

S.a.i.m.a.

SERVIZI ASSISTENZA INTEGRATA MINORI ANZIANI

MANUALE DELLA QUALITA'

SECONDO LA NORMA UNI EN ISO 9001 / 2008



Progettazione, ed erogazione di servizi socio sanitari ed educativi (Segretariato Sociale, Assistenza Domiciliare Anziani, Assistenza Domiciliare Integrativa, Assistenza Domiciliare Diversabili, Assistenza Scolastica Diversabili)

S.a.i.m.a.

Soc. Coop. Sociale

SERVIZI ASSISTENZA INTEGRATA MINORI ANZIANI

Questo Manuale è di proprietà della **S.A.I.M.A.**
(*Servizi Assistenza Integrata Minori Anziani*)

Ogni divulgazione e riproduzione o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dalla stessa Società.
Tutte le informazioni in esso contenute sono da considerare riservate e, potranno essere usate solo a scopo di registrazione o riferimento e non potranno essere utilizzate in modo che ledano gli interessi della S.A.I.M.A.

Revisione N° **02** del **20.12.09**

Copia Controllata N°

Copia Non Controllata

Realizzato consulenza
Dott. Micaletti Piero
ARCA MANAGEMENT
Via Padre Ugo Frasca, 10
66013 CHIETI SCALO
Tel. 0871-540156



in consegna a:

Emesso

Verificato/Approvato

RGQ

Direzione Generale

Presentazione

INDICE DEL CAPITOLO

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Dichiarazione di Proprietà | 1 |
| 2 | Presentazione della Società | 2 |
| 3 | Approvazione..... | 5 |
| 4 | Tabella comparativa e configurazione del Manuale della Qualità..... | 12 |
| 5 | Stato delle revisioni del Manuale della Qualità..... | 12 |

1 DICHIARAZIONE DI PROPRIETÀ

Il presente Manuale della Qualità è di proprietà della S.A.I.M.A. (Servizi Assistenza Integrata Minori Anziani) ed il suo contenuto non può essere riprodotto con alcun mezzo, anche parzialmente, né esibito o portato a conoscenza di terzi senza debita autorizzazione della S.A.I.M.A. Il Manuale, a completa discrezione della S.A.I.M.A., può essere fornito ai Clienti o agli Enti esterni che ne facessero esplicita richiesta e deve essere restituito o nel caso di cambiamento dell'attività dell'assegnatario o comunque dietro richiesta da parte della S.A.I.M.A. I dipendenti e i collaboratori, consegnatari di copia del presente Manuale della Qualità, che interrompano i rapporti con la S.A.I.M.A., dovranno restituirlo al RGQ.

2 PRESENTAZIONE DELLA SOCIETÀ

La Cooperativa Sociale S.A.I.M.A. (*Servizi Assistenza Integrata Minori Anziani*) nasce nel 2004 da un gruppo di donne sensibili alla prevenzione del disagio sociale, sul territorio della Provincia di Chieti, con sede legale in Roccamontepiano (CH), via della Grava n°16, e attualmente con sede operativa in Via Marrucina n°198, Guardiagrele. La Cooperativa Sociale svolge, in convenzione con organismi Pubblici Locali e/o privatamente, prestazioni di natura socio-assistenziale, offerte anche a domicilio ad utenti anziani e diversamente abili non autosufficienti, a rischio esclusione sociale, non autosufficienti in forma temporanea o permanente, che non richiedono il ricovero in strutture ospedaliere. L'assistenza domiciliare sociale viene svolta essenzialmente da operatori qualificati con titoli specifici e certificazioni idonee, operatori dei servizi tutelari, nonché da assistenti sociali, da educatori professionali e, in alcuni casi, in senso integrativo e non sostitutivo, da volontari. I nostri servizi di assistenza alle persone anziane e portatrici di disabilità promuovono cura, igiene personale e ambientale, per mantenere e stimolare l'autonomia nel disbrigo delle attività quotidiane, nonché tutelarne e preservarne la rete dei contatti familiari e relazionali, sia in strutture residenziali che a domicilio. Inoltre ci rivolgiamo a persone anziane non autosufficienti, favorendo la prevenzione degli inconvenienti derivanti da un lungo periodo di immobilità. La cooperativa punta ad essere radicata sul territorio, in grado di interpretare i bisogni della comunità e promuovere la risposta, in una logica di forte coesione sociale. Essere una "impresa sociale autentica" significa per noi agire in una dimensione economica finalizzata a produrre valore aggiunto comunitario, per accrescere il capitale sociale del territorio, per promuovere sviluppo economico e benessere diffuso, accanto alla crescita delle forme di partecipazione diretta dei cittadini all'economia ed ai processi di cambiamento delle comunità.

3 APPROVAZIONE

La Direzione della nostra organizzazione **approva** il Sistema Qualità documentato nel presente Manuale della Qualità che descrive la struttura, le correlazioni organizzative e delinea le modalità gestionali e le responsabilità connesse alla predisposizione ed attuazione del Sistema Qualità. Tale Sistema è stato sviluppato ed attuato in accordo con le prescrizioni della **Norma UNI EN ISO 9001 (Ed. '08)**.

L'applicazione di metodologie per la qualità è una esigenza sentita e ritenuta necessaria da tutte le Funzioni della nostra organizzazione. Ogni operatore della nostra organizzazione identificato in questo Manuale ha la diretta responsabilità dell'implementazione, nell'area di cui è responsabile, delle prescrizioni riportate nel Manuale della Qualità, Procedure Gestionali, Istruzioni Operative e Documenti di pianificazione delle commesse.

4 TABELLA COMPARATIVA

| CAPITOLO | | | | RIF. § | CAPITOLO | | | | RIF. § |
|----------|--------|-------------------------------|--|--------|----------|--------|---------------------------------|--|--------|
| N° | Cod. | Titolo | | 9001 | N° | Cod. | Titolo | | 9001 |
| 0 | Cap.00 | Presentazione | | ---- | 5 | Cap.05 | Responsabilità della Direzione | | 5 |
| 1 | Cap.01 | Scopo e Campo di Applicazione | | 1 | 6 | Cap.06 | Gestione delle Risorse | | 6 |
| 2 | Cap.02 | Riferimenti Normativi | | 2 | 7 | Cap.07 | Realizzazione del prodotto | | 7 |
| 3 | Cap.03 | Termini e Definizioni | | 3 | 8 | Cap.08 | Misurazioni, Analisi e Miglior. | | 8 |
| 4 | Cap.04 | Sistema di Gestione Qualità | | 4 | | | | | |

5. Stato delle revisioni del Manuale della Qualità

| STATO DELLE REVISIONI | | |
|-----------------------|------------|--|
| REV. | DATA | Descrizione modifica |
| 01 | 10.01.2009 | Modalità approvvigionamento, Monitoraggio del servizio, Esclusione requisito 7.6 |
| 02 | 20.12.2009 | Aggiornamento rispetto alla ISO 9001/08. Inserimento servizio SADE. |

Scopo e Campo di Applicazione

INDICE DEL CAPITOLO

| | |
|---|---|
| Scopo..... | 1 |
| Campo di Applicazione | 2 |
| Eventuali esclusioni e giustificazioni..... | 3 |

1 Scopo

Il presente Manuale della Qualità **descrive** il Sistema Qualità della nostra organizzazione, istituito per operare in conformità alla norma UNI EN ISO 9001'08. Nel seguito di questo Manuale la S.A.I.M.A. potrà anche essere identificata con il termine "Organizzazione".

Scopo del Manuale è inoltre quello di:

- illustrare la Politica per la Qualità;
- illustrare a coloro che all'interno dell'organizzazione lo impiegano, le interfacce funzionali e, conseguentemente, compiti e responsabilità legati ad una determinata attività, e di poter disporre di un documento che rappresenta lo strumento di divulgazione a tutti i livelli degli obiettivi della qualità che la organizzazione si è fissata;
- illustrare a chi dall'esterno intende instaurare rapporti concreti e consolidabili di collaborazione, la capacità di soddisfare pienamente e con regolarità le loro esigenze ed aspettative espresse e cogenti applicabili;
- accrescere la soddisfazione dei Committenti e Clienti Utenti tramite l'applicazione efficace del sistema, il miglioramento e l'assicurazione della conformità ai requisiti del Cliente ed a quelli cogenti applicabili.

2 Campo di applicazione

Il **Campo di applicazione** del SGQ è riconducibile alla progettazione, ed erogazione di servizi socio assistenziali ed educativi (Segretariato Sociale, Assistenza Domiciliare Anziani -ADA-, Assistenza Domiciliare Integrata -ADI-, Assistenza Domiciliare Diversabili -ADD-, Assistenza Scolastica Diversabili -ASD-) al fine di pianificare, ottenere, verificare e documentare la qualità dei servizi forniti, a partire dalla definizione delle esigenze espresse ed implicite del Committente e Cliente Utente, fino all'erogazione del servizio che deve essere conforme al livello qualitativo prefissato.

3 Eventuali esclusioni e giustificazioni

In considerazione dell'attività svolta dall'organizzazione, i seguenti requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008 Sistemi di Gestione per la Qualità – Requisiti, sono stati esclusi dal campo di applicazione del SGQ:

- paragrafo 7.6 – Tenuta sotto controllo delle apparecchiature di monitoraggio e misurazione, in quanto l'organizzazione non utilizza apparecchiature per effettuare misurazioni.

Tali esclusioni non hanno influenza alcuna sulla capacità dell'organizzazione, o sulla sua responsabilità, di fornire servizi conformi ai requisiti del cliente e a quelli cogenti applicabili. I titoli dei paragrafi e/o dei punti della norma UNI EN ISO 9001:2008 non applicati sono inseriti unicamente per mantenere allineato l'indice del manuale con quello della norma di riferimento.

Riferimenti Normativi

INDICE DEL CAPITOLO

| | |
|--------------------------------|---|
| 1. Riferimenti Normativi | 1 |
|--------------------------------|---|

1 Riferimenti normativi

Tutta la documentazione relativa a norme tecniche e direttive specifiche del settore, fa parte del quadro documentale di riferimento per la corretta applicazione del SGQ della nostra organizzazione.

Tali normative, sono gestite e tenute sotto controllo mediante l'**Elenco Leggi Norme e Regolamenti** ed in via non esclusiva possono essere riassunte in:

Normative di sistema

- UNI EN ISO 9000 – Sistema di gestione per la Qualità (Fondamenti e vocabolario).
- UNI EN ISO 9001 – Sistema di gestione per la Qualità (Requisiti).
- UNI EN ISO 9004 – Sistema di gestione per la Qualità (Linee Guida per il miglioramento prestazioni).

Normative specifiche di settore

- **L. n. 439/1989**, “Ratifica ed esecuzione della convenzione europea relativa alla Carta europea dell'autonomia locale, firmata a Strasburgo il 15 ottobre 1985”.
- **L. n. 142/1990**, “Ordinamento delle autonomie locali”;
- **L. n. 241/1990**, “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”;
- **L. n. 266/1991**, “Legge quadro sul volontariato”;
- **L. n. 381/1991**, “Disciplina delle cooperative sociali”;
- **Direttiva P.C.M. 27 gennaio 1994**, “Principi sull'organizzazione dei servizi pubblici”;
- **D.P.R. n. 573/1994**, “Regolamento recante norme per la semplificazione dei procedimenti di aggiudicazione di pubbliche forniture di valore inferiore alle soglie di rilievo comunitario”;
- **D. Lgs. n. 157/1995**, “Attuazione della direttiva 92/50/CEE in materia di appalti pubblici servizi”;
- **L. n. 59/1997**, “Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa”;
- **L. 415/1998**, “Modifica L. n. 109/94 e ulteriori disposizioni in materia di lavori pubblici”;
- **D.L. n. 112/1998**, “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e Enti locali”;
- **D. Lgs. n. 286/1999**, “Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche”;
- **L. n. 265/1999**, “Disposizioni in materia di autonomia e ordinamento degli Enti locali, nonché modifiche alla legge 8 giugno 1990 n. 142”;
- **D. Lgs. n. 229/1999** - Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale;
- **L. n. 328/2000** – Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali; costituisce il primo compendio normativo organico in materia di politiche sociali.
- **L. n. 104/1992** – Legge quadro per l'assistenza, integrazione sociale e diritti persone handicappate;
- **D.Lgs 81/08** Testo Unico sulla Sicurezza;
- **L.R. 85/95** Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale;
- **L. n. 142/01** Revisione della legislazione in maniera cooperativistica con riferimento al socio lavoratore;
- **d.p.c.m. 19/5/1995** Schema di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari;
- **L. n° 230/98** – Norme in materia di obiezione di coscienza;
- **D.Ig. 30 Giugno 2003** n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali”;

Termini e Definizioni

INDICE DEL CAPITOLO

| | |
|--------------------------------|---|
| 1. Termini e Definizioni | 1 |
|--------------------------------|---|

1 Termini e definizione

Valgono le definizioni della norma **UNI EN ISO 9001:2008**.

Committente è chi (Ente pubblico, privato, familiare) richiede e commissiona la progettazione e/o l'erogazione di un servizio e che richiede anche garanzie sulla ottima riuscita.

Cliente Utente è la persona a favore della quale si esplicano gli effetti del servizio socio assistenziale ed educativo ovvero il destinatario finale del servizio o utente.

Il **Segretariato Sociale** è un servizio incaricato di offrire informazioni personalizzate e corrette sulle risorse e sulle competenze presenti sul territorio e di garantire il diritto dei cittadini all'accesso e all'uso dei servizi socio assistenziali.

L'Assistenza Domiciliare Anziani - L'Assistenza Domiciliare Diversabili si occupa dei servizi di cura della persona e della casa ed è rivolta agli anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, con particolari problemi di convivenza, sono temporaneamente bisognosi di assistenza per contingenti situazioni familiari, vivono soli. Non è rivolto ad anziani totalmente non autosufficienti che vivono soli. L'intervento di assistenza domiciliare viene attuato, mediante l'erogazione dei servizi quali aiuto nella vestizione, somministrazione della colazione, igiene personale, assistenza al bagno, altre prestazioni tipo spesa, accompagnamento, pagamento utenze ecc, da parte di operatori socio-assistenziali, al fine di consentire la permanenza dell'anziano nel proprio contesto socio abitativo.

L'Assistenza Scolastica Diversabili il servizio è rivolto ai minori diversamente abili e favorisce l'autonomia e la comunicazione personale degli utenti in difficoltà iscritti nelle scuole di ogni ordine e grado, statali, comunali, paritarie, nonché alla effettiva integrazione scolastica degli stessi. Tale servizio viene esplicato da personale in possesso di titolo di scuola media superiore, l'operatore, nel limite delle proprie competenze e sotto diretta responsabilità didattica dei docenti, collabora con gli insegnanti ed il personale della scuola per l'effettiva partecipazione dell'allievo a tutte le attività scolastiche, ricreative e formative. Accompagna l'allievo nelle uscite didattiche e nei viaggi d'istruzione, affianca l'alunno durante il momento mensa.

L'Assistenza Domiciliare Integrata è un servizio incaricato di soddisfare le esigenze di tutti i soggetti di qualsiasi età, aventi necessità di un'assistenza continuativa, che può variare da interventi esclusivamente di tipo sociale (pulizia dell'appartamento, invio di pasti caldi, supporto psicologico, disbrigo pratiche amministrative, ecc.) ad interventi misti socio-sanitari (assistenza infermieristica, attività riabilitative, interventi del podologo, ecc.). L'ADI lavora in stretta collaborazione con il medico di medicina generale e con la UVM ed è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali, rese al domicilio dell'ammalato, nel rispetto di standard minimi di prestazione in forma integrata e secondo piani individuali programmati di assistenza, definiti con la partecipazione delle figure professionali interessate al singolo caso. Il medico di medicina generale resta il punto di riferimento primario per la copertura sanitaria domiciliare dell'anziano non autosufficiente ed a lui competono le decisioni in ordine agli interventi terapeutici a domicilio e nelle strutture residenziali per anziani autosufficienti, o ad esigenze di ricovero ospedaliero. Il servizio ADI deve poter contare su una serie di appoggi, dove far confluire le richieste degli operatori e delle famiglie e le chiamate di urgenza. Il servizio ADI adotta strumenti di valutazione multidimensionale gestiti direttamente dall'UVM per stabilire il livello di non autosufficienza al fine di ottimizzare l'intervento individualizzato.

