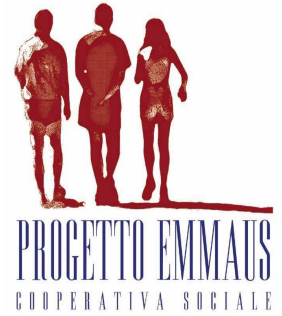

**MANUALE
DELLA
QUALITÀ**




COOPERATIVA SOCIALE


PROGETTO EMMAUS

EDIZIONE N°2- REVISIONE 04


COPIA CONTROLLATA N°_1

 PROGETTO EMMAUS <small>COOPERATIVA SOCIALE</small>	MANUALE DELLA QUALITA' <i>Indice del Manuale Qualità</i>	Indice Edizione n° 2 Revisione 04		
				Pagina 1 di 3
CAPITOLO		N° di pagine	Rif. UNI EN ISO 9001:2008	

Revisioni	INDICE DELLE REVISIONI DEL MANUALE QUALITA'	1		
	1. <i>Indice delle revisioni del Manuale Qualità</i>			
A.	GENERALITA'	7		
	1. <i>Presentazione</i>			
	2. <i>Dati anagrafici</i>			
	3. <i>Campo di applicazione e normativa</i>			
	4. <i>Legislazione</i>			
	5. <i>Termini e definizioni</i>			
B.	SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'	9	4.	
	1. <i>Requisiti generali</i>		4.1.	
	2. <i>Requisiti relativi alla documentazione</i>		4.2.	
	2.1 <i>Manuale della qualità</i>		4.2.2.	
	2.1.1 <i>Realizzazione del Manuale</i>			
	2.1.2. <i>Revisione del Manuale</i>			
	2.1.3. <i>Assegnazione copia del Manuale</i>			
	2.2 <i>Procedure</i>			
	2.3 <i>Procedure Operative</i>			
	2.4 <i>Documenti di registrazione</i>			
	3. <i>Tenuta sotto controllo dei documenti</i>		4.2.3.	
	3.1 <i>Generalità</i>			
	3.2 <i>Approvazione ed emissione</i>			
	3.3 <i>Cambiamenti o modifiche ai documenti</i>			
	4. <i>Tenuta sotto controllo delle registrazioni</i>		4.2.4.	
	5. <i>Procedure di riferimento</i>			
C.	RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE	6	5.	4.1.
	1. <i>Politica per la qualità</i>		5.1.	
			5.2.	
			5.3.	
	2. <i>Pianificazione</i>		5.4.	
	2.1 <i>Obiettivi per la qualità</i>		5.4.1.	
	2.2 <i>Pianificazione del SGQ</i>		5.4.2.	
	3. <i>Responsabilità, autorità e comunicazione</i>		5.5.	
	3.1 <i>Rappresentante della Direzione</i>		5.5.2.	
	3.2 <i>Responsabilità ed autorità</i>		5.5.1.	
	3.2.1 <i>Organigramma aziendale</i>			
	3.2.2 <i>Responsabilità ed interazioni delle attività</i>		5.5.1.	
	3.3 <i>Comunicazioni interne</i>		5.5.3.	
	3.4 <i>Riesame della direzione</i>		5.6.	
	4 <i>Procedure di riferimento</i>			
D.	GESTIONE DELLE RISORSE	3	6.	
	1. <i>Messa a disposizione delle risorse</i>		6.1.	

