi NC
- Gestione delle Azioni Correttive

Il sistema adottato per assicurare il miglioramento continuo del SGQ è basato su quattro punti fondamentali:

1. Monitoraggi e misurazioni attraverso:
 - Monitoraggio e misurazione della soddisfazione del cliente
 - Monitoraggio della conformità del SGQ attraverso l'attività di audit
 - Monitoraggio e misurazione dei processi aziendali
 - Monitoraggio e misurazione dei servizi erogati
2. Tenuta sotto controllo delle Non Conformità di servizio attraverso:
 - RegISTRAZIONI delle Non Conformità di servizio
3. Analisi dei dati raccolti attraverso le attività di monitoraggio
4. Miglioramento continuo del SGQ utilizzando:
 - Politica per la Qualità
 - Obiettivi per la Qualità
 - Piano Strategico d'Impresa
 - Risultati degli audit interni ed esterni
 - Analisi dei dati
 - Azioni Correttive

La Direzione effettua, almeno annualmente, una revisione delle modalità di esecuzione dei processi primari in atto, allo scopo di verificarne l'adeguatezza e l'efficacia; a questo scopo ha definito una serie di indicatori atti a monitorare e misurare i propri processi. Tali indicatori consentono di stabilire gli obiettivi della Qualità in sede di Riesame.

La definizione, la valutazione e la gestione di tali indicatori attiene al DG, in collaborazione con i RA e le FA. Eventuali necessità di modifiche nelle attività operative danno luogo a variazioni delle procedure definite.

La conformità dei servizi ai requisiti stabiliti viene effettuata nel corso dell'erogazione degli stessi attraverso:

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	32	37	12

- metodi e dispositivi stabiliti nelle relative procedure di erogazione
- rilevazione di informazioni direttamente o indirettamente desumibili o fornite dai clienti tramite:
 - reclami e/o disdette
 - nuovi clienti e/o estensione di più servizi ad uno stesso cliente
 - incontri e riunioni con i clienti
 - contatti, anche informali, con i clienti
 - incontri con il personale interno.

L'efficienza del Sistema di Gestione per la Qualità rilevato durante l'attività di audit interni e monitorato attraverso l'andamento delle eventuali Non Conformità riscontrate, della loro chiusura, dell'andamento delle eventuali Azioni Correttive.

La valutazione della soddisfazione dei clienti è perseguita in modo sistematico attraverso la raccolta di dati ed informazioni scambiati con gli stessi durante l'intero ciclo di vita: dalla definizione dell'offerta alla fornitura del servizio fino alla cessazione.

Il monitoraggio della soddisfazione dei clienti (utenti, famiglie, committenza) è garantito attraverso le registrazioni previste.

Altri indici indicativi sono ritenuti i seguenti:

- andamento delle disdette e dei nuovi clienti, monitorate dalla Direzione
- estensione di più servizi ad uno stesso cliente, anche questo oggetto d'indagine da parte della Direzione
- andamento di reclami o di osservazioni da parte dei clienti, che anche se veicolati in modo informale agli operatori, quando ricorrenti rappresentano valido strumento per verificare la percezione della clientela; i Coordinatori di Servizio, i Responsabili, e DG registrano su un Modulo i reclami ricevuti direttamente o segnalati loro
- il successo per gli obiettivi prefissati
- la "compliance" dell'utente, ovvero la compartecipazione nel servizio
- la Qualità delle relazioni stabilite tra operatori e utenti/clienti
- le restituzioni offerte dai clienti/utenti

L'analisi di questi dati costituisce elemento in entrata per il Riesame da parte della Direzione.

9.2 Audit interno

Tutti gli elementi del Sistema di Gestione per la Qualità sono sottoposti a verifica, con cadenza almeno annuale o più frequentemente se ritenuto necessario, al fine di valutare e verificare se:

- le attività svolte ed i risultati ottenuti siano conformi a quanto pianificato dalla documentazione del Sistema di Gestione per la Qualità e siano efficaci per il raggiungimento degli obiettivi definiti nella Politica per la Qualità
- le procedure aziendali ed i metodi applicati siano idonei ed efficaci nel tempo
- il Sistema di Gestione per la Qualità si mantenga idoneo ed aggiornato

Condizioni sufficienti per la conduzione di un audit anche non con cadenza annuale sono in ogni caso:

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	33	37	12

- cambiamenti nell'Organizzazione
- Non Conformità che facciano sospettare rilevanti carenze nel Sistema di Gestione per la Qualità

Gli audit sono condotti da valutatori interni che abbiano ricevuto appropriata formazione o da valutatori qualificati esterni, selezionati in base a criteri e modalità specificate nelle procedure di approvvigionamento.

RGQ definisce, a partire dalle richieste della Direzione, le attività del Sistema Qualità da sottoporre ad Audit Interni e predispone all'inizio di ogni anno il piano annuale da sottoporre al DG per l'approvazione. Tutti i processi/Servizi sono sottoposti a verifiche aggiuntive in caso di particolari esigenze (cambiamenti organizzativi) o di specifiche criticità delle funzioni. La Cooperativa ha la facoltà di sottoporre ad audit straordinari i singoli Servizi ogni qualvolta lo ritenga necessario.