All'interno della nostra organizzazione sono state stabilite abbreviazioni per identificare le diverse funzioni. Tali abbreviazioni, di seguito riportate, vengono utilizzate anche all'interno del presente manuale, delle procedure e di tutta la documentazione prodotta.

| | |
|------------|--|
| CDA | Consiglio di Amministrazione |
| PR | Presidente |
| DG | Direzione Generale |
| RPD | Rappresentante della Direzione |
| RGQ | Responsabile Sistema Gestione Qualità |
| RAM | Responsabile Amministrazione |
| RPG | Responsabile Fabbisogno e Progettazione |
| RCS | Responsabile Coordinamento Servizi Operativi |
| RGA | Responsabile Gestione Gare |

| | |
|------------|------------------------------------|
| SGQ | Sistema di Gestione per la Qualità |
| MdQ | Manuale della Qualità |
| PQ | Procedura della Qualità |
| Mod | Modulo |
| IO | Istruzione Operativa |
| VI | Verifica Ispettiva |
| NC | Non Conformità |
| AC | Azione Correttiva |
| AP | Azione Preventiva |

Sistema di Gestione per la Qualità

INDICE DEL CAPITOLO

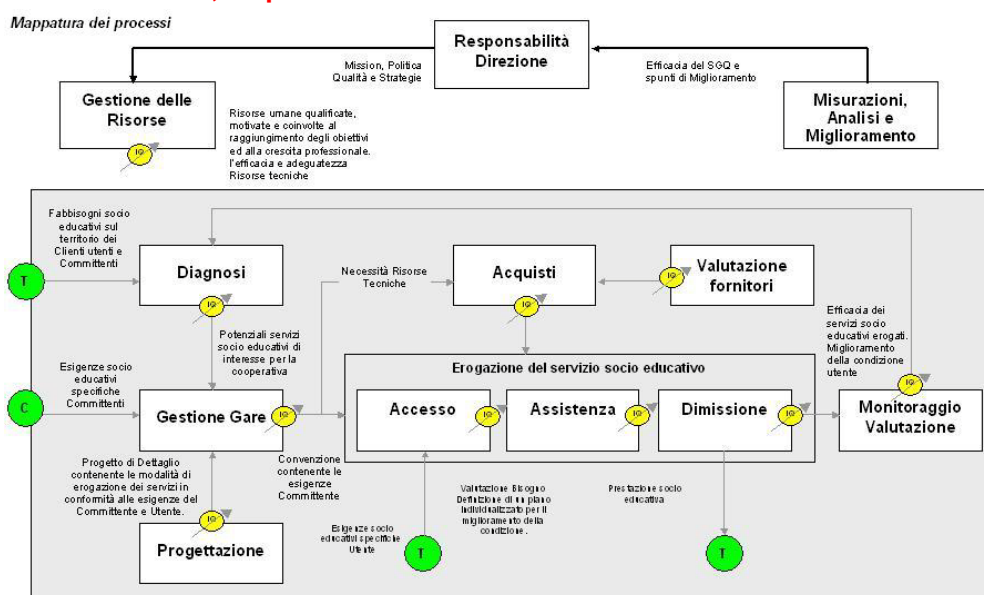
| | |
|--|----------|
| 1. Requisiti Generali | 1 |
| 1.1 Processi, sequenze e interazioni | 2 |
| 1.2 Processi affidati in “out-sourcing” | 2 |
| 2. Requisiti relativi alla documentazione | 5 |
| 2.1 Generalità e struttura del SGQ..... | 6 |
| 2.2 Tenuta sotto controllo dei documenti | 6 |
| 2.3 Tenuta sotto controllo delle registrazioni..... | 6 |

1 Requisiti generali

La nostra organizzazione ha deciso di studiare, documentare, applicare e mantenere aggiornato un Sistema di Gestione per la Qualità rispondente ai requisiti della norma di riferimento, e di migliorarne con continuità la sua efficacia/efficienza. Sono stati identificati i processi che danno valore aggiunto e tra questi quelli necessari alla realizzazione del SGQ conforme alla norma UNI EN ISO 9001'08 e vengono gestiti in accordo con tale norma. A tal fine la nostra organizzazione ha provveduto a:

- identificare i processi necessari per il SGQ e la loro applicazione nell'ambito di tutta l'organizzazione;
- stabilire la sequenza e le interazioni tra questi processi;
- stabilire i criteri e i metodi necessari per assicurare l'efficace funzionamento e controllo dei processi;
- assicurare disponibilità di risorse e informazioni necessarie per supportare il funzionamento dei processi;
- monitorare, misurare ed analizzare tali processi;
- attuare azioni necessarie per conseguire i risultati pianificati ed il miglioramento continuo dei processi;

1.1 Processi, sequenze ed interazioni



1.2 Processi affidati in “out-sourcing”

L'azienda opera in un settore che richiede una notevole flessibilità e velocità di risposta alle esigenze del mercato, proprio per questo motivo può decidere di utilizzare “l'outsourcing” quale strumento più efficace per rispondere a tali esigenze di mercato. I processi che possono essere affidati in outsourcing dalla nostra organizzazione sono tutti quei servizi erogati da personale esterno con contratti di collaborazione (operatori sociali, educatori, fisioterapisti, infermieri, ecc.). Tali collaboratori sono scelti con effettiva preparazione accertata, comunque formati prima di operare in campo e selezionati e costantemente valutati in termini di competenza, esperienza, titoli, e capacità attitudinali come se fossero a tutti gli effetti personale interno della Organizzazione.

2 Requisiti relativi alla documentazione

La documentazione del SGQ descrive gli strumenti tecnico, gestionali, anche a livello documentale, adottati dalla nostra organizzazione per pianificare, eseguire, verificare e documentare tutte le attività aventi diretta influenza sulla qualità dei servizi forniti.

2.1 Generalità e struttura del SGQ

La documentazione del SGQ rilevante ai fini della qualità può essere suddivisa in due tipologie di documenti:

- Documenti descrittivi e prescrittivi del SGQ**, che si ispirano alla Politica per la Qualità e che rappresentano il riferimento documentale per l'intera gestione del Sistema Qualità:
 - **Manuale della Qualità**: è il documento principale del SGQ, il cui scopo primario è di fornire la descrizione del SGQ e di essere il principale riferimento nell'applicazione e nell'aggiornamento del Sistema stesso. Oltre ad enunciare la Politica per la Qualità, infatti, descrive l'organizzazione, traccia

le linee guida del SGQ, specifica il campo di applicazione del SGQ nonché i dettagli sulle eventuali esclusioni e le relative giustificazioni, elenca le procedure, elenca i processi e le loro interazioni ed indica la struttura documentale di supporto al Sistema stesso.

- **Politica per la Qualità:** è un documento che descrive gli obiettivi a carattere generale dell'organizzazione. Essa comprende un piano di azioni ed un quadro di riferimento per stabilire e riesaminare gli obiettivi per la qualità. Il conseguimento di tali obiettivi può avere impatto positivo sulla qualità del servizio, sull'efficacia operativa e sulle prestazioni tecnico-finanziarie e, quindi, sulla soddisfazione e sulla fiducia di tutte le parti interessate.
- **Piano di miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità:** è il piano degli obiettivi e traguardi, coerenti con la Politica della Qualità, definiti dall'Ente, misurabili e monitorati a scadenze prestabilite. Esso costituisce la modalità pratica per mettere in atto i principi enunciati nella Politica della Qualità e consentire l'impostazione del miglioramento continuo.
- **Procedure Gestionali:** sono lo strumento dinamico dell'organizzazione che, attraverso una precisa e chiara descrizione degli obiettivi, indicano quali attività, processi e funzioni sono implicate, come, quando, dove deve essere cronologicamente regolato il coinvolgimento e mettono in evidenza: le relazioni tra le funzioni coinvolte nell'attività in oggetto, i flussi delle informazioni e dei documenti, le modalità operative, i tempi e le fasi cronologiche dell'attività in oggetto, la documentazione usata. Le procedure sono riportate all'interno del Manuale della Qualità stesso.
- **Protocolli Operativi:** riportano informazioni di dettaglio inerenti le specifiche attività (Scheda Psico-Sociale, Piano Operativo Assistenza Domiciliare, ecc.).
- **Documenti descrittivi e prescrittivi tecnici**, che si ispirano alla Politica per la Qualità e che rappresentano il riferimento documentale per l'intera gestione del Sistema Qualità:
 - **Capitolato d'Appalto:** è un documento nel quale si trovano chiaramente indicati i requisiti minimi, le caratteristiche prestazionali e funzionali, del servizio che dovrà essere progettato e sviluppato;
 - **Piano Sociale Regionale**, di durata triennale, è lo strumento di governo del sistema dei servizi e degli interventi sociali, mediante il quale la Regione stabilisce le priorità di intervento per il periodo di riferimento ed individua le responsabilità e le collaborazioni istituzionali necessarie per realizzare un sistema organico dei servizi sociali. Definisce, in particolare, gli ambiti territoriali per la gestione unitaria dei servizi, con la promozione di forme di cooperazione tra i comuni interessati, le condizioni per il governo del sistema locale dei servizi, con particolare riferimento ai Piani di Zona, gli indirizzi e i criteri per l'approvazione degli standard strutturali, organizzativi e funzionali dei servizi e delle strutture, gli indirizzi e i criteri generali per la formazione e l'aggiornamento del personale, le modalità di verifica dell'andamento dei servizi e della qualità degli interventi.
 - **Piano di Zona:** di durata triennale, è lo strumento di pianificazione delle politiche sociali dell'ambito territoriale, che specifica le previsioni del Piano Sociale Regionale contenente gli obiettivi volti a ridurre le aree di criticità, le tipologie di azioni, le linee strategiche in grado di condurre alla programmazione di interventi rispetto a specifici ambiti tematici, il personale e le risorse strutturali e finanziarie da utilizzare, i criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, le modalità di integrazione e coordinamento delle attività socio-assistenziali con quelle sanitarie ed educative, le modalità di realizzazione del coordinamento con le pubbliche istituzioni e con gli enti interessati, le forme di collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
 - **Norme Tecniche, Capitolati, Direttive, ...**, che identificano i requisiti che devono essere soddisfatti da particolari servizi o processi. Tali documenti sono richiamati (direttamente o indirettamente) dal Manuale della Qualità, Procedure Gestionali o dalle Istruzioni Operative;
- **Documenti di registrazione della Qualità:** documenti che vengono redatti durante lo svolgimento delle attività, e forniscono l'evidenza oggettiva che queste siano conformi ai requisiti previsti, testimoniando la corretta applicazione delle prescrizioni e documentando quindi il soddisfacimento dei requisiti di qualità.

L'aggiornamento della documentazione su indicata viene eseguito in caso di riscontro di non conformità del Sistema Qualità dovuto a carenze documentali, in funzione delle necessità di miglioramento, completamento e/o integrazione derivanti da lacune o da esigenze di specificazione, sulla base di variazioni della struttura e organizzazione ovvero nel caso si verifichi un mutamento degli obiettivi.

Le procedure della qualità sviluppate nell'ambito del SGQ, sono quelle riportate nella seguente Tabella.

| Procedure Gestionali | Rif. norma | Procedure Gestionali | Rif. norma |
|---|------------|--|------------|
| Documenti Descrittivi e Prescrittivi | 4.2.1 | Assistenza Domiciliare – Scolastica disabili | 7.5 |
| Documenti di Registrazione | 4.2.1 | Segretariato Sociale | 7.5 |
| Verifiche Ispettive Interne | 8.2.2 | Gestione delle Non Conformità | 8.3 |
| Gestione Gare Appalto | 7.2.2 | Gestione delle Azioni Correttive | 8.5.2 |
| Progettazione Servizi Socio Assistenziali | 7.3 | Gestione delle Azioni Preventive | 8.5.3 |

2.2 Tenuta sotto controllo dei documenti

Il controllo della documentazione garantisce che i documenti siano:

- elaborati, verificati ed approvati, circa la loro adeguatezza, dalle funzioni coinvolte;
- distribuiti con modalità controllate;
- identificati in funzione della tipologia, delle modifiche e del loro stato di revisione;
- utilizzati nei luoghi nei quali si svolgono le attività oggetto dei documenti;
- aggiornati ed approvati dalle stesse funzioni emittenti;
- rimossi prontamente, quando superati, e sostituiti dalle copie revisionate;
- archiviati in originale dai responsabili individuati dalle procedure applicabili;

Il controllo dei documenti viene attuato mediante **Elenchi Documenti** (master list che riporta, per ciascun documento, lo stato di revisione e quali sono le funzioni cui distribuire la nuova revisione).

Ogni documento è caratterizzato da un ciclo di vita che passa per i seguenti stati: *redazione-modifica* (il documento non è applicabile perché in fase di redazione o modifica), *verifica* (eseguita per accertarne l'adeguatezza ai relativi scopi e campi di applicazione e nei confronti del SGQ), *approvazione* (definitivo assenso ai contenuti del documento in seguito al quale il documento stesso risulta immediatamente applicabile), *attivo-distribuito* (il documento è approvato, applicabile e distribuito), *superato-archiviato* (il documento non è applicabile perché annullato o sostituito da una revisione successiva).

Le responsabilità relative al ciclo di vita dei documenti della qualità sono riportate nella seguente Tabella:

| Documento | Redazione Modifica | Verifica Approvazione | Distribuzione | Archiviazione |
|-------------------------|--------------------|-----------------------|---------------|---------------|
| Manuale della Qualità | RGGQ | DG | RGQ | RGQ |
| Politica per la Qualità | DG | DG | RGQ | RGQ |
| Procedure Gestionali | RGQ | DG | RGQ | RGQ |
| Protocolli Operativi | RGQ | DG | RGQ | RGQ |
| Moduli (master) | RGQ | DG | RGQ | RGQ |

I documenti esterni considerati in questa sede sono tutti i documenti di supporto alla corretta gestione del sistema qualità ed attinenti alla erogazione dei servizi (norme, direttive, specifiche di servizio, procedure esterne e comunque), tutti i documenti che riportano informazioni di carattere tecnico/legislativo che possono avere influenza sulle attività del sistema qualità e tutti i documenti degli utenti. Tale documentazione è identificata al suo ingresso dal RGQ il quale ha cura di assicurarne poi anche l'archiviazione. Inoltre, il RGQ provvede a riesaminare tutti i documenti tecnici di provenienza esterna nonché quelli di natura normativa per assicurare:

- la compatibilità dei medesimi con la documentazione eventualmente già acquisita;
- la compatibilità dei medesimi con le specifiche tecniche applicabili;
- la individuazione di eventuali modifiche da apportare ai documenti interni;
- la presenza di informazioni necessarie per l'esecuzione di determinate attività.

Ogni documento è verificato e approvato dalle stesse funzioni che hanno verificato e approvato la revisione precedente, salvo diversa disposizione. Il RGQ costituisce il riferimento per tutte le funzioni coinvolte nell'emissione di un documento ai fini dell'accesso a tutte le informazioni necessarie. In ogni documento, dove possibile, è indicata la natura della modifica apportata rispetto alla revisione precedente limitatamente ai documenti di gestione della Qualità, oltre alla descrizione della modifica apportata, il RGQ provvede anche ad evidenziare, mediante sottolineatura, la parte interessata dalla modifica.

Procedura di gestione dei Documenti Descrittivi e Prescrittivi interni

| Attività | R | Descrizione |
|------------------------------|-------|---|
| Esigenza documentazione | Tutti | La predisposizione di un nuovo documento prescrittivo/descrittivo o modifica può nascere da diverse esigenze: richieste da parte del personale, nuove esigenze, validazione processi, modifiche al SGQ, ecc. Ogni richiesta viene valutata. |
| Stesura | RGQ | Si provvede alla stesura /modifica della documentazione. |
| Verifica documentazione | RdF | Tale fase di verifica viene effettuata per valutare ed accertare: l'adeguatezza allo scopo e campo di applicazione e nei confronti del SGQ, la facilità di lettura e comprensione (che il documento sia leggibile e comprensibile per chi lo deve utilizzare), la corretta identificazione. L'esito della verifica è riportato sul documento stesso. Nel caso trattasi di modifica di un documento deve essere verificato che sul nuovo documento vi sia una descrizione della modifica e che sia riportato lo stato di revisione. |
| Approvazione documentazione | DG | Il documento predisposto/modificato deve essere approvato. Si dà il definitivo assenso ai contenuti del documento in seguito al quale il documento stesso risulta immediatamente applicabile. |
| Distribuzione documentazione | RGQ | Il documento viene distribuito. Nel caso in cui trattasi di modifica devono essere rintracciate le persone che erano in possesso della vecchia revisione al fine di sostituirla con le copie aggiornate. Tutte le copie delle revisioni superate devono essere ritirate al fine di evitare che vengano utilizzati documenti non più validi. L'originale viene identificata con la dicitura "SUPERATO" ed archiviata al fine di poter ricostruire la storia del documento stesso. La documentazione consegnata viene controfirmata per accettazione dal destinatario e successivamente aggiornato l'elenco di distribuzione. |
| Verifica disponibilità | RGQ | A consegna effettuata deve essere verificato che la documentazione predisposta/aggiornata sia disponibile sui luoghi di lavoro e che non siano presenti copie di documenti superati. |
| Addestramento | RGQ | Tutto il personale deve essere informato circa l'adozione della nuova documentazione e le specifiche descritte. In caso di predisposizione di nuova modulistica il personale per esempio deve essere informato sulle sue modalità di compilazione. |

Procedura di gestione dei Documenti di origine esterna

| Attività | R | Descrizione |
|----------------------------|-----|---|
| Ricevimento Documentazione | RGQ | I documenti esterni considerati in questa sede sono tutti i documenti di supporto alla corretta gestione del sistema qualità ed attinenti alla erogazione dei servizi (norme, direttive, specifiche di servizio, procedure esterne e comunque), tutti i documenti che riportano informazioni di carattere tecnico/legislativo che possono avere influenza sulle attività del sistema qualità e tutti i documenti degli utenti (referti, diagnosi, certificati, impegnative, ecc.) |
| Verifica | RGQ | Si deve sempre verificare: <ul style="list-style-type: none"> la compatibilità con quanto inviato (nel caso in cui era stata già acquisita la documentazione); la compatibilità con specifiche tecniche e risorse disponibili; la compatibilità con documenti di origine interna |
| Recepimento | RGQ | La documentazione di origine esterna viene recepita. Le copie delle revisioni superate devono essere ritirate al fine di evitare che vengano utilizzati documenti non più validi. L'originale superata deve essere archiviata al fine di poter ricostruire la storia del documento stesso. |
| Verifica disponibilità | RGQ | A consegna effettuata deve essere verificato che la documentazione predisposta/aggiornata sia disponibile sui luoghi di lavoro e che non siano presenti copie di documenti superati. |
| Addestramento | RGQ | Tutto il personale deve essere informato circa l'adozione della nuova documentazione e le specifiche descritte. In caso di predisposizione di nuova modulistica il personale per esempio deve essere formato sulle sue modalità di compilazione. |
| Verifica validità | RGQ | I documenti di origine esterna devono essere verificati in funzione della loro adeguatezza e validità con scadenza sistematica. La verifica sulla validità del documento e sulla sua adeguatezza deve essere effettuata cercando conferma presso la fonte. Nel caso in cui la documentazione non dovesse essere valida è necessario contattare il mittente per ottenere la versione aggiornata. |

2.3 Tenuta sotto controllo delle registrazioni

Tutte le registrazioni sono compilate in modo leggibile e recano sempre la data di emissione e le firme dei responsabili della compilazione. Esse vengono conservate in modo tale da essere prontamente rintracciabili e non soggette a deterioramento o a smarrimento dai responsabili individuati dalle specifiche procedure di riferimento. Le specifiche di identificazione, compilazione, distribuzione, archiviazione, protezione, reperibilità, definizione della durata di conservazione e modalità di eliminazione delle registrazioni sono specificate nelle procedure di riferimento. Ove previsto contrattualmente le registrazioni specificate sono rese disponibili a cura del RGQ per essere visionate da Clienti o da loro rappresentanti.