	MANUALE DELLA QUALITA' <i>Indice del Manuale Qualità</i>	Indice Edizione n° 2 Revisione 04	
		Pagina 2 di 3	
CAPITOLO	N° di pagine	Rif. UNI EN ISO 9001:2008	

E.	2.	<i>Risorse umane (Competenza, consapevolezza e formazione- addestramento)</i>	6.2.
	3.	<i>Infrastrutture</i>	6.3.
	4.	<i>Ambiente di lavoro</i>	6.4.
	5.	<i>Procedure di riferimento</i>	
	REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO		17
F.	1.	<i>Pianificazione della realizzazione del servizio</i>	7.1.
	2.	<i>Processi relativi al cliente</i>	7.2.
	2.1	<i>Determinazione dei requisiti relativi al servizio</i>	7.2.1.
	2.2	<i>Riesame dei requisiti relativi al servizio</i>	7.2.2.
	2.3	<i>Comunicazione con il cliente</i>	7.2.3.
	3.	<i>Progettazione e sviluppo</i>	7.3.
	3.1	<i>Pianificazione</i>	7.3.1.
	3.2	<i>Elementi di ingresso</i>	7.3.2.
	3.3	<i>Elementi in uscita</i>	7.3.3.
	3.4	<i>Riesame</i>	7.3.4.
	3.5	<i>Verifica</i>	7.3.5.
	3.6	<i>Validazione</i>	7.3.6.
	3.7	<i>Tenuta sotto controllo delle modifiche alla progettazione</i>	7.3.7.
	4.	<i>Approvvigionamento</i>	7.4.
	4.1	<i>Processo di approvvigionamento</i>	7.4.1.
	4.2	<i>Informazioni per l'approvvigionamento</i>	7.4.2.
	4.3	<i>Verifica dei prodotti approvvigionati</i>	7.4.3.
	5.	<i>Erogazione di servizi</i>	7.5.
	5.1	<i>Tenuta sotto controllo delle attività di erogazione di servizi</i>	7.5.1.
	5.2	<i>Validazione dei processi di erogazione dei servizi</i>	7.5.2.
	5.3	<i>Identificazione e rintracciabilità</i>	7.5.3.
	5.4.	<i>Proprietà del cliente</i>	7.5.4.
5.5	<i>Conservazione dei prodotti</i>	7.5.5.	
6.	<i>Tenuta sotto controllo delle apparecchiature e di misurazione</i>	7.6.	
7.	<i>Procedure di riferimento</i>		
MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO		6	8.
1.	<i>Generalità</i>	8.1.	
2.	<i>Monitoraggi e misurazioni</i>	8.2.	
2.1	<i>Soddisfazione del cliente</i>	8.2.1.	
2.2	<i>Audit interni</i>	8.2.2.	
2.3	<i>Monitoraggio e misurazione dei processi</i>	8.2.3.	
2.4	<i>Monitoraggio e misurazione dei prodotti e del servizio</i>	8.2.4.	
3.	<i>Tenuta sotto controllo dei servizi non conformi</i>	8.3.	
4.	<i>Analisi dei dati</i>	8.4.	

	<p align="center">MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p align="center"><i>Indice del Manuale Qualità</i></p>	<p align="center">Indice</p>	
		<p align="center">Edizione n° 2 Revisione 04</p>	
		<p align="center">Pagina 3 di 3</p>	
CAPITOLO		N° di pagine	Rif. UNI EN ISO 9001:2008

5.	<i>Miglioramento</i>	8.5.
5.1	<i>Miglioramento continuo</i>	8.5.1.
5.2	<i>Azioni Correttive</i>	8.5.2.
5.3.	<i>Azioni Preventive</i>	8.5.3.
6.	<i>Procedure di riferimento</i>	

<i>Allegato 1</i>	<i>Elenco delle procedure</i>
<i>Allegato 2</i>	<i>PAG. 1 "Flusso dei processi aziendali Servizi Residenziali"</i>
	<i>PAG. 2 "Flusso dei processi della scuola dell'infanzia N.S. del Suffragio"</i>
	<i>PAG. 3 "Flusso dei processi aziendali Servizi Territoriali"</i>
<i>Allegato 3a</i>	<i>Organigramma generale</i>
<i>Allegato 3b</i>	<i>Organigramma servizi residenziali comunità</i>
<i>Allegato 3c</i>	<i>Organigramma servizi territoriali</i>
<i>Allegato 3d</i>	<i>Organigramma servizi residenziali g.appartamento</i>