9.3 Riesame di Direzione

La Direzione riesamina almeno annualmente il Sistema di Gestione per la Qualità valutandone la continua adeguatezza ed efficacia. Il Presidente, d'intesa con il CdA, approva il Riesame. Ogni qual volta intervenissero cambiamenti tali da interessare il Sistema Qualità si dovrà prevedere un ulteriore Riesame. A seguito di tale Riesame vengono definiti, d'intesa con il CdA, gli obiettivi per la Qualità ed eventuali esigenze di modifica della stessa politica per la Qualità.

Gli obiettivi vengono precisati in termini misurabili con definizione dei responsabili e dei tempi di esecuzione. Il Riesame costituisce elemento prioritario per l'approvazione della Politica per la Qualità da parte dell'Assemblea dei Soci.

Gli elementi del Riesame costituiscono inoltre materiale per la rendicontazione delle attività ed elementi in ingresso per la pianificazione strategica.

Le registrazioni dei "Riesami da parte della Direzione" sono conservate a cura del Responsabile Gestione Qualità.

Le linee e le indicazioni emerse dal Riesame costituiscono elemento utile per l'elaborazione del Piano d'Impresa da parte del CdA. Annualmente viene redatto, da parte del DG, il Piano Operativo Annuale e, a fine anno, il Report Annuale. Tali valutazioni costituiscono elemento cardine per il monitoraggio e il controllo della gestione e dell'erogazione dei servizi. Tali elementi (indicatori, obiettivi, pianificazione strategica, budget e report) costituiscono inoltre elemento utile alla rendicontazione sociale e alla comunicazione con gli stakeholder.

L'attività di riesame è condotta attraverso l'analisi dei seguenti dati:

- analisi e/o rianalisi del contesto dell'organizzazione
- analisi e valutazione dei rischi e delle opportunità
- valutazione risultati degli obiettivi di miglioramento precedentemente stabiliti
- rapporto del Responsabile Gestione Sistema Qualità sullo stato del Sistema, che comprende i risultati degli Audit Interni, la situazione delle Non Conformità e delle Azioni Correttive
- risultati degli Audit Interni

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	34	37	12

- andamento delle Non Conformità e delle Azioni Correttive
- raggiungimento o stato di avanzamento degli obiettivi precedentemente stabiliti
- elementi ricavati dalle attività di erogazione dei servizi
- valutazione della soddisfazione dei diversi clienti
- valutazione della Qualità dei servizi ricevuti dai fornitori
- valutazione riguardante l'adeguatezza delle risorse
- raccolta e analisi dei dati gestionali
- cambiamenti intervenuti per fattori esterni (tecnologia, mercato, disposizioni di legge)
- compliance normativa

Gli elementi in uscita sono rappresentati da decisioni della Direzione che riguardano principalmente:

- la conferma o la modifica della Politica della Qualità
- obiettivi di miglioramento dei processi e dei servizi
- fabbisogno di risorse in termini di personale, addestramento, mezzi e attrezzature
- azioni correttive eventualmente necessarie per il miglioramento del sistema
- la rendicontazione agli stakeholder
- la pianificazione strategica

Il riesame da parte della Direzione si conclude con l'emissione di un documento che viene distribuito alle Funzioni Aziendali e conservato a cura del Responsabile Gestione Qualità.

10 MIGLIORAMENTO

10.1 Generalità

L'individuazione e la raccolta dei dati significativi ha come scopo l'analisi, per verificare l'adeguatezza e l'efficacia del sistema di gestione per la Qualità e quindi definire le eventuali modifiche per il continuo miglioramento del sistema stesso.

Pratica raccoglie e analizza dati con lo scopo di tenere sotto controllo e verificare le modalità di erogazione dei servizi e valutarne l'adeguatezza e l'efficacia.

La responsabilità della raccolta dei dati è affidata ai responsabili della FA che annualmente li fanno pervenire al RGQ per l'analisi in concomitanza del riesame annuale.

Tali dati sono relativi a:

- Non Conformità e reclami dei clienti
- prestazioni dei fornitori
- Azioni Correttive
- risultati degli Audit interni
- analisi delle indagini di valutazione della soddisfazione dei clienti
- risultati degli obiettivi di miglioramento

10.2 Non Conformità e Azioni Correttive

L'individuazione ed il trattamento delle Non Conformità e l'attuazione delle Azioni Correttive costituiscono lo strumento principale per il funzionamento del Sistema Qualità e sono pertanto volte al miglioramento delle attività ed allo sviluppo del Sistema stesso.