Procedura di gestione dei Documenti di Registrazione

| Attività | R | Descrizione |
|-----------------------|-----|---|
| Identificazione | RGQ | Tutti i documenti di registrazione devono essere identificati rispetto al tipo di registrazione e se riferite a commesse o clienti specifici in relazione alla commessa o al cliente. |
| Archiviazione | RGQ | Per ogni documento di registrazione deve essere definita la modalità di archiviazione cioè il luogo fisico di archiviazione, il criterio di archiviazione (per data, per progressivo, ecc.) ed il relativo responsabile di archiviazione onde garantire una efficace ed efficiente reperibilità degli stessi. |
| Protezione | RGQ | Ove necessario devono essere specificate le modalità di protezione della documentazione di registrazione onde evitare deterioramenti, perdite e manomissione degli stessi. |
| Durata conservazione | RGQ | Per ogni documento di registrazione deve essere definito il periodo di archiviazione il quale deve tenere conto di eventuali requisiti cogenti. |
| Modalità eliminazione | RGQ | Ove necessario, soprattutto per i documenti di registrazioni riservate, devono essere specificate le modalità di eliminazione onde evitare che le stesse vengano portate a conoscenza di parti esterne in fase di eliminazione. |

Responsabilità della Direzione

INDICE DEL CAPITOLO

| | | |
|-----------|---|----------|
| 1. | Impegno della Direzione | 1 |
| 2. | Attenzione focalizzata al Cliente | 2 |
| 3. | Politica per la Qualità | 3 |
| 4. | Pianificazione | 4 |
| 4.1 | Obiettivi per la qualità..... | 3 |
| 4.2 | Pianificazione del SGQ | 4 |
| 5. | Responsabilità, autorità e comunicazione | 4 |
| 5.1 | Responsabilità ed autorità..... | 5 |
| 5.1.1 | Organigramma aziendale..... | 5 |
| 5.2 | Rappresentante della Direzione | 6 |
| 5.3 | Comunicazione interna | 6 |
| 6. | Riesame da parte della Direzione | 4 |
| 6.1 | Generalità | 6 |
| 6.2 | Elementi in ingresso per il riesame | 6 |
| 6.3 | Elementi in uscita dal riesame | 6 |

1 Impegno della Direzione

La Direzione dalla nostra organizzazione è formalmente impegnata nello sviluppo e nella messa in atto del SGQ e nel miglioramento continuo della sua efficacia. La Direzione ha comunicato all'organizzazione l'importanza di ottemperare ai requisiti del cliente ed a quelli cogenti applicabili, ha stabilito la Politica per la Qualità, ha definito gli obiettivi per la qualità, coerenti con la Politica per la Qualità, ha predisposto un Manuale della Qualità ove viene descritto il SGQ, effettua i riesami del SGQ a fine di verificare l'efficacia del SGQ, ha identificato e assegnato risorse adeguate a tutte le aree del SGQ (sia tecniche, che finanziarie che umane) in relazione alla importanza e criticità di queste ultime ai fini dell'influenza sulla qualità.

2 Attenzione focalizzata al Cliente

La Direzione ritiene il successo dell'organizzazione funzione della sua capacità di comprendere e soddisfare le esigenze e le aspettative, presenti e future, delle parti interessate quali **Committente** (Ente pubblico o privato che commissiona la progettazione e/o l'erogazione di un servizio e che richieda anche garanzie sulla ottima riuscita), **Cliente Utente** (colui che usufruisce del servizio erogato), **Famigliari e rete primaria, Associazioni di tutela degli utenti, Soci, Dipendenti e Collaboratori** (interessati a svolgere il proprio lavoro in condizioni controllate e in ambiente di lavoro idoneo). Nei confronti di tutte queste categorie sono adottate delle modalità di identificazione e comprensione delle esigenze sia in modo diretto che sfruttando le informazioni di ritorno (inclusi gli obblighi legali). La nostra organizzazione assume la soddisfazione del Committente ed il miglioramento della condizione di vita del Cliente Utente quale obiettivo strategico da perseguire.

3 Politica per la Qualità

Politica della Qualità

Lo sviluppo in area socio – assistenziale – educativa richiede l'intervento di attori sempre più qualificati, preparati a gestire l'innovazione e la complessità. La missione della nostra Cooperativa è di perseguire, senza fini di lucro, l'interesse generale della comunità, la promozione umana e l'integrazione sociale dei cittadini attraverso la gestione di servizi socio – assistenziali – educativi. La solidarietà, lo sviluppo e l'affermazione della dignità dell'uomo, inteso nella sua globalità psicologica, biologica e sociale costituiscono l'impegno ispiratore dell'azione della Cooperativa.

In definitiva, coerentemente con gli impegni espressi nello Statuto e nella Mission, la nostra Cooperativa si impegna a perseguire i seguenti obiettivi generali:



Per perseguire gli intenti che l'organizzazione si è posta, essa ha:

- implementato e mantiene attivo un SGQ in conformità alla Norma UNI EN ISO 9001'08 che ha lo scopo di garantire che quanto realizzato sia conforme ai requisiti e agli obiettivi dichiarati;
- predisposto una Carta dei Servizi per divulgare al cittadino ed Enti Locali la sua missione, i suoi servizi, i criteri di accesso ai servizi, le modalità di funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti, le procedure per assicurare la tutela degli utenti, la trasparenza dei propri servizi;
- attivato specifiche fasi di verifica e di riesame del sistema qualità per assicurare che gli strumenti utilizzati siano applicati ed adeguati agli obiettivi e agli scopi del sistema qualità stesso;
- provveduto alla sensibilizzazione e formazione continua del personale coinvolto nelle attività aventi influenza sulla qualità, ai fini di un suo profondo coinvolgimento collaborativo nella gestione aziendale e della garanzia di una professionalità sempre competitiva;
- posto un'attenzione continua alle seguenti parti interessate: Committente, Cliente Utente, Familiari e rete primaria, Associazioni di tutela degli utenti, Soci, Dipendenti e Collaboratori;
- definito specifici obiettivi di qualità concreti e misurabili, in funzione delle esigenze espresse dalla gestione del SGQ, nel rispetto delle strategie aziendali e delle risorse disponibili;

La Direzione crede profondamente in questo e si impegna a diffondere e promuovere la qualità in azienda.

La politica per la qualità viene fornita a tutto il personale, per garantire diffusione e comprensione a tutti i livelli gerarchici. In occasione dei riesami della Direzione viene riesaminata al fine di accertarne la continua idoneità.

4 Pianificazione

4.1 Obiettivi per la qualità

La Direzione provvede a definire, di concerto con i vari responsabili di funzione, nel rispetto di quelle che sono le valutazioni effettuate in merito alla gestione attuale delle attività e dei possibili orizzonti di miglioramento nel breve e medio termine e coerentemente con la politica per la qualità, specifici obiettivi misurabili, per pertinenti livelli e in corrispondenza dei processi ritenuti critici, tali da garantire il raggiungimento di un miglior stato organizzativo, gestionale e produttivo dei processi ed il rispetto dei requisiti dei servizi.

Tali obiettivi, formalizzati sul **Piano di Miglioramento**, vengono concordati dai vari responsabili di funzione con la Direzione e a sua volta ogni responsabile di funzione può proporre i propri obiettivi di concerto con i propri collaboratori, al fine di generare in processo di coinvolgimento e motivazione di tutto il personale. Questo sistema permette di conoscere anche il contributo che ogni singolo processo fornisce per il raggiungimento degli obiettivi generali.

4.2 Pianificazione del SGQ

Il SGQ è attualmente formalizzato e pianificato in un Manuale della Qualità che disciplina tutte le operazioni aventi influenza sulla qualità del sistema e del prodotto. E' prevista inoltre la predisposizione di apposite Procedure Gestionali, nonché di Istruzioni Operative, laddove si rendesse necessario integrare le attuali previsioni generali, al fine di adattare alle esigenze di nuovi, futuri clienti. La nostra organizzazione in definitiva, sempre che non venga richiesta contrattualmente o salvo altri casi particolari, non effettua una Pianificazione della Qualità specifica per commessa.

Per ogni obiettivo della qualità come garanzia del miglioramento continuo, vengono definiti, sul **Piano di Miglioramento** anche gli impegni ed azioni con le quali s'intende raggiungere gli obiettivi specifici precedentemente posti, le relative responsabilità di attuazione, il tempo di realizzazione e le relative risorse. Tali obiettivi vengono riesaminati e tenuti sotto controllo ad intervalli stabiliti, mediante verifiche intermedie dei risultati, durante le fasi di Riesame della Direzione e nel caso di inadeguatezza del loro livello di realizzazione, si interverrà con azioni correttive.

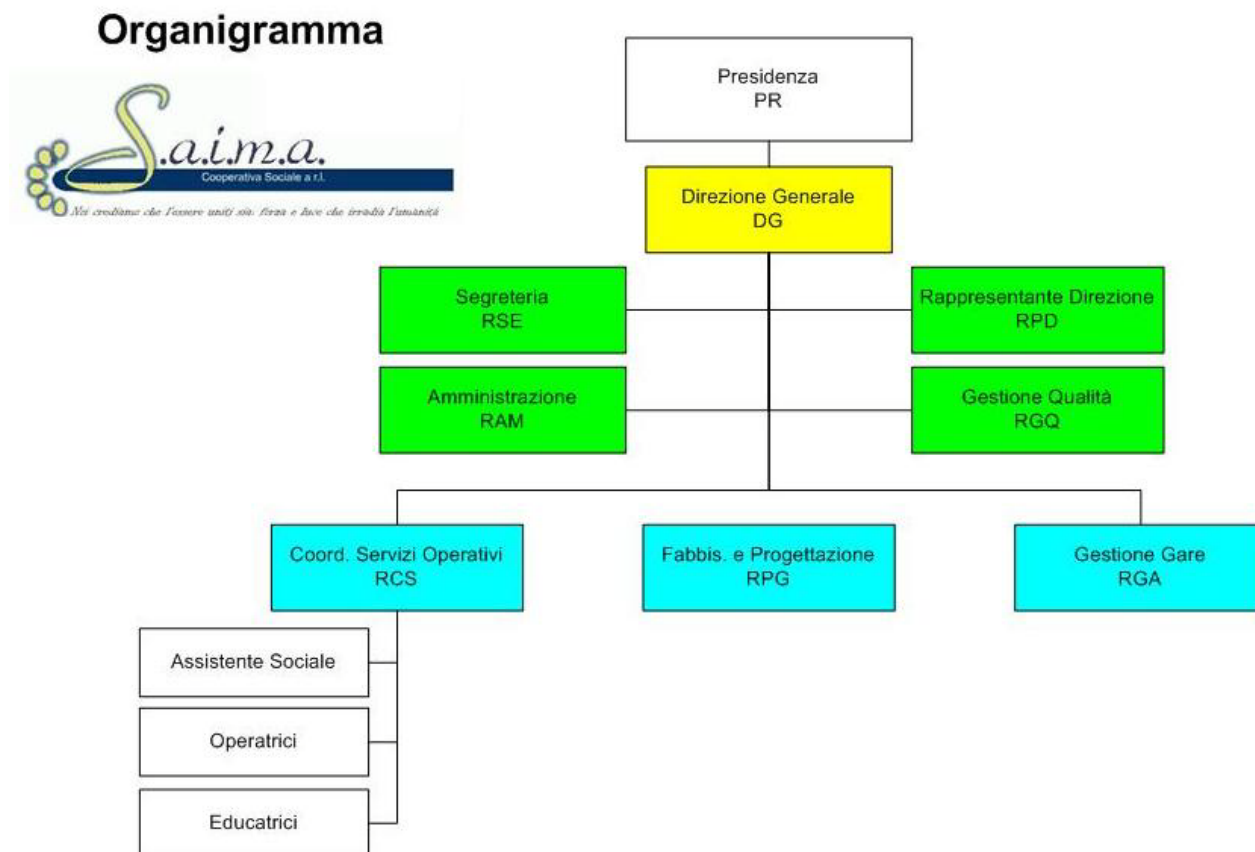
5 Responsabilità, autorità e comunicazione

5.1 Responsabilità ed autorità

La nostra organizzazione è dotata di una struttura organizzativa che definisce con chiarezza e completezza i compiti, le responsabilità le autorità ed i canali di comunicazione del personale operante nell'ambito del SGQ. Tale struttura organizzativa comprende diverse funzioni dipendenti e coordinate dalla Direzione.

L'organizzazione generale è espressa dalla rappresentazione grafica della suddivisione in aree di competenza (organigramma), integrata da una descrizione dettagliata delle singole posizioni organizzative (mansionario) contenuta del documento **Profilo di Posizione**. Presso tutte le funzioni ed i reparti sono disponibili copie dell'organigramma nominativo cosicché la struttura organizzativa aziendale risulta portata alla conoscenza di tutti. Ciascuna funzione ha il dovere di collaborare, sia a livello personale che per quanto attiene le proprie responsabilità in seno alla propria funzione, con tutte le altre funzioni e reparti al fine di raggiungere una maggiore efficienza ed efficacia delle attività svolte.

5.1.1 Organigramma aziendale



5.2 Rappresentante della Direzione

La Direzione ha designato il Rappresentante della Direzione (RPD). Egli, componente della struttura direzionale, sotto la sola diretta dipendenza della Direzione Generale, è incaricato ed autorizzato ad assicurare che le procedure dal presente manuale ed in generale dalla normativa sulla qualità siano applicate, mantenute ed aggiornate.

In particolare, pur avendo altri incarichi e mansioni all'interno dell'organizzazione che non comportano però una diminuzione dell'attività riferibile all'incarico del presente articolo, egli è autorizzato a:

- riferire alla Direzione sulle prestazioni del SGQ e sulle esigenze di miglioramento;
- promuovere i miglioramenti che ritiene più opportuni;
- assicurare che i processi necessari per il SGQ siano predisposti, attuati e tenuti aggiornati;
- assicurare la promozione della consapevolezza dei requisiti del cliente nell'ambito dell'organizzazione.

Il Rappresentante della Direzione è incaricato altresì a intraprendere le azioni correttive e preventive necessarie per garantire che tutte le attività aziendali siano svolte in conformità alle prescrizioni del presente Manuale della Qualità e in tutta la documentazione di descrizione del SGQ.

5.3 Comunicazione interna

Allo scopo di favorire il dialogo tra le risorse umane ai vari livelli al fine di motivarle, stimolarle e renderle partecipi creando il senso di appartenenza al "gruppo" e limitare l'insorgere di incomprensioni o anomalie di qualsiasi genere la Direzione assicura comunicazioni interne che vengono portate a conoscenza tramite incontri, avvisi in bacheca, comunicazioni interne e momenti di formazione. Le comunicazioni esterne ricevute o destinate alle parti interessate sono regolarmente recapitate.

6 Riesame da parte della Direzione

Per assicurare la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia del SGQ la Direzione pianifica ed effettua dei riesami del SGQ consistenti in una valutazione:

- dell'efficacia/efficienza del SGQ nel soddisfare i requisiti della Politica per la Qualità, i suoi obiettivi, i requisiti espressi e cogenti del prodotto/servizio, i requisiti della norma UNI EN ISO 9001'008
- della necessità di aggiornare parti del SGQ in funzione delle mutate esigenze di conduzione aziendale inerenti a processi, prodotti/servizi e degli obiettivi di qualità;
- delle necessità di risorse tecniche ed umane;
- della necessità di miglioramento che si dovessero rendere necessarie.
- della soddisfazione delle aspettative dei Committenti e Clienti Utenti;

Tale riesame viene effettuato nel corso di una riunione, cui prendono parte tutti i responsabili di funzione.

6.1 Elementi in ingresso per il riesame

Gli elementi che vengono presi in considerazione durante tali riesami sono:

- le risultanze delle verifiche ispettive interne, da clienti e/o da enti di certificazione eseguite nel corso del periodo preso a riferimento;
- lo stato delle azioni (correttive e preventive) comprese quelle intraprese nei precedenti riesami effettuati;
- il feedback dei Committenti e Clienti Utenti ed eventuali segnalazioni;
- le modifiche che potrebbero avere effetti sul SGQ e le raccomandazioni per il miglioramento;
- i risultati derivanti dall'uso delle tecniche statistiche;
- le attività di addestramento e formazione del personale, incluso un giudizio sulla loro efficacia;
- l'eventuale ridefinizione delle strategie, tenendo conto delle nuove opportunità di mercato e/o delle nuove condizioni sociali, ambientali e commerciali che si sono venute a creare.
- l'adeguatezza e l'idoneità della Politica della Qualità e della Carta dei Servizi;
- prestazioni dei processi, la loro efficacia e la conformità dei servizi;
- le tipologie di Non Conformità riscontrate e le relative risoluzioni adottate;
- lo stato di perseguimento degli obiettivi di miglioramento stabiliti (e i dati a dimostrazione dei risultati raggiunti), sia per verificare l'effettivo raggiungimento di alcuni di essi che per verificare le motivazioni che hanno portato ad eventuali fallimenti e/o ritardi in tal senso.

6.2 Elementi in uscita dal riesame

Al termine del riesame della direzione vengono intraprese azioni e decisioni relative al:

- miglioramento dell'efficacia SGQ, dei processi e servizi in relazione ai requisiti dei Committenti e Utenti.
- necessità di risorse (ridefinizione di un piano di addestramento);

Al termine della riunione di Riesame del SGQ il RGQ redige ed archivia un **Verbale di Riesame** approvato dalla Direzione, in cui riporta le principali problematiche riscontrate e le conseguenti azioni correttive e/o preventive predisposte, nonché le disposizioni dello stesso per migliorare il SGQ. Inoltre, al termine di ogni Riesame del SGQ, vengono ridefiniti, se lo si ritiene necessario, specifici obiettivi di qualità e nuovi Piani di Miglioramento.

Gestione delle Risorse

INDICE DEL CAPITOLO

| | |
|--|---|
| 1. Messa a disposizione delle risorse..... | 1 |
| 2. Risorse umane..... | 2 |
| 2.1 Competenza, consapevolezza e addestramento | 3 |
| 3. Infrastrutture..... | 2 |
| 4. Ambiente di lavoro | 2 |

1 Messa a disposizione delle risorse

La nostra organizzazione, allo scopo di assicurare l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali, il loro raggiungimento e raggiungere la soddisfazione del cliente, individua e rende disponibili le risorse necessarie, intendendo con ciò sia le risorse umane, sia le infrastrutture, sia l'ambiente di lavoro.

2 Risorse umane

All'interno della nostra organizzazione è necessario che ogni dipendente si senta motivato coinvolto nella crescita aziendale, che vi sia una condivisione delle conoscenze ed esperienze tra i dipendenti ed una maggiore responsabilizzazione in riferimento ai compiti assegnati. Il personale, a tutti i livelli (responsabile di struttura con funzioni direttive, psicologa con funzioni di coordinamento, medico consulente, assistente sociale, assistente di base coordinatrice, assistenti di base, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, educatori, assistenti all'infanzia, cuoche, obiettori di coscienza, ecc.) costituisce l'essenza dell'organizzazione e il pieno coinvolgimento delle sue capacità consente di operare con successo.

Obiettivo della nostra organizzazione è stabilire le responsabilità e le modalità operative messe in atto per pianificare e gestire l'addestramento e la qualifica di tutto il Personale al fine di garantire il miglioramento dell'attività, approfondire le problematiche connesse con la qualità e soprattutto motivare e coinvolgere ogni dipendente alla crescita. Tutto il personale viene assegnato ai vari incarichi in base alla competenza, risultato di preparazione di base, esperienza, formazione ed abilità.