MANUALE DELLA QUALITA'
Indice delle Revisioni del MQ

Indice Revisioni

Edizione n° 2
Revisione 04

Pagina 1 di 1

Capitolo	Descrizione delle modifiche	REVISIONE						Data revisione	Pagine revisione
		00	01	02	03	04	05		
Indice	riedizione							11/11/11	tutte
Revisioni	riedizione			X				23/11/2012	tutte
Cap.A	aggiornamento				X			25/11/2013	2,3,4,5
Cap.B	riedizione				X			25/11/2013	5,8
Cap.C	riedizione					X		25/11/2013	1,2
Cap.D	riedizione	X						11/11/11	tutte
Cap.E	riedizione			X				23/11/2012	1,3,5
Cap.F	riedizione				X			25/11/2013	1,
Allegato1	riedizione							11/11/11	tutte
Allegato2	riedizione							11/11/11	tutte
Allegato 3a	riedizione							10/12/13	tutte
Allegato 3b	riedizione							10/12/13	tutte
Allegato 3c	riedizione							10/12/13	tutte
Allegato 3d	nuovo documento							10/12/13	tutte

Legenda: (*) Versione di revisione attualmente in vigore.

Elaborazione a cura del:

Effettuata in data:

Responsabile SGQ

25/11/2013

Firma

Bonomi Patrizia

Verifica/Approvazione del:


Effettuata in data:

Presidente del CdA

25/11/2013

Firma

Alberto BIANCO

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Generalita'</i></p>	<p>Capitolo –A-</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 03</p> <hr/> <p>Pagina 1</p>
--	---	--

A. GENERALITA'.

A.1. PRESENTAZIONE.

La Cooperativa Sociale Progetto Emmaus è una cooperativa sociale di tipo A, di servizi alla persona, ente no profit. La sua nascita si colloca all'interno di un'esperienza iniziata negli anni 70 ad Alba e sviluppatasi partendo da un gruppo di volontari.

Constatato il bisogno, impellente e talvolta drammatico, che le famiglie di disabili psichici e fisici manifestavano, si decise di creare strutture residenziali atte ad ospitare, per un periodo di tempo più o meno lungo, questi loro famigliari. Un ricovero che permettesse a queste famiglie di riprendersi da uno stress continuo e logorante, riappropriandosi di uno stile di vita il più possibile normale. La motivazione principale dei promotori era la *solidarietà* verso queste persone duramente provate dalla vita: i disabili ed i loro famigliari.

Tra vicissitudini varie e complesse, narrate nel libro “Handicappati una lunga storia insieme”, veniva individuata una casa idonea allo scopo.


Nata nel 1995 ad Alba, opera nel campo della psichiatria e della disabilità attraverso la gestione di strutture residenziali in convenzione con varie ASL e Consorzi Socio Assistenziali piemontesi. In oltre un decennio di operatività sul territorio albese e braidese, la Cooperativa Sociale Progetto Emmaus ha maturato una serie di esperienze operative e gestionali.

Se lo specifico della nostra cooperativa è stato ed è ancora tuttora la residenzialità, nel campo della psichiatria e della disabilità, con la gestione di comunità e di gruppi appartamento. Negli ultimi anni sempre più frequentemente si è allargato il campo di intervento ad altre realtà ed aree: Scuola dell'infanzia, Servizi territoriali per disabili, anziani, interventi presso privati

Questo recente ampliamento del range di attività è riconducibile a diversi fattori:

- Richieste esterne mirate alla gestione di determinati servizi, affidati con incarichi diretti da parte della committenza (Asl, Consorzi, Enti privati);
- Il desiderio e la volontà di confrontarsi con altre aree del disagio, e dell'agio, così come si vengono a configurare nella società di oggi;
- La consapevolezza che un portafoglio allargato di servizi meglio permette ad una cooperativa sociale come la nostra di affrontare gli alti e bassi del “mercato”, garantendosi in questo modo maggiori possibilità di sopravvivenza;
- L'importanza di tutelare la salute ed il benessere lavorativo dei propri soci lavoratori, andando oltre il concetto di residenzialità. Diversificare le attività per garantire turn over e per evitare il burn out, offrendo quindi passaggi da un'area lavorativa all'altra all'interno della medesima organizzazione.