Esse possono derivare da:

- disservizi interni
- attività di fornitori di materiali e servizi
- reclami e segnalazioni dei Clienti

Il criterio applicato per la loro gestione è di effettuare una successione di attività quali:

- segnalazione
- identificazione
- analisi e trattamento
- eventuale proposta di azione correttiva
- verifica di applicazione e di efficacia dei provvedimenti presi
- chiusura e registrazione

All'interno dell'Organizzazione chiunque rilevi una disfunzione o riceva un reclamo, lo segnala al proprio Responsabile del Servizio. Questi, curandosi prima di tutto di dare, se possibile, una risposta adeguata, fa pervenire a RGQ una segnalazione del reclamo ricevuto e della risposta agita. RGQ valuta il reclamo e la risposta e decide se aprire o meno una Non Conformità.

Le attività da intraprendere per il superamento della Non Conformità sono definite dal Responsabile del Servizio unitamente a colui che l'ha rilevata ed eventualmente al RGQ.

Ogni non conformità viene registrata nell'apposito Modulo.

Le "Non Conformità" possono riguardare i materiali in arrivo, le prestazioni dei fornitori, le attività aziendali interne, i reclami degli utenti.

Ciascuno addetto dell'organizzazione può rilevare e segnalare Non Conformità

Il responsabile Gestione Sistema Qualità, unitamente al responsabile del Servizio a cui la Non Conformità si riferisce, valuta la gravità della stessa e decide le modalità di risoluzione.

In presenza di Non Conformità rilevanti o ripetitive si procede alla ricerca delle cause e alla individuazione della Azioni Correttive che possono eliminarle.

I moduli compilati delle Non Conformità sono conservati a cura del RGQ e costituiscono registrazioni del Sistema per il Riesame da parte della direzione ai fini del miglioramento del Sistema stesso.

Le registrazioni sono conservate a cura del RGQ e possono dar luogo ad Azioni Correttive.

Ai reclami dei clienti viene comunque data adeguata risposta.

Per Azione Correttiva si intendono le misure intraprese per modificare una parte del SGQ, un processo, un prodotto, un materiale o un'attrezzatura speciale al fine di eliminare le cause che hanno originato una situazione non conforme ed evitare il suo ripetersi.

La responsabilità e l'autorità di intraprendere le AC è del RGQ, su delega del DG. L'esigenza di promuovere azioni correttive è identificata dal RGQ insieme ai Responsabili di Funzione sulla base di informazioni originate dalle seguenti fonti:

- Non Conformità individuate in fase operativa
- Non Conformità individuate durante gli Audit interni
- disservizi dei fornitori
- reclami o segnalazioni dei clienti

La definizione dell'Azione Correttiva comprende l'analisi delle cause alla base della NC, l'individuazione del responsabile della AC e dei tempi di attuazione.

E' compito del RGQ verificare che l'Azione Correttiva sia stata attuata e risulti efficace a risolvere le Non Conformità che l'hanno generata.

Le Non Conformità di Sistema comportano la revisione della documentazione del Sistema di Gestione per la Qualità. Se l'AC comporta la modifica del MdQ o delle PQ, questi documenti vengono riemessi, verificati ed approvati dalle stesse FA che hanno curato la precedente emissione.

A seguito di Non Conformità maggiori o ripetitive si esaminano le possibili cause e si propongono Azioni Correttive adeguate con definizioni dei responsabili dell'azione stessa e dei tempi di attuazione. E' compito del RGQ verificare l'attuazione e l'efficacia dell'azione correttiva intrapresa.

10.3 Miglioramento continuo

Si persegue il miglioramento dell'efficacia del Sistema di Gestione della Qualità a mezzo di adeguamenti:

- della Politica della Qualità
- degli obiettivi stabiliti per la Qualità
- della pianificazione Strategica

Documento	pag.	di	rev.
MdQ	37	37	12

Ciò avviene utilizzando i risultati degli Audit sia interni sia esterni, le Azioni Correttive intraprese e l'analisi della soddisfazione dei clienti.

Oltre alle decisioni prese quotidianamente dai responsabili competenti, l'occasione per le decisioni importanti di miglioramento è il "Riesame da parte della Direzione", che agisce a livello di:

- conferma e/o intensificazione temporale dei riesami della Direzione
- conferma e/o incremento dei processi aziendali
- conferma e/o adeguamento degli indici di misura dei processi aziendali
- conferma e/o potenziamento degli organici delle FA
- conferma e/o revisione del piano di addestramento e formazione per il periodo successivo
- conseguente adeguamento della Politica e degli obiettivi per la Qualità e definizione dei target degli indici dei processi per il periodo successivo
- diffusione a tutti i livelli aziendali delle decisioni intraprese dalla Direzione e loro relativa attuazione

L'individuazione e la raccolta dei dati significativi ha come scopo l'analisi, per verificare l'adeguatezza e l'efficacia del sistema di gestione per la Qualità e quindi definire le eventuali modifiche per il continuo miglioramento del sistema stesso.

Pratica raccoglie e analizza dati con lo scopo di tenere sotto controllo e verificare le modalità di erogazione dei servizi e valutarne l'adeguatezza e l'efficacia.

La responsabilità della raccolta dei dati è affidata ai responsabili della FA che annualmente li fanno pervenire al RGQ per l'analisi in concomitanza del riesame annuale.