2.1 Competenza, consapevolezza e addestramento

La nostra organizzazione ha stabilito i requisiti "minimi di accesso" ed i requisiti "ideali" per il personale che esegue attività che influenzano la qualità dei servizi. La nostra organizzazione ritiene che i requisiti "ideali" a differenza dei requisiti "minimi di accesso" che potrebbero essere facilmente raggiungibili, possano davvero stimolare tutto il personale alla crescita, ed al coinvolgimento. I requisiti "ideali" costituiscono il motore per il miglioramento. Le competenze ed i requisiti vengono riportate dal RGQ sul **Profilo di Posizione** soprattutto in funzione dei requisiti professionali richiesti dalle normative di settore.

Le esigenze di formazione possono scaturire da:

- necessità di addestramento o aggiornamento ravvisata dai diversi responsabili durante il corso dell'anno, ponendo in particolare attenzione alle carenze riscontrate nella preparazione del personale.
- piani di formazione professionali emessi dalle Regioni recependo i requisiti professionali richiesti dalle normative di settore;
- richieste particolari fornite dal Committente, dal Cliente Utente o dalle strutture pubbliche;
- obiettivi aziendali in funzioni dei quali è necessario addestrare il personale interno;
- dal "gap" individuato tra competenze ideali che ogni figura dovrebbe possedere e quelle possedute;
- nuove assunzioni, variazioni di incarichi o di mansioni;
- richieste di formazione e aggiornamento da parte dei vari responsabili;
- necessità di formazione ritenute necessarie nel campo della Qualità.
- introduzione di nuove procedure, servizi, ecc.
- rilevazione delle carenze nell'esperienza/addestramento del personale
- aggiornamento/emissione di normative di settore e di servizio;

A tal fine, in occasione del riesame della Direzione, il RGQ redige il **Piano di Formazione** specificando le relative aspettative e scopi. Il programma sarà sottoposto a verifica ed approvazione della Direzione ed esteso dal RGQ a tutti i livelli.

Tutte le attività formative e la relativa valutazione dell'efficacia in relazione alle esigenze e agli obiettivi definiti (prove pratiche su campo, test attitudinali, ecc.) sono riportate dal RGQ sul **Modulo di Formazione**. Nel caso in cui tale formazione non dovesse essere efficace si provvede a richiedere alla Direzione l'attivazione nuove azioni. Per ogni dipendente è assicurata l'aggiornamento del proprio curriculum aziendale da parte del RGQ sul modulo **Scheda Personale**.

In ogni caso durante i riesami della direzione, la Direzione provvede ad assicurare che tutto il personale sia consapevole della rilevanza e dell'importanza delle proprie attività e di come esse contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi per la qualità. Il Piano di Miglioramento infatti viene definito con il supporto di ogni collaboratore e ciò permette di conoscere anche il contributo che ogni singolo processo – funzione – risorsa fornisce per il raggiungimento degli obiettivi generali.

3 Infrastrutture

La nostra organizzazione ha predisposto le infrastrutture necessarie per ottemperare ai requisiti dei servizi. Tali infrastrutture, inventariate nell'**Elenco Risorse Tecniche**, comprendono:

- edifici e spazi di lavoro di proprietà o affidati in gestione;
- attrezzature, impianti ed apparecchiature necessari all'erogazione dei servizi.
- servizi di supporto (comunicazione, ecc.).

Tali risorse e attrezzature sono sottoposte periodicamente ad interventi di adeguamento, manutenzione e verifiche al fine di prevenire il loro cattivo funzionamento o inadeguatezza, verifiche per il rilascio di permessi e certificazioni in conformità a requisiti cogenti (es: verifiche sull'agibilità, verifiche sull'adeguatezza dei piani di evacuazione e antincendio, verifiche periodiche sugli impianti, attrezzature ed apparecchiature, ecc.); tali interventi e verifiche possono comprendere sia quelle previste dai manuali di uso e manutenzione dei costruttori, sia quelle che pur non essendo consigliate dal costruttore sono ritenute critiche a causa di problemi già evidenziatosi, sia quelle relative a requisiti cogenti quali le verifiche sulla sicurezza dei locali.

La responsabilità della gestione delle infrastrutture è del RGQ. Gli interventi manutentivi e la loro periodicità sono definiti nella **Scheda Risorse Tecniche** così anche la registrazione e l'esito degli stessi.

4 Ambiente di lavoro

La Direzione Generale ha da sempre dato particolare importanza alla presenza all'interno dell'organizzazione di rapporti umani e personali prima ancora che formali. Grazie a questa impostazione i rapporti interni sono da sempre caratterizzati da comprensione e collaborazione reciproca. Questo fatto permette di ottenere facilmente il coinvolgimento e la condivisione delle decisioni della direzione da parte di tutti i dipendenti con sicuri riflessi sulle prestazioni globali dell'organizzazione. Affinché ci siano condizioni ottimali di lavoro i Responsabili di funzione individuano le aree ed i fattori fisici (elevata rumorosità dell'ambiente, scarsa illuminazione, polvere, ecc.) e di clima aziendale (stress, insoddisfazione, ecc.) su cui intervenire segnalandole alla Direzione che prende gli opportuni provvedimenti.

Realizzazione del servizio

INDICE DEL CAPITOLO

| | |
|---|----------|
| 1. Pianificazione della realizzazione del servizio | 1 |
| 2. Processi relativi al cliente..... | 2 |
| 2.1 Determinazione dei requisiti relativi al servizio..... | 3 |
| 2.2 Riesame dei requisiti relativi al servizio..... | 4 |
| 2.2.1 Modifiche ai requisiti del servizio | 5 |
| 2.3 Comunicazione con il cliente..... | 5 |
| 3. Progettazione e sviluppo | 6 |
| 3.1 Pianificazione della progettazione e dello sviluppo | 3 |
| 3.2 Elementi in ingresso alla progettazione e allo sviluppo | 4 |
| 3.3 Elementi in uscita dalla progettazione e dallo sviluppo | 5 |
| 3.4 Riesame della progettazione e dello sviluppo | 6 |
| 3.5 Verifica della progettazione e dello sviluppo | 6 |
| 3.6 Validazione della progettazione e dello sviluppo..... | 6 |
| 3.7 Tenuta sotto controllo delle modifiche della progettazione e dello sviluppo | 6 |
| 4. Approvvigionamento..... | 6 |
| 4.1 Processo di approvvigionamento | 3 |
| 4.2 Informazioni per l'approvvigionamento..... | 4 |
| 4.3 Verifica dei prodotti approvvigionati | 5 |
| 5. Erogazione dei servizi..... | 6 |
| 5.1 Tenuta sotto controllo delle attività di erogazione di servizi..... | 3 |
| 5.2 Validazione dei processi di erogazione di servizi | 4 |
| 5.3 Identificazione e rintracciabilità | 5 |
| 5.4 Proprietà del cliente | 5 |
| 5.5 Conservazione dei prodotti..... | 5 |
| 5.6 Tenuta sotto controllo delle attrezzature di monitoraggio e di misurazione | 5 |

1 Pianificazione e realizzazione del servizio

La nostra organizzazione, in funzione dello sviluppo e dell'implementazione del proprio Sistema di Gestione per la Qualità ha effettuato una rivisitazione della sua organizzazione interna e ha identificato e classificato i propri processi, ossia tutte le attività finalizzate al soddisfacimento dei requisiti e delle aspettative delle parti interessate, in particolar modo dei Clienti Utenti.

Ogni attività viene quindi vista come una singola operazione che riceve degli input, li trasforma con l'ausilio di risorse tecniche ed umane aggiungendo valore e li restituisce come output sotto la forma attesa.

Considerando che l'output di ogni processo elementare rappresenta l'input del processo successivo, determinando una stretta correlazione fra i processi, sono stati definiti i diversi processi, i collegamenti fra gli stessi e i modi efficaci per gestirli singolarmente e nella loro correlazione e interdipendenza.

La pianificazione specifica dei singoli processi è stata effettuata nel momento in cui i responsabili hanno steso le procedure e redatto la modulistica di riferimento (documenti di registrazione): tale pianificazione sarà tenuta aggiornata attraverso una periodica revisione della documentazione di sistema per valutarne l'adeguatezza e definirne i potenziali miglioramenti. La pianificazione dell'erogazione dei servizi ha invece inizio all'accesso dell'utente.

La verifica della pianificazione dei processi viene fatta riscontrando l'efficacia delle attività effettuate: la necessità periodica di confermare la validità della documentazione in uso o di revisionarla permette ai responsabili di correggere eventuali errori o imprecisioni e avere quindi procedure e documenti di registrazione di riferimento adeguate alla realtà.

La validazione complessiva della Pianificazione generale dei processi viene poi fatta periodicamente nel riesame della Direzione sulla base dello stato di implementazione del Sistema.

2 Processi relativi al Cliente

L'attività della nostra organizzazione comporta un interfacciarsi continuo con le parti esterne interessate: **Committente** (Ente pubblico o privato che commissiona la progettazione e/o l'erogazione di un servizio e che richieda anche garanzie sulla ottima riuscita), **Cliente Utente** (colui che usufruisce del servizio erogato), **Famigliari e rete primaria, Associazioni di tutela degli utenti, Soci, Dipendenti e Collaboratori** (interessati a svolgere il proprio lavoro in condizioni controllate e in ambiente di lavoro idoneo). Nei confronti di tutte queste categorie sono adottate delle modalità di identificazione e comprensione delle esigenze sia in modo diretto che sfruttando le informazioni di ritorno.

2.1 Determinazione dei requisiti relativi al servizio

L'organizzazione al fine di garantire la soddisfazione del Committente e del Cliente Utente con costanza e continuità, individua i requisiti del Committente e del Cliente Utente e le loro esigenze espresse ed implicite, i requisiti cogenti, intesi come leggi, regolamenti e norme applicabili ed i requisiti fissati dall'organizzazione per l'erogazione dei servizi socio assistenziali attraverso l'analisi dei fabbisogni (diagnosi) cioè:

- analisi della concorrenza e confronto dei propri servizi con quelli della concorrenza (*benchmarking*);
- valutazione del servizio espresso direttamente dal Cliente Utente;
- concertazione con Enti ed Istituzioni per la definizione dei Piani di Zona Sociali;
- studio dell'evoluzione dei bisogni attraverso analisi del sistema informativo dei servizi sociali (SISS) nel campo sociale, le cui funzioni sono quelle della rilevazione delle statistiche ufficiali presso famiglie ed istituzioni, facilitare la lettura dei bisogni e sostenere il potere decisionale;
- aggiornamento sui requisiti cogenti;

Dopo aver individuato tali requisiti, si provvede a trasformarli in requisiti di servizio definiti nei progetti o in loro assenza dai Piani di Zona Sociali richiamati dalle Convenzioni stipulate con gli Enti appaltanti.

2.2 Riesame dei requisiti relativi al servizio

La fase di riesame dei requisiti relativi al servizio è di importanza cruciale per la tipologia di attività condotte dalla nostra organizzazione. Nell'erogazione dei servizi socio assistenziali la conduzione in qualità delle attività impone di soddisfare pienamente le esigenze del Committente e del Cliente Utente anche quando non sono tradotte in chiari requisiti specificati nel contratto.

L'opportunità di partecipare a gare di appalto pubbliche è data soprattutto dal sistema di relazioni consolidato con Enti pubblici ed amministrazioni (procedure ristrette), ma può scaturire anche da informazioni su bollettini regionali, gazzetta ufficiale e altro. L'input può provenire anche da privati per mezzo di richieste di offerte che con subappalti richiedono l'erogazione di servizi specifici.

La modalità di aggiudicazione più utilizzata è l'appalto concorso e ciò presuppone la definizione di un progetto che sia rispondente alle esigenze ed obiettivi del Committente. In tale sede RGA individua le caratteristiche essenziali dell'appalto: modalità di affidamento dell'appalto, ente appaltante (ASL, Ente D'Ambito Sociale Comunità Montana, Comuni, ecc), la località, oggetto dell'appalto, bando e scadenza prevista per la partecipazione. Si individuano tutti i requisiti più importanti e viene effettuata una prima valutazione circa: la tipologia di aggiudicazione (è privilegiato l'appalto concorso), il punteggio richiesto sull'aspetto qualitativo del servizio (privilegiate gare con punteggio molto elevato), qualifiche necessarie per le risorse umane, disponibilità o adeguatezza risorse interne o fornite dal Committente, scarsa redditività prevedibile, complessità della richiesta, inattendibilità ed incompletezza dei dati con conseguente pericolo di imprecisione, la situazione oggettiva della ns. organizzazione (impegni già assunti, ecc.), presenza di eventuali studi sull'evoluzione di tali servizi e sui reali fabbisogni, da analisi della concorrenza, ecc. Dopo aver esaminato la richiesta la DG emette un parere di fattibilità sulla partecipazione o meno alla Gara e l'esito viene formalizzato sul modulo **Gestione Gare Appalto**.

Nel caso in cui trattasi di appalto concorso verrà effettuata una attività di progettazione di massima i cui elementi in uscita dalla progettazione costituiscono l'offerta tecnica che darà successivamente origine all'offerta economica.

Tutta la documentazione prodotta viene verificata dal RGA al fine di accertarsi della rispondenza di quanto offerto a quanto richiesto dal bando di gara e della presenza di tutta la documentazione richiesta dalla gara la cui mancanza potrebbe divenire motivo di esclusione (autocertificazioni, iscrizione agli albi, CCIAA, ecc). L'esito viene formalizzato sul modulo **Gestione Gare Appalto**. In caso di aggiudicazione viene stipulata una convenzione dopo aver accertato la compatibilità con quanto offerto in precedenza.

Una volta stipulata la convenzione vengono effettuati, ad ogni richiesta di accesso (Fase di Ammissione), i riesami dei requisiti specifici del Cliente Utente relativamente ai vari servizi:

Per quanto riguarda l'*Assistenza Domiciliare*, ad ogni richiesta di accesso (fase di ammissione) viene effettuata una verifica della richiesta di attivazione (documento con il quale l'Ente d'Ambito Sociale Territoriale, o Comunità Montana, o il Comune, richiede la prestazione socio assistenziale); nello specifico viene verificata la presenza della diagnosi e del bisogno, la leggibilità, la presenza e la correttezza delle informazioni, la chiarezza del servizio, accessi e durata. La nostra organizzazione prende in carico l'utente e l'assistente sociale effettua una visita di valutazione con la quale indaga sullo stato di bisogno socio assistenziale dell'utente, sul suo grado di non autosufficienza funzionale, sui rapporti affettivo relazionale con i parenti, sul livello di inserimento, sullo stato di salute del paziente e dei parenti, sulle condizioni igienico – ambientali della casa. La valutazione viene fatta mediante accertamento della documentazione sanitaria (verbale di invalidità, certificati, cartelle cliniche da dimissioni ospedaliere) in possesso dell'utente rilasciata dalle commissioni competenti della ASL attestanti il grado di invalidità e le relative patologie. L'esito della valutazione è riportata sulla **Scheda Psico Sociale**.

Per quanto riguarda il *Segretariato Sociale* (SS), ad ogni richiesta di accesso effettuata direttamente dall'utente o da chiunque si faccia portatore di un bisogno (fase di ammissione), l'assistente sociale riporta le informazioni in ingresso sull'apposita **Scheda Segretariato Sociale** (dati anagrafici dell'utente ed il motivo della richiesta). Viene fatta una verifica circa la congruenza tra quanto richiesto dall'utente e quanto potenzialmente erogabile in funzione della convenzione stipulata con la Comunità Montana ed il Piano di Zona. L'esito della verifica è riportato sull'apposita scheda. Si valuta la richiesta e con l'utente si individuano le varie problematiche. In caso di accettazione da parte dell'utente si stipula il contratto definendo le responsabilità reciproche tra l'operatore sociale e l'utente individuando gli obiettivi, le azioni ed i tempi.

Per quanto riguarda l'*Assistenza Scolastica Specialistica* (ASD), ad ogni richiesta di accesso effettuata direttamente dall'Ente, il Coordinatore del Servizio, contattando il Referente della scuola, raccoglie informazioni sul caso, verifica gli orari di partecipazione alle lezioni dell'utente, valuta l'esistenza di particolari esigenze dell'alunno che possano non risultare dal PEI, organizza l'orario di assistenza tenendo presente gli orari dell'insegnante di sostegno, chiede la collaborazione per compilare la **Scheda Informazione Utente** (scheda strutturata per ottenere le informazioni dettagliate sul caso come il percorso didattico e informazioni sugli interventi da erogare).