Queste idee sono alla base di un periodo proficuo ed intenso, un **laboratorio di cambiamento** della cooperazione che ha iniziato a svilupparsi negli ultimi anni, nel quale si sperimentano diversi impegni lavorativi, sempre più spesso confrontandosi con la novità, valutandola, soppesandola e, quando alla nostra portata, affrontandola direttamente.

	MANUALE DELLA QUALITA' <i>Generalita'</i>	Capitolo –A- Edizione n° 2 Revisione 03 Pagina 2
---	---	---

Novità e cambiamenti che non solo sono su di un versante esterno di “commesse di lavoro”, ma ha anche un fronte interno di **riorganizzazione dei processi aziendali**, di lavoro per ruoli e funzioni, in un’attività di modernizzazione che mira a trasformare una piccola cooperativa familiare in un’organizzazione di media complessità che coinvolge oltre 88 lavoratori (dei quali 50 sono soci) e 2 consulenti esterni.

Da questo lavoro la certificazione di qualità **ISO 9001** ottenuta nel 2004, l’introduzione codificata della valutazione della qualità (indicatori di efficacia ed efficienza) ed una sempre attenta presenza e sensibilità alla formazione continua del personale, la creazione di una **Carta dei Servizi** e di un **sito web**, nonché la stesura di una **Carta dei Diritti dell’Ospite**. In occasione del decennale della Cooperativa è stato anche realizzato un **video** che illustra le attività ed i servizi della cooperativa. Nel 2010 sono stati inoltre redatti il “**Codice Etico**” ed il “**Bilancio Sociale**”.

Credevamo e continuiamo a credere fermamente che civiltà significhi, prima che progresso economico, una organizzazione sociale attenta ai bisogni di tutti i cittadini con uno sguardo particolarmente attento rivolto ai più deboli e bisognosi di aiuto.

Queste sono le motivazioni per le quali è nata e si è sviluppata, con le numerose strutture che oggi gestiamo, la **Cooperativa Sociale “Progetto Emmaus”**.

MISSION

- Solidarietà
- No - profit
- Professionalità operatori
- Centralità della persona (ospite)
- Dare risposte con caratteristiche adeguate ai bisogni delle famiglie di disabili psichici e fisici

VISION

- Una realtà che si sostiene con il ritorno delle proprie attività
- Una realtà che allarga la propria capacità di risposta ai nuovi bisogni gratificando e responsabilizzando il personale interno e soddisfacendo la committenza (ASL / consorzi/ utenti /famiglie)
- Un’organizzazione flessibile che sta dietro al mercato del sociale, pur sempre fedele ai valori fondanti di solidarietà, cooperazione e centralità della persona.

“L’ultima speranza per la pacifica e felice sopravvivenza dell’umanità sarà la cooperazione. Cooperazione tra le religioni, le razze, le nazioni, le attività economiche, le famiglie, i singoli individui. Un sogno? Sì, ma non impossibile”.

**A.2. DATI ANAGRAFICI.**

Ragione Sociale:	Società Cooperativa Sociale “Progetto Emmaus” ONLUS
Partiva I.V.A.:	02462260049
Amministratori:	Alberto Bianco (presidente), Antonella Vietti, Augusto Dalmasso, Anna Carla Nota, Massimiliano Vullo, Davide Musso, Nadia Pelassa
Indirizzo sede legale ed operativa:	Via Rattazzi, 9 12051 ALBA
Telefono:	0173-441784 – 364202 – 349 1022291
Telefax:	0173-441784
e-mail:	cooperativa@progettoemmaus.it
Sito Internet:	www.progettoemmaus.it
indirizzo operativo	ufficio Corso Matteotti, 3 12051 ALBA