Procedura di gestione delle gare di appalto

| Attività | R | Descrizione |
|-------------------------------------|-----|--|
| Opportunità di partecipazione | RGA | L'opportunità di partecipare alle gare è data soprattutto dal sistema di relazioni consolidato con Enti pubblici ed amministrazioni (procedure ristrette), ma può scaturire anche da informazioni su bollettini regionali, gazzetta ufficiale, società di servizi preposte, ecc. In questo modo viene segnalata dai vari coordinatori di ambito territoriale l'opportunità di partecipare a gare di appalto pubbliche. L'input può provenire anche da privati per mezzo di richieste di offerte che richiedono l'erogazione di servizi specifici. |
| Ricevimento invito | RGA | Nella maggior parte dei casi (contatto diretto con l'Ente) l'Ente invia sempre una lettera di invito a partecipare corredata del relativo Capitolato di Appalto. |
| Richiesta documenti di gara | RGA | In caso contrario viene richiesta all'Ente la documentazione di gara. |
| Selezione gare di appalto | RGA | Si effettua una selezione degli appalti rientranti nella tipologia di servizi aventi interesse per l'organizzazione. La modalità di aggiudicazione più utilizzata è l'appalto concorso ed il pubblico incanto e ciò presuppone la definizione di un progetto che sia rispondente alle esigenze ed obiettivi richiesti. L'evidenza è data sul modulo Gestione Gare . |
| Esame di fattibilità | RGA | Si individuano le caratteristiche essenziali dell'appalto: modalità di affidamento dell'appalto, Ente appaltante (Comunità montana, ecc), località, oggetto dell'appalto, bando e scadenza prevista per la partecipazione. Si individuano tutti i requisiti più importanti e viene effettuata una prima valutazione circa: la tipologia di aggiudicazione (è privilegiato l'appalto concorso), il punteggio richiesto sull'aspetto qualitativo del servizio (privilegiate gare con punteggio molto elevato), adeguatezza risorse umane e tecniche, redditività prevedibile, complessità della richiesta, inattendibilità ed incompletezza dei dati con conseguente pericolo di imprecisione, la situazione oggettiva della n/s organizzazione (impegni già assunti, ecc.), presenza di eventuali studi sull'evoluzione di tali servizi e sui reali fabbisogni, da analisi della concorrenza, ecc. Dopo aver esaminato la richiesta si emette un parere di fattibilità sulla partecipazione o meno alla Gara. L'evidenza è data sul modulo Gestione Gare . |
| Decisione di partecipazione | DG | Sulla base della valutazione decide o meno la partecipazione alla gara. Nel caso in cui DG non delibera la partecipazione alla Gara tutta la documentazione viene archiviata. L'evidenza è data sul modulo Gestione Gare . |
| Richiesta attività di progettazione | RGA | In questo caso si dà avvio alla attività di progettazione fornendo al processo stesso tutti gli elementi necessari alla progettazione del servizio. In funzione del servizio da progettare e delle competenze necessarie viene definito il team di progettazione che dovrà preoccuparsi della predisposizione degli elementi in uscita della progettazione. |
| Richiesta documentazione gara | RGA | Oltre alla richiesta di avvio progettazione viene richiesta alle funzioni coinvolte tutta la documentazione che necessita per l'espletamento della gara. Tale documentazione in via non esclusiva può consistere in: curricula dei dipendenti, fatturato dell'azienda, curricula dell'organizzazione ed elenco dei servizi con importi, certificati di iscrizione agli albi, ecc. |
| Documentazione tecnica | RGA | Nel caso in cui trattasi di appalto concorso deve effettuare una vera e propria attività di progettazione i cui elementi in uscita dalla progettazione costituiscono l'offerta tecnica. |
| Valutazione economica | RGA | Sulla base del progetto viene deciso il ribasso e viene predisposta l'offerta economica. |
| Predisposizione documenti richiesti | RGA | Deve essere predisposta tutta la documentazione di gara la cui mancanza potrebbero divenire motivo di esclusione, quali autocertificazioni, iscrizione agli albi, CCIAA, ecc. L'evidenza è data sul modulo Gestione Gare . |
| Riesame offerta | RGA | Tutta la documentazione prodotta viene verificata al fine di accertarsi della rispondenza di quanto offerto a quanto richiesto dal bando di gara e della presenza di tutta la documentazione richiesta dalla gara la cui mancanza potrebbe divenire motivo di esclusione. L'evidenza è data sul modulo Gestione Gare . |
| Assegnazione gara | RGA | In questo caso è necessario riportare i punteggi attribuiti ai parametri richiesti al fine di poter avere informazioni utili per la partecipazione a nuove gare di appalto. L'evidenza è data sul modulo Gestione Gare . |
| Analisi concorrenza | RGA | In caso di non aggiudicazione è importante anche studiare il comportamento degli altri partecipanti riportando i ribassi presentati. L'evidenza è data sul modulo Gestione Gare . |
| Predisposizione documentazione | RGA | Deve essere predisposta tutta la documentazione di gara necessaria alla stipula della convenzione. L'evidenza è data sul modulo Gestione Gare . |
| Stipula convenzione | RGA | Nel caso in cui si tratta di gara viene stipulata una convenzione. Prima della stipula è necessario accertarsi che questa sia compatibile con quanto offerto in precedenza. |

2.2.1 Modifiche ai requisiti del servizio

Eventuali modifiche o integrazioni al contratto, sopraggiunte in corso di erogazione per variazioni richieste dal Committente per quanto riguarda uno qualsiasi dei termini contrattuali (quindi sia di natura tecnica che economica), vengono riddiscusse sempre dal Committente e dal Responsabile del Servizio, con la condivisione di quanti avevano partecipato al precedente riesame dei requisiti del servizio. Tali modifiche contrattuali possono comportare la redazione di un nuovo contratto (che subisce lo stesso iter di riesame precedentemente descritto) o, in alternativa, di una nota aggiuntiva al contratto. Tale nota viene firmata dal DG e dal Committente e viene a costituire parte integrante degli accordi contrattuali.

Se tali modifiche influiscono sul processo di erogazione del servizio queste sono comunicate all'interno dell'organizzazione mediante un aggiornamento dei relativi documenti di erogazione.

2.3 Comunicazione con il Cliente

Tutte le informazioni circa la mission aziendale, i servizi e relativi criteri di accesso, le modalità di funzionamento, le condizioni per facilitarne le valutazioni da parte degli utenti, le procedure per assicurare la tutela degli utenti, la trasparenza dei servizi, sono comunicate agli utenti ed Enti Locali tramite la Carta dei Servizi. Qualsiasi informazione relativa al servizio, quali condivisione degli obiettivi socio assistenziale, visite di valutazione domiciliare, comunicazione dei progetti individuali di assistenza e dimissione, calendari di incontri, quesiti di natura tecnica in generale sono gestiti dal Coordinatore in qualità di interfaccia tecnica della nostra organizzazione verso il Cliente Utente e/o la Famiglia e/o l'Ente che ha richiesto il servizio. Qualsiasi informazione relativa a reclami ed informazioni di ritorno da parte del cliente sono gestiti da RGQ.

3 Progettazione e sviluppo

3.1 Pianificazione della progettazione e dello sviluppo

Tutte le attività di progettazione di nuovi servizi comprese le attività di riesame, verifica e validazione sono pianificate e tenute sotto controllo dal RPG tramite dei **Piani di Progettazione** al fine di assicurare che siano definiti tutti i gruppi coinvolti nell'attività di progettazione e gli strumenti di comunicazione. Tale Piano viene aggiornato con il progredire dell'attività di progettazione.

3.2 Elementi in ingresso alla progettazione e dello sviluppo

La prima fase della progettazione consiste nella definizione degli elementi di ingresso, cioè:

- obiettivi generali (Orientamenti definiti da Enti Pubblici locali e nazionali in funzione dei bisogni della collettività e Piani Sociali);
- evoluzione dei bisogni attraverso analisi del sistema informativo dei servizi sociali (SISS);
- specifiche del Piano di Zona contenente le caratteristiche dei bisogni, gli obiettivi volti a ridurre le aree di criticità, le tipologie di azioni, le linee strategiche, le risorse che sono disponibili il livello della organizzazione dei servizi che si decide di attivare per rispondere ai bisogni.
- vincoli temporali e requisiti cogenti (leggi e regolamenti);
- target utenza esigenze utenza, aspettative e fabbisogni sociali (Studi di settore);
- eventuali risorse economiche finanziarie richieste per l'erogazione del servizio (budget);
- eventuali risorse umane, competenze, qualifiche richieste per l'erogazione del servizio;
- eventuali risorse tecniche e strutturali richieste per l'erogazione del servizio;
- caratteristiche rispetto alla concorrenza;

ed ogni altro elemento essenziale a definire il tipo di servizio da progettare.

Si vanno a definire successivamente gli obiettivi specifici di progetto (misurabili) che l'organizzazione intende raggiungere. Questi devono indicare un cambiamento di condizione sul target e per tale motivo vengono definiti non solo in funzione degli obiettivi generali ma anche delle reali esigenze specifiche del target che potrebbero essere non espresse negli obiettivi generali. Tali elementi in ingresso, registrati sul modulo **Elementi in Ingresso Progettazione**, vengono riesaminati da parte di tutte le funzioni coinvolte nell'attività di progettazione e sviluppo al fine di verificarne l'adeguatezza, la completezza e la non ambiguità e formalizzati sul Progetto ad opera del RPG.

3.3 Elementi in uscita dalla progettazione e dello sviluppo

L'elemento in uscita dalla attività di progettazione è il *Progetto* che dovrà necessariamente contenere:

- bisogno che si intende soddisfare;
- definizione del servizio, e compatibilità con gli obiettivi generali;
- azioni, responsabilità e tempi di erogazione del servizio;
- modalità di informazione / promozione del servizio sul territorio;
- modalità di gestione del servizio (forma diretta o convenzione);
- definizione della sistema documentale a supporto del servizio e di rendicontazione delle attività;
- modalità, responsabilità e tempi di ammissione delle utenze;
- modalità, strumenti, responsabilità e tempi di valutazione diretta e partecipata dell'efficacia/efficienza del servizio in itinere ed ex-post (grado di raggiungimento degli obiettivi del servizio);
- modalità, strumenti, responsabilità di misurazione "disservizio" (gap tra qualità progettata e erogata);
- modalità, strumenti, responsabilità di misurazione della "dequalità" (gap tra la qualità progettata e quella percepita) cioè della soddisfazione dell'utenza;
- competenze, professionalità e numero di risorse umane da impiegare nell'erogazione del servizio;
- costo degli operatori derivante dall'applicazione del CCNL delle cooperative sociali corrispondenti ai profili degli operatori impiegati;
- piano finanziario quale ipotesi di costi di gestione del servizio;
- risorse tecniche necessarie all'erogazione del servizio;

Tali elementi di uscita vengono approvati dal RPG prima di avviare l'erogazione del servizio pilota. Viene verificato che questi soddisfano gli elementi in ingresso della progettazione e che questi contengano tutte le informazioni necessarie all'erogazione del servizio.

3.4 Riesame della progettazione e dello sviluppo

In accordo a quanto pianificato nel Piano di progettazione si effettuano riesami della progettazione al fine di:

- valutare la capacità dei risultati della progettazione di ottemperare agli elementi in ingresso;
- valutare la validità degli elementi in ingresso (alcuni requisiti potrebbero essere cambiati);
- valutare lo stato di avanzamento dell'attività di progettazione rispetto a quanto pianificato;
- valutare i potenziali pericoli e rischi in fase di erogazione del servizio;
- valutare il controllo delle modifiche e dei loro effetti nel corso dell'attività di progettazione;
- le opportunità di miglioramento del processo di progettazione;
- individuare tutti i problemi e proporre le azioni necessarie.

la cui evidenza è data dal modulo **Riesami della Progettazione**. A tali riesami prendono parte tutte le funzioni coinvolte nell'attività di progettazione e sviluppo.

3.5 Verifica della progettazione e dello sviluppo

In funzione di quanto pianificato nel Piano di Progettazione vengono effettuate dal RPG delle verifiche della progettazione al fine di valutare il soddisfacimento in itinere degli elementi in ingresso della progettazione. L'evidenza è data dal modulo **Verifiche della Progettazione**.

3.6 Validazione della progettazione e dello sviluppo

In funzione di quanto pianificato nel Piano di Progettazione viene verificato da parte del RPG che il servizio soddisfi i requisiti per l'applicazione specificata. Nell'impossibilità di ricreare internamente le condizioni normali di erogazione del servizio, anche nel caso in cui l'applicazione specificata è nota, tale verifica viene effettuata sulla base delle informazioni di ritorno del servizio pilota circa il soddisfacimento dei requisiti dell'utente finale. In tale fase si verifica la capacità dell'organizzazione di definire le reali esigenze dell'utenza (dequalità) pur avendo soddisfatto gli elementi in ingresso della progettazione (disservizio). Tale validazione viene effettuata mediante l'utilizzo di strumenti di valutazione definiti a livello di progettazione da somministrare sia all'utente finale che alla Committenza. L'evidenza è data dal modulo **Validazione della Progettazione**.

3.7 Tenuta sotto controllo delle modifiche della progettazione e dello sviluppo

Tutte le modifiche alla progettazione vengono opportunamente identificate, riesaminate, verificate, validate ed approvate prima della loro entrata in vigore dal RPG.

Procedura di gestione della progettazione

| Attività | R | Descrizione |
|--|--------------------|--|
| Esigenza progettazione | RG A | L'esigenza di progettare un servizio socio educativo può scaturire da: <ul style="list-style-type: none"> una attività di diagnosi attraverso l'analisi di precedenti progetti, informazioni di ritorno dal segretariato sociale, leggi di settore, Piani di Zona, sistema informativo dei servizi sociali (SISS), analisi demografica del territorio (al fine di individuare le caratteristiche del target di riferimento attraverso l'ISTAT, i Comuni e le ASL), studi di settore realizzati sul territorio di riferimento, una analisi della concorrenza (cooperative che operano sul territorio di riferimento ed i servizi da loro erogati). Tale sistema consente di raccogliere informazioni sui cambiamenti dell'utenza in atto o esigenze non ancora soddisfatte; richieste di partecipazioni a gare di appalto; |
| Definizione team di progettazione | RPG | Vengono definite nel Piano di Progettazione le interfacce della progettazione, sia interne (team di progettazione), in funzione delle competenze specifiche, sia esterne (responsabili del committente e degli Enti coinvolti). |
| Pianificazione della progettazione | RPG | Vengono definite nel Piano di Progettazione le fasi di progettazione e sviluppo del servizio, le attività di riesame, verifica e validazione e le relative responsabilità. In tale fase devono essere anche pianificate le fasi di progettazione esecutiva cioè tutte quelle fasi necessarie all'avvio dell'attività di erogazione del servizio. |
| Individuazione obiettivo di progetto | RPG | Se non ancora definito dal capitolato o in caso di iniziativa propria si vanno a definire gli obiettivi specifici di progetto che si intende raggiungere nel modulo Elementi in Ingresso della Progettazione . Questi devono indicare un cambiamento di condizione sul target e per tale motivo è necessario che vengano definiti non solo in funzione degli obiettivi generali ma anche delle reali esigenze specifiche del target che potrebbero essere non espresse negli obiettivi generali. E' necessario che tali obiettivi siano misurabili. |
| Raccolta Elementi in ingresso della progettazione | RPG | Si definiscono su Elementi in Ingresso della Progettazione gli elementi in ingresso cioè: obiettivi generali (Orientamenti definiti da Enti Pubblici locali e nazionali in funzione dei bisogni della collettività, Piani sociali, Piano di Zona contenente le caratteristiche dei bisogni, gli obiettivi volti a ridurre le aree di criticità, le tipologie di azioni, le linee strategiche, le risorse disponibili);, evoluzione bisogni attraverso analisi del sistema informativo dei servizi sociali (SISS), vincoli di tempi di progettazione e di erogazione, requisiti cogenti (leggi e regolamenti), target utenza e sue esigenze, aspettative e fabbisogni sociali (Studi di settore), eventuali risorse umane, competenze, qualifiche e costi, risorse economiche finanziarie, risorse tecniche e strutturali richieste per l'erogazione del servizio, caratteristiche rispetto alla concorrenza ed ogni altro elemento essenziale a definire il tipo di servizio da progettare. |
| Riesame degli elementi in ingresso della progettazione | RG A RPG RGQ | Gli elementi in ingresso della progettazione vengono riesaminati al fine di verificarne l'adeguatezza. Tale requisiti devono essere completi, non ambigui e non in conflitto tra loro. A tali riesami devono prendere parte tutte le funzioni interessate coinvolte nell'attività di progettazione e sviluppo. Sentite tutte le funzioni coinvolte viene decisa la fattibilità del progetto e se dare corso alla richiesta. L'evidenza del riesame è dato sul modulo Elementi in Ingresso della Progettazione . |
| Predisposizione elementi in uscita dalla progettazione | RPG | Viene predisposto il Progetto contenente gli elementi in uscita dalla progettazione: definizione servizio e compatibilità con obiettivi generali, azioni, responsabilità e tempi di erogazione del servizio, modalità informazione/promozione servizio sul territorio, modalità gestione servizio (forma diretta o convenzione), definizione sistema documentale a supporto del servizio e rendicontazione attività, modalità, responsabilità e tempi di ammissione utenze, modalità, strumenti, responsabilità e tempi di valutazione diretta e partecipata dell'efficacia del servizio in itinere ed ex-post (grado raggiungimento obiettivi), modalità, strumenti, responsabilità e tempi di misurazione del "disservizio" (gap tra qualità progettata ed erogata), modalità, strumenti, responsabilità e tempi di misurazione della "dequalità" (gap tra qualità progettata e percepita) cioè della soddisfazione utenza, competenze e professionalità personale, numero risorse umane da impiegare nell'erogazione, costo operatori come da CCNL cooperative sociali corrispondenti ai profili degli operatori impiegati, piano finanziario quale ipotesi di costi di gestione del servizio, modalità, strumenti, responsabilità e tempi di avvio attività. |
| Riesame Elementi in uscita dalla progettazione | RPG | In accordo a quanto pianificato nel Piano di progettazione vengono effettuati riesami della progettazione al fine di: valutare la capacità dei risultati di temperare agli elementi in ingresso, valutare la validità elementi in ingresso (alcuni requisiti potrebbero essere cambiati), valutare lo stato di avanzamento del progetto rispetto a quanto pianificato, valutare i potenziali pericoli e rischi in fase di erogazione del servizio, valutare il controllo delle modifiche e dei loro effetti nel corso del progetto, valutare le opportunità di miglioramento del processo di progettazione, individuare tutti i problemi e proporre le azioni necessarie. Al riesame partecipano le funzioni coinvolte nella progettazione e l'evidenza è data sul Riesame della Progettazione . |
| Verifica della Progettazione | RPG | In accordo a quanto pianificato nel Piano di progettazione viene effettuata la verifica della progettazione. Viene verificato che gli elementi in uscita soddisfano gli elementi in ingresso della progettazione rispetto alle esperienze e progetti precedenti ed alla letteratura e che questi contengano tutte le informazioni necessarie all'erogazione del servizio. La documentazione di progetto viene rilasciata alla successiva attività. L'evidenza è data sul modulo Verifica della Progettazione |
| Erogazione servizio pilota | RPG | In funzione di quanto pianificato nel Piano di Progettazione viene erogato il servizio pilota. Nel caso in cui il progetto nasce da una partecipazione ad una gara l'erogazione del servizio pilota avverrà solo se la gara è stata aggiudicata. |
| Verifica servizio pilota | | In funzione di quanto pianificato nel Piano di Progettazione vengono effettuate le verifiche al fine di valutare il soddisfacimento in itinere degli elementi in ingresso della progettazione. L'evidenza è data sul modulo Verifica della Progettazione |
| Validazione della progettazione | RPG | In funzione di quanto pianificato nel Piano di Progettazione viene verificato che il servizio soddisfa i requisiti per l'applicazione specificata. Nell'impossibilità di ricreare internamente le condizioni normali di erogazione, anche nel caso in cui l'applicazione specificata è nota, tale verifica viene effettuata sulla base delle informazioni di ritorno del servizio pilota circa il soddisfacimento dei requisiti dell'utilizzatore. In tale fase si verifica la capacità dell'organizzazione di definire le reali esigenze dell'utenza (dequalità) pur avendo soddisfatto gli elementi in ingresso della progettazione (disservizio). Tale validazione viene effettuata mediante l'utilizzo di strumenti di valutazione definiti a livello di progettazione da somministrare sia all'utente finale ma anche della Committenza. L'evidenza è data sul modulo Validazione della Progettazione . |
| Pianificazione del servizio | RPG | In tale fase il servizio viene pianificato cioè vengono definitivamente predisposte ed approvate le regole di erogazione del servizio. In tale fase vengono predisposte definitivamente: la modulistica di rendicontazione attività, procedure gestionali del servizio, istruzioni operative e protocolli operativi, ecc. |

4 Approvvigionamento

4.1 Processo di approvvigionamento

Per le aziende che competono in un mercato dove i prodotti simili tendono ad eguagliarsi nelle caratteristiche prestazionali e funzionali la differenziazione risiede principalmente nel servizio e per tale motivo le attività svolte dalla nostra organizzazione al fine di selezionare e qualificare i propri fornitori non hanno carattere esclusivo e soprattutto vengono stabiliti requisiti diversi per tipologia di fornitori. I nostri fornitori sono nello specifico fornitori di guanti monouso, camici, prodotti per l'igiene, prodotti di cancelleria, attrezzature, servizi in generale e consulenze.