STRUTTURE DI EROGAZIONE DEI SERVIZI:

<u>“COMUNITA' EMMAUS”</u> Via Rattazzi, 9 12051 Alba (CN) comunita@progettoemmaus.it	<u>COMUNITA' AURORA</u> Via Carlo Alberto, 1 12042 Pollenzo, Bra (CN) comunita.aurora@gmail.com
<u>“CASA MARIA ROSA”</u> Via San Giovanni, 6 12051 Alba (CN) casamariarosa@progettoemmaus.it	G.A. “TETTI BLU” Via Masera, 9 12051 Alba (CN) ga.tettiblu@gmail.com
<u>G.A. “ARIETE” E G.A. “SOTTOSOPRA”</u> Via Mandelli, 13 12051 Alba (CN) ga_ariete@progettoemmaus.it	<u>G.A. “PEPENERO”</u> Via Damiano Chiesa, 4 12051 Alba (CN) g.a.pepenero@alice.it



MANUALE DELLA QUALITA'


Generalita'

Capitolo -A-

Edizione n° 2
Revisione 03

Pagina 4

ga_sottosopra@progettoemmaus.it	
<u>G.A. "LA ROCCA"</u> Via Vittorio Emanuele, 284 12042 Bra (CN) ga_larocca@virgilio.it	<u>G.A. DUEPASSI</u> Via Macrino, 11 12051 Alba (CN) 2passi@gmail.com
<u>SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA "N.S. DEL SUFFRAGIO"</u> Strada Guarene, 7 12051 Alba (CN) n.s.suffragioalba@tiscal.it	<u>CONVIVENZA GUIDATA</u> Via Macrino, 11 12051 Alba (CN)
<u>G.A. SI PUO' FARE</u> Via Rattazzi, 9 12051 Alba (CN) sipuofare@progettoemmaus.it	

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p><i>Generalità</i></p>	<p>Capitolo –A-</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 03</p> <hr/> <p>Pagina 5</p>
---	---	--

A.3. CAMPO DI APPLICAZIONE E NORMATIVA.

Il campo di attività dell'azienda è:

PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI ALLA PERSONA IN REGIME RESIDENZIALE, AREE ED UTENZA: PSICHIATRIA ED HANDICAP.

EROGAZIONE DI SERVIZI DI ASSISTENZA NOTTURNA PRESSO STRUTTURE ESTERNE, UTENZA: HANDICAP.

PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI ALLA PERSONA IN REGIME TERRITORIALE, UTENZA: HANDICAP.

PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA.

Il presente Manuale descrive il programma del Sistema di Gestione Qualità stabilito dalla **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** in linea alle norme ed alle prescrizioni contrattuali **UNI EN ISO 9001:2008** (“Sistemi di Gestione per la Qualità. Requisiti.”) ed in riferimento alle seguenti norme:

- **UNI EN ISO 9004:2009** “Gestire un’organizzazione per il successo durevole – l’approccio per la gestione della Qualità
- **UNI EN ISO 9000:2005** “Sistemi di Gestione per la Qualità. Fondamenti e vocabolario”

Il Sistema di Gestione Qualità è applicato presso le seguenti strutture della **Cooperativa sociale Progetto Emmaus**:

- **Comunità Emmaus**
- **Casa Maria Rosa**
- **Gruppo appartamento Ariete**
- **Gruppo appartamento Sottosopra.**
- **Gruppo Appartamento “La Rocca”**
- **Gruppo Appartamento “Tetti Blu”**
- **Comunità Aurora**
- **Gruppo Appartamento Pepenero**
- **Gruppo Appartamento Duepassi**
- **Scuola per l’infanzia “Nostra Signora del Suffragio”**
- **Convivenza guidata**
- **Gruppo Appartamento “Si Può Fare”**

e all’attività di Servizio di assistenza notturna svolta presso strutture esterne, servizi territoriali (intervento educativo e di assistenza alla comunicazione nell’ambito scolastico, intervento socio-educativo, intervento di assistenza domiciliare, intervento di supporto alla domiciliarità, attività di promozione all’autonomia,).