Selezione:

I fornitori al loro ingresso vengono selezionati sulla base di informazioni preliminari reperite direttamente dal fornitore o dal mercato circa: referenze di mercato, caratteristiche tecniche del prodotto, rapporto qualità prezzo, assortimento e disponibilità materiali, tempo medio di consegna e capacità produttiva, modalità di pagamento, disponibilità mezzi ed attrezzature, disponibilità personale qualificato, posizione logistica intesa come capacità a fornire prodotti a prezzi concorrenziali. Il fornitore viene selezionato sulla base delle informazioni raccolte. La selezione avviene mediante attribuzione di una classe di affidabilità (A = Molto Affidabile, B = Sufficientemente Affidabile, C = Poco affidabile). L'esito è riportato sulla **Scheda Valutazione**.

Valutazione:

Ciascun fornitore viene tenuto sotto costante controllo, da parte del RGQ, attraverso una verifica della puntualità e conformità delle forniture, le condizioni di pagamento, la professionalità e la disponibilità ai fini di una valutazione periodica dei prodotti/servizi che esso offre. Sulla base di tali informazioni il RGQ decide sul mantenimento della qualifica del fornitore o su un suo eventuale declassamento e esclusione. L'esito è riportato sulla **Scheda Valutazione Fornitore**.

Per quanto riguarda i fornitori occasionali, scelti per lo più per esigenze logistiche o per competenze specifiche, l'impossibilità di una completa qualificazione preventiva determina sicuramente la necessità di un maggior controllo in accettazione, che assicuri la conformità dei prodotti acquistati ai requisiti specificati.

Sulla base delle valutazioni effettuate il RGQ, provvede ad aggiornare l'**Elenco Fornitori Qualificati**.

4.2 Informazioni per l'approvvigionamento

L'esigenza di approvvigionare prodotti o servizi nasce dalla valutazione del fabbisogno relativo ad esigenze generali per la quotidiana gestione del lavoro per i diversi servizi. Il processo di acquisto, dato il basso volume dei fabbisogni ed il carattere della territorialità degli stessi, non risulta accentrato ma ogni RCS in caso di necessità contatta direttamente il fornitore eventualmente emettendo delle richieste di offerta al fine di scegliere tra più fornitori quello che risponde al meglio alle esigenze dell'organizzazione. In ogni caso il fornitore viene scelto sulla base della sua capacità a soddisfare le nostre esigenze espressa da una attenta attività di qualificazione e valutazione.

I prodotti maggiormente acquistati dalla nostra organizzazione sono: guanti monouso, camici, prodotti per l'igiene, prodotti di cancelleria, attrezzature. Tali prodotti, di scarsa entità economica e di consumo, vengono acquistati da RCS direttamente al banco presso fornitore su piazza, verificando sempre la congruità con quanto richiesto. Per prodotti e servizi di maggiore entità economica, vengono predisposti specifici **Ordini Acquisto** o **Contratti** emessi dal RCS specificando accuratamente tutti i requisiti tecnici e qualitativi relativi alle caratteristiche del prodotto o servizio da approvvigionare, ponendo attenzione anche alla definizione delle modalità concordate con il fornitore per i servizi connessi (es. modalità di trasporto, imballo, identificazione, pagamento, ...).

4.3 Verifica dei prodotti approvvigionati

All'arrivo di una fornitura, o all'accettazione del materiale al banco, il RCS verifica la corrispondenza tra la merce consegnata e quanto riportato sul documento di trasporto o fattura, la corrispondenza tra la merce consegnata e quella richiesta, l'assenza di problemi estetici o di imballo, dove previsto, la presenza d'eventuali documenti che attestano la qualità della fornitura. L'esito della verifica è riportato sulla **Fattura** o sul **Documento di Trasporto**. Nel caso in cui l'effettuazione dei controlli abbia evidenziato problemi, si provvede ad attivare la procedura di gestione delle non conformità.

5 Produzione ed erogazione dei servizi

5.1 Tenuta sotto controllo delle attività di produzione ed erogazione dei servizi

La nostra organizzazione, per soddisfare il principio della “riproducibilità”, ha codificato l’esperienza ed il know-how acquisito evitando così che i metodi di lavorazione e controllo ed i relativi criteri di accettazione fossero legati alla soggettività del singolo operatore e mettendo tutto il personale aziendale nelle condizioni di poter operare secondo un unico metodo di lavoro e dando a chiunque la possibilità di operare anche in caso di sostituzione di personale. Il processo di erogazione distinto per ammissione, assistenza e dimissione è stato individuato, pianificato e reso operativo in condizioni controllate. In particolare è assicurato che:

- le caratteristiche del servizio da erogare siano adeguatamente definite in funzione dell’obiettivo specifico (risoluzione del problema e/o miglioramento e/o benessere complessivo e/o riduzione danno);
- le fasi del processo di erogazione (ammissione, assistenza e dimissione) di ogni servizio sono opportunamente pianificate al fine del raggiungimento dell’obiettivo;
- le fasi del processo di erogazione ai fini della qualità finale del servizio siano documentate da apposite procedure e/o istruzioni operative, ecc. ed eseguite da personale addestrato e, ove richiesto, qualificato;
- le apparecchiature e attrezzature utilizzate siano adeguate al tipo di processo e tenute in perfetta efficienza tramite manutenzione programmata;
- tutti i monitoraggi previsti dal contratto, o da istruzioni operative, siano eseguiti, monitorati e documentati.

Per quanto riguarda il servizio di *Assistenza Domiciliare*, in funzione della richiesta di valutazione dell’Ente e dell’esito della visita di valutazione effettuata dall’assistente sociale contenente il piano di intervento socio sanitario educativo viene individuata la risorsa umana idonea e predisposto il **Piano Operativo** riportanti le prestazioni da effettuare a domicilio, gli accessi previsti e la relativa durata. Tale Piano Operativo costituisce il contratto con l’operatore e l’utente.

Per quanto riguarda il servizio di *Segretariato Sociale*, ad ogni accesso vengono riportati sulla **Scheda Segretariato Sociale** i dati anagrafici dell’utente, il suo codice ed il bisogno. L’informazione o l’accesso al servizio è garantita da un processo di gestione e tenuta sotto controllo di tutta la documentazione necessaria. L’informazione o l’attività di accesso ai servizi implica una serie di interventi volti a ottenere cambiamenti che possono avere bersagli sull’utente (attraverso interventi di sostegno emotivo – chiarificazione, informazione, persuasione, controllo, da attuarsi soprattutto con gli strumenti della comunicazione umana), sull’ambiente (che può essere familiare-sociale nel caso di intervento individuale, ma che può essere anche la comunità, l’istituzione, il gruppo. Influenzare la situazione ambientale può avere risvolti psicologici e risvolti strutturali e si attua attraverso interventi connessi con la conoscenza socio-ambientale, con attività amministrativa, con erogazione di specifiche prestazioni), le relazioni fra persone (attraverso l’attuazione di colloqui multipli, di riunioni, di incontri di negoziazione e mediazione, colloqui con persone significative, ricorso ad un intervento di specialisti o di volontari), servizi (si tratta di attività e interventi rivolti a far funzionare bene i servizi in modo che rispondano più adeguatamente ai bisogni dell’utenza e alle sollecitazioni della comunità).

Per quanto riguarda l’Assistenza Scolastica Specialistica (ASD), il Coordinatore compila il **Piano Operativo di Assistenza Scolastica Educativa**, dove vengono evidenziati i bisogni e pianificati gli interventi. Tale modello verrà condiviso e firmato dal RCS e dall’operatore. Tale Piano Operativo costituisce il contratto tra l’organizzazione e l’operatore.

Procedura di gestione Segretariato Sociale (SS)

| Attività | | R | Descrizione | |
|--------------|-------------------------------------|---------------------------------|--|---|
| Accesso | Richiesta di aiuto | AS | La richiesta può essere effettuata direttamente dall'utente o da chiunque si faccia portatore di un bisogno di informazioni personalizzate e corrette sulle risorse e competenze presenti sul territorio atte a garantire il diritto dei cittadini all'accesso e all'uso dei servizi socio assistenziali. L'operatore sociale e cioè l'Assistente Sociale, registra le informazioni in ingresso sull'apposita Scheda Segretariato Sociale e sulla Scheda dell'Osservatorio Sociale Regionale , riportando i dati anagrafici dell'utente, il suo codice ed il bisogno. Nel caso in cui l'utente non ha mai usufruito dei servizi di segretariato gli verrà assegnato un codice che servirà a facilitare la rintracciabilità per i successivi accessi. | |
| | Valutazione del bisogno | AS | L'operatore analizza la richiesta e con l'utente individua il bisogno registrandolo sulla Scheda Segretariato Sociale e sulla Scheda dell'Osservatorio Sociale Regionale . | |
| Erogazione | Informazione all'utente | AS | Attraverso il Fascicolo Informativo e quindi della documentazione in esso contenuta (leggi, norme, regolamenti, ecc.) viene erogata l'informazione all'utente. Il servizio può consistere nel mettere in contatto l'utente con altri servizi, segnalare, concertarsi con altri operatori, sostegno e chiarificazione. Eventualmente è possibile supportare l'utente nella compilazione della eventuale documentazione di richiesta attivazione servizio. L'informazione erogata viene riportata sulla Scheda Segretariato Sociale . Nel caso in cui tale documentazione non dovesse essere presente o dovesse essere in forma non aggiornata si procede con l'attività di aggiornamento del Fascicolo Informativo. | |
| Dimissione | Monitoraggio efficacia intervento | AS | Una volta erogata l'informativa all'utente, in fase di dimissione, viene condotta una verifica sul grado di efficacia dell'intervento. Tale verifica viene effettuata per rilevare eventuali scostamenti tra quanto previsto e quanto richiesto dall'utente finale. L'esito del monitoraggio è riportato sulla Scheda Segretariato Sociale . | |
| | Dimissione utente | AS | L'utente viene dimesso. | |
| | Archiviazione | AS | La Scheda Segretariato Sociale viene archiviata nell'archivio "pratiche" alla posizione corrispondente al codice utente | |
| Front Office | Rendicontazione | Riepilogo accessi e ore | AS | Ogni fine mese viene redatto un Libro Giornale Segretariato Sociale riportante la data della prestazione, il numero della scheda, il tipo di intervento e le ore di apertura dello sportello. Tale documento sarà una sintesi di tutte le prestazioni erogate per mese, per sportello. Verrà utilizzata quale rendicontazione delle ore e quale benessere delle ore da parte del Responsabile di Servizio del Comune. Inoltre verranno inviate in busta chiusa e riservata le Schede dell'Osservatorio Sociale Regionale compilate. |
| | | Comunicazione all'Ente | | Con cadenza mensile all'Ente gestore vengono consegnate le schede riepilogative degli accessi, orari, attività svolte e frequenze (Libro Giornale). Vengono rendicontate le ore effettuate e le iniziative attivate di gestione di ogni Ente. La rendicontazione viene effettuata nel rispetto delle specifiche richieste dalla Convenzione dell'Ente in questione. |
| | Fascicolo Informativo | Predisposizione | AS | Affinché possano essere date informazioni adeguate per ogni sportello deve essere predisposto uno specifico Fascicolo (faldone) contenente tante buste porta listino quanti sono i potenziali servizi erogabili. All'interno di ogni busta porta listino, quindi per ogni servizio potenzialmente erogabile, viene inserita: <ul style="list-style-type: none"> • una Scheda Servizio contenente tutte le informazioni necessarie alla chiusura della pratica (requisiti di accesso, tempi di attivazione, scadenze, ufficio competente, modulistica da utilizzare, riferimenti legislativi, ecc.); • leggi, norme, regolamenti inerenti il servizio informativo erogabile; • la modulistica necessaria all'attivazione del servizio; |
| | | Verifica adeguatezza | AS | Con cadenza trimestrale deve essere verificato che tutta la documentazione raccolta nel Fascicolo Informativo sia adeguata e soprattutto che sia in forma aggiornata. L'esito di tale verifica viene riportata sulla Scheda Servizio . |
| | | Aggiornamento | AS | Nel caso in cui tale documentazione non dovesse essere aggiornata o dovesse ravvedersi l'esigenza di inserire nuovi servizi viene effettuata una attività di ricerca e raccolta delle informazioni attraverso canali quali internet, bollettini regionali o direttamente presso gli Enti interessati. Di conseguenza viene aggiornato il Fascicolo Informativo. |
| | Materiale informativo | Elenco Servizi | AS | Per ogni sportello viene predisposto un Elenco Servizi Segretariato Sociale quale materiale informativo dei servizi erogati presso lo sportello. Tali servizi infatti possono essere diversi da sportello a sportello in funzione delle competenze, delle risorse tecniche a disposizione e dei bisogni specifici territoriali. Tale documento va necessariamente intestato al Centro Comunale ed opportunamente tenuto sotto controllo codificandolo e riportando la data di aggiornamento e l'indice di revisione. |
| | | Divulgazione e pubblicizzazione | AS | La locandina viene divulgata sul territorio al fine di garantire la pubblicizzazione dei servizi erogati sul territorio da quello sportello di segretariato. |
| | Verifica condizioni di riservatezza | AS | Viene verificato sistematicamente che tutte le Schede di Segretariato Sociale e le relative pratiche siano conservate in modo da garantire la segretezza e la riservatezza dei dati "sensibili" in esse contenute. In particolare deve essere verificato che gli armadi, classificatori, contenitori e quant'altro disponibile sul centro per l'archiviazione delle schede, siano dotati di sistemi di chiusura (lucchetti, serrature, ecc.) adeguati e funzionanti. | |
| | Analisi delle cause | RCS | Semestralmente viene verificato il grado di efficacia delle prestazioni erogate. L'esito di tale analisi deve mettere in evidenza le necessarie azioni per il miglioramento. | |

Procedura di gestione Assistenza Domiciliare (Integrata – Anziani – Diversamente abili)

| Attività | R | Descrizione |
|-------------------|-----------------------------------|--|
| Accesso | Richiesta servizio | Fam. La richiesta di servizio viene inoltrata dal soggetto interessato (quasi sempre la Famiglia visto che è questa ad avere un bisogno), in forma diretta ovvero presso lo sportello di Segretariato Sociale di ogni Ente. |
| | Richiesta Intervento | Ente L'Ente, in funzione della richiesta di servizio, verifica il rispetto dei requisiti di accesso stabiliti dal Regolamento di Servizio dell'Ente stesso (o in caso di Ambito Sociale allo stesso) e produce la richiesta di visita valutativa e di Attivazione del servizio da inviare alla Cooperativa. La richiesta di visita valutativa specifica i casi da attivare con le relative decorrenze e le ore messe a disposizione. La relativa documentazione viene trasmessa dall'Ente alla Cooperativa. |
| | Verifica richiesta | RCS Ad ogni richiesta di attivazione viene verificato: la leggibilità, la presenza e la correttezza delle informazioni, la chiarezza del servizio, accessi e durata. |
| | Visita Domiciliare | AS In funzione della richiesta di valutazione e delle tempistiche di attivazione del servizio, viene effettuata la visita domiciliare (primo accesso) avente lo scopo di valutare lo stato di bisogno socio assistenziale dell'utente e il suo grado di non autosufficienza funzionale (rapporti affettivo relazionale con i parenti, livello di inserimento, condizioni igienico ambientali della casa). La valutazione viene fatta eventualmente anche mediante accertamento della documentazione sanitaria (verbale di invalidità) in possesso, rilasciata dalle commissioni competenti della ASL attestanti il grado di invalidità e le relative patologie, certificati, cartelle cliniche da dimissioni ospedaliere. Il risultato della valutazione viene riportato sulla Scheda Psico Sociale riportante l'intervento proposto, la decorrenza dell'attivazione del servizio, la quantità di ore settimanali, la data e firma. |
| | Comunicazione presa in carico | RCS A seguito della visita di valutazione e del relativo piano di intervento individuato, l'Ente viene informato dell'attivazione del servizio mediante Comunicazione presa in carico dell'utente riportante il Comune, l'utente, la data di attivazione, la prestazione, il numero di ore totali da erogare, il numero di accessi, le ore per ogni accesso e le eventuali note. |
| | Aggiornamento dati | RCS Per ogni attivazione viene riportato sul Registro Utenti : codice utente, data di richiesta attivazione, bisogno, data di valutazione, valutazione, data di attivazione, ore da erogare, tipo di servizio, tempo di attivazione (differenza tra data di attivazione e data di richiesta attivazione) e data di disattivazione o sospensione. Il Registro Utenti verrà successivamente consegnato al RGQ al fine di poter avviare attività di analisi e controllo degli indicatori di performance. |
| | Attivazione operatore | COO Viene individuato l'operatore in base alla zona territoriale ed al suo carico di lavoro evidenziato dal Piano Prestazioni Operatore . L'operatore sociale individuato viene contattato affinché gli venga presentato il caso, gli siano date informazioni sulla famiglia, obiettivi individuati e metodi definiti. Viene definito in tale sede il contratto con l'operatore e con l'utente con il Piano Operativo . Per i casi critici, in caso di necessità, viene individuata una rosa di collaboratori che, per competenza, possono sostituire il primo operatore individuato. Viene aggiornato il Piano Prestazioni Operatore . |
| Erogazione | Erogazione prestazione | AD Tutte le prestazioni effettuate su quell'utente vengono annotate dall'operatore sulla Scheda Utente . L'attestazione dell'avvenuta prestazione viene effettuata tramite controfirma dell'utente o di un familiare. |
| | Rendicontazione operatore | OP L'operatore ogni mese compila il modulo Scheda Prestazioni con il quale informa la società circa gli accessi che ha effettuato durante l'arco del mese, le ore per utente, le ore complessive di giornata e le ore complessive del mese. Tale documento verrà inviato al RCS che lo utilizzerà per la predisposizione della busta paga dell'operatore. |
| | Monitoraggio efficacia intervento | AS Ogni sei mesi dall'attivazione del servizio si effettua una visita di valutazione sull'efficacia del servizio offerto. Viene somministrata la Scheda Psico Sociale riportante l'intervento proposto, la decorrenza dell'attivazione del servizio, la quantità di ore settimanali, la data e firma. Lo scopo è quello di verificare l'adeguatezza dell'intervento in essere rispetto al bisogno valutato in fase di accesso ovvero rispetto ad un bisogno modificato. L'esito della valutazione è riportato sulla Scheda Psico Sociale . Nel caso in cui l'intervento non risulta più adeguato al bisogno si richiede una modifica del Piano Operativo Assistenza Domiciliare . |
| | Modifica Piano Operativo | COO Ricevuta la richiesta di modifica del Piano Operativo viene comunicata l'esigenza di aggiornamento dell'intervento in atto in termini di prestazioni, ore, ecc. Ogni richiesta di modifica deve essere necessariamente approvata dall'Ente gestore. In caso di approvazione viene modificato il Piano Operativo dell'utente in questione. |
| | Monitoraggio del servizio | COO Ogni mese dall'attivazione del servizio si effettua una verifica su tutti gli utenti attivi circa la conformità della documentazione rispetto alla procedura di riferimento. In particolare si verifica: <ul style="list-style-type: none"> • la corrispondenza tra ore previste ed ore effettuate settimanali; • la corrispondenza tra intervento effettuato ed intervento pianificato; • la corretta compilazione della modulistica utilizzata; L'esito della verifica viene riportato sulla Scheda Utente e Scheda Prestazioni riportando la dicitura "Verificato con esito positivo", data e firma. |
| Dimissione | Ricevimento richiesta dimissione | Fam. In caso di trasferimento dal domicilio, ricovero ospedaliero, ricovero in struttura protetta, decesso, l'utente o un suo familiare inoltra richiesta di dimissione tramite l'ufficio di Segretariato Sociale di ogni Ente, il quale comunicherà alla Cooperativa, la quale, tramite il coordinatore, informerà l'operatore. |
| | Dimissione utente | OP La richiesta di dimissione viene riportata sul documento con il quale in accesso è stato richiesto l'attivazione del servizio (Registro Utenti). L'utente viene dimesso. |

Procedura di gestione Assistenza Scolastica Specialistica (ASD)

| Attività | R | Descrizione |
|---|------|--|
| Comunicazione di attivazione | Ente | Il Comune di appartenenza invia la Comunicazione di Attivazione del Servizio, comunica inoltre il monte ore settimanale da erogare, l'indirizzo plesso scolastico, e l'eventuale Piano Educativo Individuale (PEI) all'Ente di appartenenza, il quale invierà tale documentazione alla Cooperativa. |
| Valutazione del bisogno | COO | Il Coordinatore del Servizio della Cooperativa, contattando il Referente della scuola, raccoglie informazioni sul caso, verifica gli orari di partecipazione alle lezioni dell'utente, valuta l'esistenza di particolari esigenze dell'alunno che possano non risultare dal PEI, organizza l'orario di assistenza tenendo presente gli orari dell'insegnante di sostegno, chiede la collaborazione per compilare la Scheda Informazione Utente (scheda strutturata per ottenere le informazioni dettagliate sul caso come il percorso didattico e informazioni sugli interventi da erogare). Il Coordinatore invia per fax al Referente scolastico la Scheda Informazione Utente e ne chiede la compilazione. |
| Definizione del bisogno | RS | Il Referente scolastico compila il Scheda Informazione Utente . |
| Pianificazione dell'intervento | COO | Acquisita nuovamente la Scheda Informazione Utente , debitamente compilato, il Coordinatore compila il Piano Operativo Assistenza Scolastica Educativa , dove vengono evidenziati i bisogni e pianificati gli interventi. Tale modello verrà condiviso firmato dal RCS e dall'operatore. |
| Individuazione dell'operatore | COO | A questo punto si individua e si contatta l'operatore di educativa scolastica: il Coordinatore presenta il caso, espone il Piano Operativo di Assistenza Scolastica Educativa , piano dei bisogni. L'operatore firma per accettazione e riceve il predetto modulo. Si redige la lettera di incarico Scheda Nomina . |
| Comunicazione alla scuola di avvio servizio | COO | La Scheda Nomina viene anticipata via fax alla scuola. In questa scheda sono indicati la data di inizio del servizio, il monte ore da erogare della prestazione e il nome dell'educatore addetto. |
| Erogazione del servizio | OPS | Il giorno stabilito per l'inizio del servizio, l'operatore consegna al Dirigente o referente scolastico la lettera di incarico (Scheda di Nomina), deposita nella segreteria del plesso scolastico la scheda di registrazione delle prestazioni Scheda Registrazione Prestazione contenente l'annotazione giornaliera delle prestazioni eseguite. La predetta scheda verrà firmata dal Dirigente Scolastico, o dal suo referente, ogni giorno a conclusione dell'erogazione delle prestazioni dell'operatore. A conclusione del mese, il referente della scuola vidima il registro o scheda. L'operatore avrà cura di provvedere all'inoltro di detta documentazione alla Cooperativa. La Cooperativa, dopo controllo e verifica, inoltrerà la documentazione prodotta all'Ente. Nel caso in cui si dovessero riscontrare delle discrepanze o errori, il coordinatore provvederà ad informare la segreteria del plesso scolastico dell'incongruenza rilevata ed eventuali modifiche da apportare alla Scheda Registrazione Prestazione prima dell'invio all'Ente. |
| Raccolta documentazione | COO | In fase di erogazione della prestazione, il COO attiva la scheda informativa utente, compila la cartella utente e il diario dell'utente: nella scheda informativa dell'utente registra informazioni relative ai dati anagrafici dell'alunno, l'indirizzo della scuola e delle eventuali succursali, i recapiti telefonici, il plesso scolastico frequentato, la classe, la sezione, l'operatore assegnato, il suo numero telefonico, l'educatore sostituto consigliato e il relativo recapito telefonico, l'orario del servizio, gli eventuali periodi di assenza dalla scuola e tutte le altre informazioni necessarie. Le schede informative sono collegate ai piani operativi informativi. La cartella utente raccoglie il PEI, la Scheda Informazione Utente , il Piano Operativo di Assistenza Scolastica Educativa e tutta la documentazione aggiuntiva. Le cartelle vengono conservate in ordine alfabetico all'interno di un raccoglitore con cartellino indicante "Utenti ASD", in pieno rispetto del D.Lgs. 196/03. |
| Attività extra – scolastica | COO | Nelle eventualità che fossero richieste da parte delle Direzioni scolastiche servizi di Assistenza Extra – scolastica (gite di istruzione, gite ludiche, visite guidate, passeggiate, ecc.), si adotteranno le seguenti procedure per l'attivazione: la Direzione Didattica fa richiesta al Comune di riferimento; il Comune trasferisce la richiesta all'Ente di appartenenza, specificando: nome e cognome del minore; nome e cognome dell'operatore; luogo, data e orario dell'uscita. Tale documentazione viene a sua volta girata alla Cooperativa per provvedere all'autorizzazione e al nullaosta. La Cooperativa mediante Accettazione Servizio concede l'autorizzazione per iscritto al Comune di riferimento e contemporaneamente rilascia Nulla Osta all'operatrice, che controfirmerà per accettazione. |
| Verifica in itinere | EQ | Altra fase è la verifica in itinere attraverso riunioni di équipe operative finalizzate al costante monitoraggio del percorso individuale pianificato, alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi, alla verifica dell'erogazione del servizio per valutarne la validità e l'attualità, il rispetto della qualità; ci saranno, inoltre, verifiche periodiche con il Servizio sociale professionale del Comune sullo stato di avanzamento del progetto individualizzato. |
| Riunioni | COO | La Cooperativa programmerà incontri periodici tra tutti gli educatori impiegati nel servizio tesi a promuovere scambi di esperienze, discutere eventuali proposte migliorative dell'intervento. |
| Rendicontazione | COO | Mensilmente saranno rimesse all'Ente a corredo fatture mensili e documentazione. |

Procedura di gestione Assistenza Domiciliare Extrascolastica (ADE)

| Attività | R | Descrizione |
|--|---------------------------|---|
| Comunicazione di attivazione | Ente | La domanda di intervento, disponibile presso la Provincia e le Scuole Medie della Provincia di Chieti, è compilata da un genitore dello studente/studentessa, e va inoltrata presso la Scuola Media Superiore frequentata. L'Istituto scolastico inoltra la domanda alla Provincia di Chieti che provvede ad inviare i nominativi degli aventi diritto alla sede del coordinamento. La responsabile del servizio comunica i nominativi all'Assistente Sociale Coordinatore che provvede ad attivare il Servizio. |
| Valutazione del bisogno | AS COO | L'Assistente Sociale Coordinatore procede ad una prima visita domiciliare durante la quale conosce lo studente e la famiglia, illustra i contenuti del servizio, raccoglie informazioni utili all'elaborazione dell'intervento domiciliare, coinvolge la famiglia nell'elaborazione del PEI. Inoltre, qualora il caso lo richieda stabilisce contatti con la scuola, la ASL, le associazioni presenti sul territorio che possono dare un contributo nell'elaborazione ed attuazione del PEI domiciliare, i servizi territoriali di pertinenza (servizi sociali se presenti, equipe socio-psico-pedagogica, centri di aggregazione giovanile). |
| Pianificazione dell'intervento | AS COO/ COO COOP | L'Assistente Sociale Coordinatore comunica i nominativi degli studenti aventi diritto al servizio al Coordinatore dei Servizi della Cooperativa che svolgerà il servizio di Assistenza Domiciliare Extrascolastica, attraverso un elenco dei casi da attivare. |
| Individuazione dell'operatore | COO COOP | A questo punto il Coordinatore dei Servizi della Cooperativa individua e contatta l'operatore del servizio di assistenza domiciliare extrascolastica, gli affida un certo numero di casi, e insieme stabiliscono un Piano Operativo , firmato dall'operatore e dal Coordinatore stesso. |
| Rendicontazione operatore ed erogazione del servizio | OPS | L'operatore ogni mese compila il modulo Scheda Prestazioni con il quale informa la società circa gli accessi che ha effettuato durante l'arco del mese, le ore per utente, le ore complessive di giornata e le ore complessive del mese. Tale documento verrà inviato al RCS che lo utilizzerà per la predisposizione della busta paga dell'operatore. Tutte le prestazioni effettuate su quell'utente vengono annotate dall'operatore sul Diario Giornaliero - Rilevazioni Prestazioni Socio-Assistenziali (documento in formato ottico, richiesto dall'Ente appaltante alle Cooperative che forniscono il servizio). L'attestazione dell'avvenuta prestazione viene effettuata tramite controfirma dell'utente o di un familiare. |
| Verifica in itinere | EQ | Altra fase è la verifica in itinere attraverso riunioni di équipe operative finalizzate al costante monitoraggio del percorso individuale pianificato, alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi, alla verifica dell'erogazione del servizio per valutarne la validità e l'attualità, il rispetto della qualità; ci saranno, inoltre, verifiche periodiche con il Servizio sociale professionale del Comune sullo stato di avanzamento del progetto individualizzato. |
| Riunioni | COO | La Cooperativa programmerà incontri periodici tra tutti gli educatori impiegati nel servizio tesi a promuovere scambi di esperienze, discutere eventuali proposte migliorative dell'intervento. |
| Rendicontazione | COO | Mensilmente saranno rimesse all'Ente a corredo fatture mensili e documentazione. |

5.2 Validazione dei processi di produzione ed erogazione dei servizi

La nostra organizzazione per tutti i processi il cui risultato finale difficilmente può essere verificato in-process da successive attività di monitoraggio o di misurazione e le cui carenze possono evidenziarsi solo dopo che il servizio è stato erogato, ha deciso di garantire a monte la loro adeguatezza e la loro capacità a conseguire i risultati pianificati. Tali processi vengono validati a scadenze sistematiche durante i riesami della Direzione mediante verifiche e conferme dei processi, delle procedure e/o istruzioni operative, della documentazione di registrazione, delle attrezzature, della qualifica personale, dei ritorni dal mercato, dei risultati pianificati, ecc.

5.3 Identificazione e rintracciabilità

I materiali sono identificati con lo stesso sistema del produttore (es.: i materiali di consumo con l'etichetta posta sulla confezione, ecc.). La rintracciabilità è garantita attraverso la compilazione di documenti che consentono la ricostruzione delle attività svolte.

5.4 Proprietà del Cliente

La proprietà del cliente, sotto il nostro controllo, è tutta la documentazione fornita dal cliente – utente stesso (referti, diagnosi, certificati, impegnative, ecc.). Trattandosi di materiale affidatoci, ci sentiamo legalmente responsabili della buona conservazione e del loro corretto utilizzo. Queste proprietà contenenti dati "sensibili" sono conservate nei fascicoli archiviati in classificatori accessibili solo dal relativo responsabile. I dati "sensibili" informatici sono archiviati su supporti informatici protetti da password accessibili solo dai relativi responsabili.

5.5 Conservazione dei prodotti

È responsabilità del responsabile di servizio provvedere alla corretta conservazione delle attrezzature e materiali utilizzati per l'erogazione dei servizi.

5.6 Tenuta sotto controllo delle attrezzature di monitoraggio e misurazione

Non applicabile.

MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO

INDICE DEL CAPITOLO

| | |
|--|----------|
| 1. Generalità | 1 |
| 2. Monitoraggi e misurazioni | 2 |
| 2.1 Soddisfazione del Cliente..... | 3 |
| 2.2 Audit interni | 4 |
| 2.3 Monitoraggio e misurazione dei processi | 5 |
| 2.4 Monitoraggio e misurazione dei servizi | 6 |
| 3. Tenuta sotto controllo dei prodotti non conformi | 6 |
| 4. Analisi dei dati | 6 |
| 5. Miglioramento | 6 |
| 5.1 Miglioramento continuo | 7 |
| 5.2 Azioni Correttive..... | 7 |
| 5.3 Azioni Preventive | 7 |
| 3. Riferimenti | 8 |

1 Generalità

La nostra organizzazione, utilizzando a tal fine metodologie prefissate e opportune tecniche statistiche, individua, pianifica ed effettua le misurazioni e il monitoraggio del “disservizio” e “de qualità” dei servizi erogati, della soddisfazione del Committente, del Cliente utente e dei Clienti interni, del sistema di gestione e dei processi allo scopo di assicurare la conformità del sistema, dei processi e dei servizi ai requisiti prefissati e per ottenere il miglioramento continuo.

2 Monitoraggi e Misurazioni

2.1 Soddisfazione del Cliente

La nostra organizzazione effettua il monitoraggio delle informazioni relative alla percezione del servizio (grado di soddisfazione) da parte di tutte le parti interessate quali il Committente ed il Cliente Utente. Tali informazioni sono raccolte dalla somministrazione di specifici **Questionari Soddisfazione** che forniscono informazioni in merito ai servizi erogati, alle modalità di svolgimento, agli obiettivi socio assistenziali, in definitiva ritorni in merito alla soddisfazione e all'efficienza del servizio (servizi socio sanitari, rispetto dell'autonomia, dignità e identità personale, rispetto dei diritti relativi all'esercizio delle libertà individuali, quali libertà di opinione, di professione religiosa e di pensiero, partecipazione degli anziani e loro familiari alla vita comunitaria, serietà, disponibilità e competenza del personale che opera nella struttura).

2.2 Audit Interni

La nostra organizzazione effettua audit di parte prima con lo scopo di verificare l'efficacia del SGQ, cioè del grado di raggiungimento degli obiettivi stabiliti, la corretta applicazione delle regole aziendali ed il rispetto/mantenimento della conformità alle prescrizioni della normativa UNI EN ISO 9001'08.

Il RGQ ha la responsabilità di predisporre e mantenere aggiornato un **Piano Audit Interni**. La compilazione del suddetto piano è effettuata sulla base dell'importanza dell'area da sottoporre ad audit e in funzione di essa è stabilito il numero di audit annuali a cui sottoporre l'area. Tutte le funzioni, a prescindere dalla loro importanza e complessità sono sottoposte ad almeno un audit per anno.

Oltre agli audit programmati, il RGQ, provvederà a fissare gli audit che si rendessero necessarie, in particolare a titolo esemplificativo:

- quando vi sia stata una variazione significativa nella organizzazione che influenza quella attività;
- quando sia intervenuta una revisione della procedura della Qualità relativa alla attività da verificare;
- quando sia stata riscontrata una Non Conformità ripetitiva di rilevante interesse aziendale;
- quando sia necessario verificare l'efficacia di azioni correttive.

L'esecuzione degli audit interni è subordinata alla preventiva acquisizione da parte del personale a ciò delegato dei requisiti necessari quali:

- aver frequentato un corso di formazione specifico sulle modalità di esecuzione degli audit;
- aver partecipato ad almeno due audit in qualità di osservatore;
- essere indipendente dalle attività da verificare, e per quanto possibile, dal processo di erogazione; ci rivolgiamo ad un membro dello staff dell'azienda stessa, che garantisca competenza nella conduzione della verifica ed una adeguata commistione tra familiarità ed autorevolezza.

L'audit interno si svolge attraverso le seguenti fasi:

- l'effettuazione di una riunione d'apertura, illustrante gli scopi e le modalità di conduzione dell'audit;
- l'analisi delle attività e rispetto delle modalità descritte in procedura;
- riunione di chiusura dell'audit, in cui il responsabile della verifica o del gruppo di verifica illustra alla funzione verificata l'esito della stessa riportata sul **Rapporto Audit Interno**, prestando particolare attenzione a sottolineare le non conformità evidenziate.

A seguito dei risultati dell'audit vengono attivate necessarie azioni di miglioramento.