MANUALE DELLA QUALITA'

Generalita'


Capitolo -A-

Edizione n° 2
Revisione 03

Pagina 6

Non vi sono esclusioni di applicabilità di requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2008.

Per eventuali contratti, con caratteristiche particolari che non siano previste dal presente Manuale, sarà emessa un'appendice nella quale saranno precisate le prescrizioni contrattuali.

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p><i>Generalità</i></p>	<p>Capitolo –A-</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 03</p> <hr/> <p>Pagina 7</p>
--	---	--

A.4. LEGISLAZIONE.

Nello sviluppo del Sistema di Gestione Qualità si è tenuto conto delle leggi di settore applicabili all'attività svolta dall'organizzazione, delle linee guida di settore applicabili e della bibliografia di riferimento. E' stato predisposto un elenco della documentazione di origine esterna (ELSYS010) mantenuto aggiornato dal Responsabile del Sistema di gestione per la Qualità (vedere procedura PGSYS001).

A.5. TERMINI E DEFINIZIONI.

Per una maggiore comprensione di lettura del manuale sono individuati i seguenti termini di carattere generale:

- *qualità*
- *politica della qualità*
- *obiettivo per la qualità*
- *assicurazione / garanzia della qualità*
- *controllo della qualità*
- *processo*
- *sistema*
- *sistema di gestione*
- *sistema di gestione per la qualità*
- *piano della qualità*
- *verifica ispettiva della qualità*
- *riesame del sistema qualità*
- *pianificazione per la conformità*
- *non conformità*
- *specifiche*
- *miglioramento della qualità*
- *miglioramento continuo*


le cui definizioni sono riportate nella norma UNI EN ISO 9000:2005.

Con il termine **Staff di Direzione** si intende il team costituito dall'insieme delle seguenti figure dell'organizzazione: Presidente e componenti del CdA, Coordinatore dei servizi, Coordinatori di struttura, Rappresentante della Direzione per la Qualità.

Nel presente Manuale viene utilizzata la seguente abbreviazione:

RSGQ: Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità.

Nel testo del Manuale i termini “**utente**” ed “**ospite**” sono da considerarsi sinonimi.

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Sistema di gestione per la qualità</i></p>	<p>Capitolo –B- 1</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 03</p> <hr/> <p>Pagina 1 di 9</p>
--	--	--

B. IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'.

B.1. REQUISITI GENERALI.

Al fine di assicurare che il Servizio sia conforme ai requisiti specificati è stato predisposto, documentato e viene mantenuto attivo un Sistema di Gestione per la Qualità in linea alla norma UNI EN ISO 9001, con l'obiettivo di migliorarne con continuità l'efficacia.

La Direzione si è impegnata ad effettuare quanto segue:

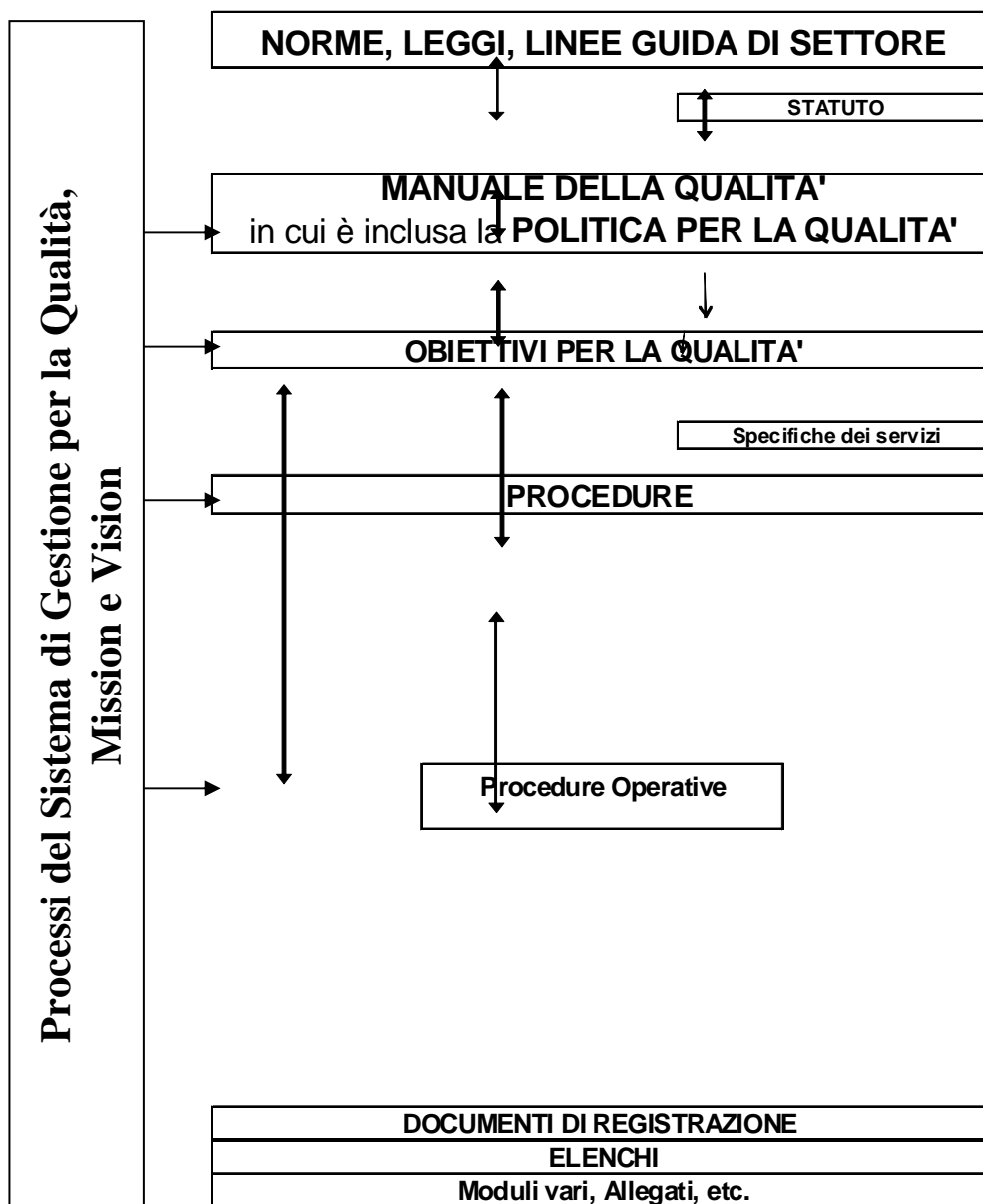
1. identificare i processi necessari per il SGQ e la loro applicazione nell'ambito di tutta l'organizzazione (vedere allegato 2 al presente Manuale);
2. stabilire la sequenza e le interazioni tra i processi necessari individuati all'interno ed all'esterno dell'organizzazione che in ogni caso abbiano influenza sulla conformità del servizio ai requisiti (vedere allegato 2 al presente Manuale);
3. stabilire i criteri ed i metodi necessari per assicurare l'efficacia dell'operatività e del controllo di questi processi;
4. assicurare la disponibilità di risorse e di informazioni necessarie per attuare e monitorare questi processi;
5. monitorare, misurare ed analizzare questi processi;
6. attuare le azioni necessarie per conseguire i risultati pianificati ed il miglioramento continuativo di questi processi.

La **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** utilizza la tabella "Monitoraggio e misurazione dei processi" (TABSYS001) e la "mappa dei processi" (allegato 2 al presente Manuale) al fine di descrivere in forma sinottica le attività ed i loro collegamenti, i documenti necessari per la gestione delle stesse, con informazioni sui dati di input e di output e le relative registrazioni dei processi dell'organizzazione.