Procedura di gestione degli Audit Interni

| Attività | R | Descrizione |
|--|-----|---|
| Pianificazione delle verifiche | RGQ | Le Verifiche Ispettive Interne possono essere pianificate in funzione di: revisione generale della procedura gestionale relativa alla attività, non Conformità ripetitiva di rilevante interesse aziendale, non conformità di rilevante interesse aziendale segnalata dal cliente, variazione significativa nella organizzazione, richieste dell'ente di certificazione, risultati delle precedenti verifiche ispettive, esigenze specifiche e condizioni operative delle aree / funzioni / unità operative da sottoporre a verifica, esigenza che tutto il Sistema Qualità sia verificato nell'arco di un anno, dello stato, dell'importanza e della complessità dell'attività. La frequenza di verifica dei processi aziendali dipende dall'importanza e complessità dei medesimi e devono essere riportate sul Piano Audit Interno ; comunque tutti i processi verranno verificati almeno una volta l'anno. |
| Trasmissione Piano | RGQ | Il Piano di Verifica Ispettiva viene trasmesso per conoscenza a tutti i Responsabili dell'area soggetta a verifica. |
| Scelta Team di verifica | RGQ | Viene nominato il Team Leader, esterno o interno, della verifica sulla base dei requisiti richiesti. Egli in caso di necessità di competenze specifiche può avvalersi della collaborazione di uno o più Auditors i quali dovranno essere scelti tra i dipendenti dell'organizzazione purché soddisfino il requisito dell'indipendenza dalle attività soggette a verifica. |
| Definizione programma dettaglio | TL | La Verifica Ispettiva viene pianificata in relazione alle aree soggette a verifica. E' necessario informare tutti i responsabili delle aree soggette a verifiche circa l'esigenza di mettere a disposizione le necessarie risorse onde evitare assenze o ritardi che potrebbero influire sul corretto esito della verifica e per permettere ad ognuno di organizzare il proprio lavoro in modo da rendersi disponibile per la verifica. Deve essere stabilito il criterio, l'estensione, la frequenza e le modalità delle verifiche. |
| Riunione di apertura | TL | In tale fase viene: presentato il team di verifica e definite le formali linee di comunicazione tra questo e i responsabili aziendali, presentato lo scopo della verifica, esaminata l'estensione della verifica ed i suoi obiettivi, data dall'azienda conferma delle risorse, confermato l'orario di ogni incontro intermedio e della riunione di chiusura, descritta le modalità di conduzione della verifica, sottolineata che le eventuali NC non si riferiscono a persone ma al sistema, evidenziato che i risultati saranno discussi nella riunione di chiusura. |
| Analisi delle attività e dei documenti | TL | Gli Auditors sono tenuti ad analizzare in dettaglio le attività ed a valutare tutta la documentazione al fine di avere evidenze oggettive in caso di NC. Effettuano: analisi delle attività e rispetto delle modalità descritte in procedura, la raccolta delle evidenze oggettive, attraverso interviste, esame di documenti e osservazione attività, la verifica delle azioni correttive derivanti da precedenti verifiche ispettive, al fine di accertarsi che siano state poste in atto in maniera soddisfacente secondo le modalità ed i tempi concordati e che siano efficaci; |
| Notifica eventuali NC | TL | Le NC vengono comunicate ai diretti responsabili nel momento stesso in cui vengono evidenziate al fine di facilitare la loro comprensione e permettere al responsabile dell'area verificata di poterla impugnare dandone adeguata evidenza (supportata da evidenze oggettive). |
| Stesura Rapporto di Verifica | TL | Al termine della valutazione verrà steso il Rapporto Audit Interno . Questo dovrà prevedere: estensione ed obiettivi, dettagli del piano di verifica, identificazione del Team di Verifica e dei responsabili delle aree soggette a verifica, documenti di riferimento rispetto ai quali la verifica è stata eseguita, osservazioni delle non conformità, giudizio del gruppo di verifica (grado di conformità), lista di distribuzione del Rapporto di Verifica. Tale Rapporto dovrà essere firmato dal Team Leader. |
| Riunione di chiusura | TL | In tale fase il Team di verifica illustra l'esito della Verifica alla Direzione evidenziando le NC emerse. Al termine della riunione, il Rapporto di Verifica Ispettiva Interna, viene sottoscritto da ognuno dei Componenti del team e dal Responsabile dell'ente o funzione aziendale sottoposto a verifica. Copia del Rapporto di Verifica Ispettiva Interna va distribuita alla Direzione, al Responsabile del settore ed al RGQ, il quale provvede ad archiviare la documentazione. |
| Analisi esito verifica | RGQ | Si esamina il risultato delle VI, al fine di avere una situazione aggiornata dell'andamento del SGQ, decidere sulle modalità degli eventuali interventi migliorativi, verificare l'efficacia degli interventi decisi. Tale fase può essere svolta durante il Riesame della Direzione ma sarebbe più opportuno che venisse effettuata immediatamente dopo la verifica al fine di garantire la tempestività delle azioni di miglioramento. |
| Azioni per il miglioramento | RGQ | In funzione delle NC emerse vengono aperte le necessarie azioni correttive. |

2.3 Monitoraggio e misurazione dei processi

La nostra organizzazione ha predisposto un **Piano di Miglioramento** che prevede una serie di strumenti di monitoraggio e misurazione che controllano i singoli processi aziendali, fornendo poi delle informazioni utili alla valutazione delle *performance* e utilizzabili dai processi successivi come base di partenza per la propria valutazione dei risultati. Questo sistema permette inoltre di tenere sotto controllo anche gli indicatori di processo garantiti nella Carta dei Servizi.

Il monitoraggio dei processi è realizzato dalle risorse umane, che hanno il compito di raccogliere i dati utili attraverso dei moduli opportunamente predisposti; analizzare attentamente i risultati delle rilevazioni ottenendo in uscita delle informazioni sintetiche e precise sulle performance di ogni processo aziendale.

2.4 Monitoraggio e misurazione dei servizi

Durante l'erogazione dei servizi assistenziali vengono effettuati dal Responsabile Coordinamento Servizi Operativi delle verifiche sulla corretta erogazione del servizio in funzione di quanto pianificato e progettato al fine di individuare possibili "disservizi" (gap tra la qualità progettata e la qualità erogata, cioè prestazioni erogate non conformi a quelle prestabilite e promesse al Committente o all'utente finale) e puntare al "Service Recovery" (recupero del servizio) come l'insieme di attività svolte per la gestione dei servizi manifestatisi. In particolare ogni mese dall'attivazione del servizio, RCS effettua una verifica su tutti gli utenti attivi circa la conformità della documentazione rispetto alla procedura di riferimento. In particolare si verifica:

- la corrispondenza tra ore previste ed ore effettuate settimanali;
- la corrispondenza tra intervento effettuato ed intervento pianificato;
- la corretta compilazione della modulistica utilizzata;

L'esito della verifica viene riportato sulla **Scheda Utente** e **Scheda Prestazioni** riportando la dicitura "Verificato con esito positivo", data e firma.

3 Tenuta sotto controllo dei prodotti non conformi

La nostra organizzazione gestisce le situazioni di non conformità affinché: il servizio soddisfi pienamente il Committente ed il Cliente Utente, il prodotto/servizio non conforme sia trattato in maniera diversa da quello conforme, si eviti che i prodotti/servizi, che non corrispondono ai requisiti specificati, vengano involontariamente erogati, situazioni anomale di processo siano individuate e correttamente trattate, si abbia una corretta definizione e trovino una risoluzione che rispetti i requisiti di gestione interni, le normative e le legislazioni applicabili, i reclami dei clienti siano gestiti con azioni commisurate alle conseguenze delle non conformità rilevate e siano di base al miglioramento aziendale. La loro gestione prevede la registrazione da parte del RGQ sul **Rapporto Non Conformità** dei problemi riscontrati e della loro modalità di risoluzione.

Procedura di gestione delle Non Conformità

| Attività | R | Descrizione |
|--------------------------------|-------|---|
| Individuazione delle NC | Tutti | Le NC oggetto della presente procedura sono quelle originate dal mancato rispetto delle prescrizioni e/o dei requisiti qualitativi contemplati dal contratto, dalle norme e dai regolamenti applicabili, dalle prescrizioni del nostro SGQ. |
| Identificazione e segregazione | RGQ | Il soggetto che individua un prodotto NC, provvede ad identificarlo con targhetta "Non Conforme" ovvero a segregarlo in apposita area "Non Conforme" al fine di evitare che il prodotto venga involontariamente immesso nel ciclo di erogazione. |
| Formalizzazione della NC | RGQ | Il soggetto che individua una NC provvede a registrare il problema riscontrato sul Rapporto Non Conformità e lo trasmette successivamente al responsabile dell'analisi e trattamento per decidere la natura della Non Conformità e la sua risoluzione. |
| Trattamento della NC | RGQ | Si decide la natura della Non Conformità. Il Responsabile dell'Analisi e Trattamento provvede ad analizzare la non conformità, ed a decidere il trattamento da eseguire sulle medesime: prodotto/servizio conforme: nessun trattamento, prodotto/servizio non conforme ripristinabile: trattamento, prodotto/servizio non conforme non ripristinabile: nessun trattamento. Nel caso sia previsto contrattualmente, il trattamento e l'utilizzo di prodotti/servizi non conformi è concordato con il Committente e l'evidenza relativa viene allegata al Rapporto delle Non Conformità . |
| Attuazione | RGQ | La decisione presa viene messa in atto e registrata sul Rapporto delle Non Conformità . |
| Chiusura e verifica della NC | RGQ | Il responsabile della chiusura provvede a chiudere la NC: verificando l'effettiva esecuzione ed efficacia del trattamento prescritto, riportando l'esito della verifica e le disposizioni sul prodotto Non Conforme. Nel caso in cui il trattamento adottato non dovesse essere risultato efficace si dovrà stabilire un nuovo trattamento per risolvere la Non Conformità. |
| Analisi delle NC | RGQ | Per ogni Non Conformità chiusa si provvede a valutare la necessità di mettere in atto azioni per garantire la non ripetitività degli stessi. A seguito di tale analisi, se risultano presenti Non Conformità gravi, ripetitive o economicamente costose può essere deciso di intervenire al fine di evitare il loro ripetersi aprendo delle Azioni Correttive. |

4 Analisi dei Dati

La nostra organizzazione analizza e monitorizza dati ed informazioni provenienti dai diversi settori del sistema aziendale, quali quelli prodotti dalle attività di misurazione e monitoraggio, al fine di stabilire l'adeguatezza e l'efficacia del sistema ed individuare possibili azioni di miglioramento.

La raccolta dei dati, in particolare, viene applicata per valutare almeno:

- il grado di soddisfazione/insoddisfazione del Committente e del Cliente utente;
- la percentuale di incremento dell'utenza dei servizi rispetto ai progetti pre-esistenti, il numero dei servizi locali pubblici e privati coinvolti, il rapporto fra n. operatori del servizio e n. operatori esterni e volontari coinvolti, la spesa pro-capite per utente per ciascun intervento attivato, il rapporto fra tempi preventivati/tempi reali di attuazione, il tasso di frequenza di ciascun servizio attivato, la percentuale di coinvolgimento degli utenti sul totale della popolazione.
- le prestazioni dei processi e le loro caratteristiche;
- l'affidabilità dei fornitori dell'organizzazione;

La necessità di definire, tenere sotto controllo e verificare la capacità dei processi aziendali e le caratteristiche dei servizi della nostra organizzazione può essere evidenziata dalla Direzione, dal RGQ e dai Responsabili delle varie funzioni, in base ad eventuali risultanze negative (reclami, risultati di verifiche ispettive, ecc.), oppure nel corso dell'attuazione di azioni correttive/preventive, durante il perseguimento di obiettivi di miglioramento e, comunque, nel corso della normale attività lavorativa. Le tecniche impiegate possono essere eventualmente: fogli di raccolta dati, diagramma di Pareto, istogrammi, indicatori della qualità, ecc.

5 Miglioramento

5.1 Miglioramento continuo

Le fasi previste per il perseguimento dell'efficacia dei processi aziendali sono: pianificazione del miglioramento, attuazione, verifica dei risultati conseguiti, identificazione delle azioni per correggere eventuali scostamenti fra quanto pianificato e quanto attuato.

La Direzione in occasione del Riesame della Direzione, di concerto con i vari responsabili, analizza: la politica della qualità, obiettivi specifici posti e conseguiti, risultati di verifiche ispettive, analisi statistiche, analisi delle non conformità (disservizi e dequalità), informazioni di ritorno provenienti dal cliente (reclami, assistenza, ecc.), performance sui servizi e sui processi, risultati raggiunti in seguito a precedenti riesami, e nel rispetto dei possibili orizzonti di miglioramento nel breve e medio termine e coerentemente con la politica per la qualità, stabilisce specifici obiettivi misurabili, per pertinenti livelli e in corrispondenza dei processi ritenuti critici, tali da garantire il raggiungimento di un miglior stato organizzativo, gestionale e produttivo dei processi ed il rispetto dei requisiti dei servizi.

Tali obiettivi, sono formalizzati sul **Piano di Miglioramento** sul quale vengono riportati anche il piano di azioni (correttive o preventive) responsabilità e tempi di attuazione ad essi relativi e vengono riesaminati e tenuti sotto controllo, mediante verifiche intermedie dei risultati, durante le fasi di Riesame della Direzione. In caso di scostamenti dagli obiettivi, la Direzione provvede a pianificare interventi di correzione.

5.2.1. Azioni Correttive

La nostra organizzazione gestisce, sul **Rapporto Non Conformità**, le azioni correttive per eliminare le cause di non conformità al fine di impedire il loro ripetersi, in particolare se gravi e/o ripetitive.

Procedura di gestione delle Azioni Correttive

| Attività | R | Descrizione |
|--------------------------------|-----|--|
| Esigenza di azione correttiva | RGQ | In presenza di problemi e non conformità che hanno la tendenza a ripetersi può sorgere l'esigenza di aprire delle azioni Correttive. In ogni caso si deve essere in presenza di condizioni ripetitive ed altamente nocive agli obiettivi aziendali fissati da parte della organizzazione o da parte del singolo utente. La necessità di Azione Correttiva viene promossa e curata dal RGQ sulla base di: proposte di miglioramento dei vari responsabili di funzione, analisi degli indicatori per il miglioramento, non conformità di servizio o di sistema, reclami dai Committenti o Clienti Utenti, risultanze di verifiche ispettive interna, risultanze di verifiche ispettive esterna eseguita da un Cliente o un ente di Certificazione, segnalazioni esterne. |
| Analisi della richiesta | RGQ | Vengono analizzate le richieste e viene verificata la reale necessità di procedere. Tale decisione non può prescindere dal fatto che l'azione correttiva ha un costo relativo soprattutto alla ricerca delle potenziali cause che hanno scaturito il problema e quindi tale analisi deve essere effettuata in funzione del reale vantaggio che potrebbe portare e del relativo costo di risoluzione. |
| Ricerca delle potenziali cause | RGQ | Una volta accettata la richiesta viene ricercata la potenziale causa al fine di eliminarla. Il più delle volte può verificarsi il caso che vengano individuate diverse potenziali cause; in tale caso la scelta della causa da eliminare non può prescindere da una analisi causa-effetto al fine di capire quale di queste contribuisce maggiormente al manifestarsi dell'effetto e quale il relativo costo di intervento per la sua eliminazione. |
| Definizione Azione Correttiva | RGQ | Viene definito il tipo di azione necessaria alla rimozione della causa in funzione dell'importanza della non conformità e commisurata ai potenziali rischi relativi e stabilisce le modalità, tempi di attuazione, il responsabile dell'attuazione cioè colui che si dovrà preoccupare di mettere in atto quanto deciso secondo le modalità ed i tempi previsti ed i tempi della verifica dell'efficacia. Viene aggiornato l'elenco delle azioni. |
| Attuazione Azione Correttiva | RGQ | L'Azione correttiva viene messa in atto dal responsabile individuato. Nel caso in cui l'azione proposta sia ritenuta non soddisfacente dal responsabile individuato per l'attuazione, rimanda la richiesta al richiedente, motivando le ragioni del rigetto e richiedendo al contempo soluzioni alternative. Se non sarà fornita una risposta adeguata, o se l'azione non sarà implementata nei tempi e nei modi stabiliti, verrà richiesto l'intervento. |
| Verifica efficacia | RGQ | Viene valutata l'efficacia dell'azione, cioè il grado di raggiungimento dell'obiettivo che la azione si è posta; viene verificato in concreto se l'azione ha rimosso la causa e di conseguenza se ha prevenuto il non ripetersi del problema. Nel caso in cui l'azione non dovesse essere stata efficace è necessario capirne il motivo. E' probabile che la causa individuata non è di fatto quella che ha generato il problema ovvero l'azione per la rimozione della causa non era adeguata. |

5.3 Azioni Preventive

La nostra organizzazione gestisce, sul **Rapporto Non Conformità**, le azioni preventive attuate per eliminare le cause di potenziali non conformità, difettosità, incidenti e situazioni di emergenza al fine di impedire il loro manifestarsi.

Procedura di gestione delle Azioni Preventive

| Attività | R | Descrizione |
|---|-----|---|
| Esigenza di azione preventiva e formalizzazione | RGQ | In presenza di potenziali problemi e potenziali non conformità può sorgere l'esigenza di aprire delle azioni Correttive. In ogni caso si deve essere in presenza di condizioni che potrebbero essere altamente nocive agli obiettivi aziendali fissati da parte della organizzazione o da parte del singolo utente. La necessità di Azione Preventiva viene promossa e curata dal RGQ sulla base di: proposte di miglioramento di sistema dei vari responsabili di funzione, proposte di miglioramento dei servizi, analisi degli indicatori per il miglioramento, informazioni su probabili situazioni di "fuori controllo" dei processi, esigenze ed evoluzione del mercato e/o analisi della concorrenza, idee innovative, economie in erogazione, necessità di aggiornamento professionale e tecnologico; |
| Analisi della richiesta | RGQ | Vengono analizzate le richieste e viene verificata la reale necessità di procedere. Tale decisione non può prescindere dal fatto che l'azione preventiva ha un costo relativo soprattutto alla ricerca delle potenziali cause del potenziale problema e quindi tale analisi deve essere effettuata in funzione del reale vantaggio che potrebbe portare e del relativo costo di prevenzione. |
| Ricerca delle potenziali cause | RGQ | Una volta accettata la richiesta viene ricercata la potenziale causa al fine di eliminarla. Il più delle volte può verificarsi il caso che vengano individuate diverse potenziali cause; in tale caso la scelta della causa da eliminare non può prescindere da una analisi causa-effetto al fine di capire quale di queste contribuisce maggiormente al potenziale manifestarsi dell'effetto e quale il relativo costo di intervento per la sua prevenzione. |
| Definizione Azione Preventiva | RGQ | Viene definito il tipo di azione necessaria alla rimozione della causa in funzione dell'importanza della potenziale non conformità e commisurata ai potenziali rischi relativi e stabilisce le modalità, tempi di attuazione, il responsabile dell'attuazione cioè colui che si dovrà preoccupare di mettere in atto quanto deciso secondo le modalità ed i tempi previsti ed i tempi della verifica dell'efficacia. Viene aggiornato l'elenco delle azioni. |
| Attuazione Azione Preventiva | RGQ | L'Azione preventiva viene messa in atto dal responsabile individuato. Nel caso in cui l'azione proposta sia ritenuta non soddisfacente dal responsabile individuato per l'attuazione, rimanda la richiesta al richiedente, motivando le ragioni del rigetto e richiedendo al contempo soluzioni alternative. Se non sarà fornita una risposta adeguata, o se l'azione non sarà implementata nei tempi e nei modi stabiliti, verrà richiesto l'intervento. |
| Verifica efficacia | RGQ | Viene valutata l'efficacia dell'azione, cioè il grado di raggiungimento dell'obiettivo che la azione si è posta; viene verificato in concreto se l'azione ha rimosso la causa e di conseguenza se ha prevenuto il problema. Nel caso in cui l'azione non dovesse essere stata efficace è necessario capirne il motivo. E' probabile che la causa individuata non è di fatto quella che avrebbe potuto prevenire il problema ovvero l'azione per la rimozione della causa non era adeguata. |