La **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** nell'ambito del Sistema di gestione per la Qualità ha stabilito le modalità per tenere sotto controllo i processi affidati all'esterno (collaboratori esterni che svolgono l'attività per conto della Cooperativa: attività di supervisione, cure terapeutiche-riabilitative) che abbiano effetti sulla conformità del servizio ai requisiti (vedi capitolo E.4 del Manuale).

B.2. REQUISITI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE.

La documentazione del SGQ è stata realizzata seguendo la struttura riportata di seguito:



Nel grafico precedente, le frecce indicano i legami tra diversi documenti del SGQ che sono il risultato dell'attività dei diversi processi del Sistema di Gestione per la Qualità.

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Sistema di gestione per la qualità</i></p>	<p>Capitolo –B- ³</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 03</p> <hr/> <p>Pagina 3 di 9</p>
--	--	--

La documentazione del SGQ include:

1. il presente Manuale della Qualità;
2. la dichiarazione documentata della politica per la qualità riportata nel capitolo 'C' del presente Manuale;
3. gli Obiettivi per la qualità realizzati coerentemente con la politica per la qualità, come descritto nel capitolo 'C' del presente Manuale;
4. le procedure documentate richieste dalla norma;
5. i documenti necessari all'organizzazione per assicurare, in modo efficace, la pianificazione, l'operatività ed il controllo dei suoi processi. Tali documenti possono essere Procedure gestionali, Procedure operative o assumere altre forme (es. Tabelle, etc.),
6. i documenti di registrazione per la qualità richiesti dalla norma e necessari per gestire in modo efficace tutti i processi dell'organizzazione.

B.2.1. MANUALE DELLA QUALITA'.

Il Manuale riassume e concretizza le regole del SGQ, proponendosi di evitare ogni possibile errore che possa incidere sulla Qualità del Servizio erogato.


Infatti ogni operazione è registrata e quindi non può essere oggetto di improvvisazione o errori; inoltre tutti i dettagli di ogni fase del ciclo di realizzazione del servizio sono di pronta e facile reperibilità, in qualsiasi momento, anche a distanza di anni.

Un altro scopo del Manuale è quello di dare una maggiore trasparenza al processo produttivo e di informare il Cliente di tutte le prescrizioni attuate per garantire un alto livello qualitativo.

B.2.1.1. REALIZZAZIONE DEL MANUALE.

Il Manuale è stato realizzato dal Responsabile SGQ in collaborazione con i Responsabili di ogni settore dell'organizzazione, solo a seguito della definizione e stesura delle procedure dei vari processi dell'organizzazione, individuati come passaggi fondamentali per l'ottenimento della Qualità del Servizio.

Il Manuale è fornito di un indice che classifica con un codice ciascun capitolo riportando il relativo punto della norma UNI EN ISO 9001 (edizione 2008) a cui si riferisce.

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p><i>Sistema di gestione per la qualità</i></p>	<p>Capitolo –B- 4</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 03</p> <hr/> <p>Pagina 4 di 9</p>
--	--	--

Le revisioni del Manuale Qualità sono indicate dal *N° di Edizione* e dal *N° di Revisione* che funzionano nel seguente modo:

- *l'Edizione* è il livello di variazione più alto e viene incrementato in occasione di modifiche importanti ai contenuti del Manuale o dopo 6 Revisioni dell'Edizione;
- *la Revisione* è il livello di variazione più basso e viene incrementato ad ogni modifica del Manuale: sono ammesse 6 Revisioni (dalla '00' alla '05') dopodiché si procede all'incremento di Edizione e all'azzeramento delle Revisioni.

La prima emissione del Manuale Qualità si contraddistingue dal numero di Edizione 1 e dalla Revisione "00".

Nelle Revisioni vengono riportate tutte le sezioni del Manuale Qualità con l'indice di revisione e la data di emissione. Inoltre il RSGQ e il Presidente firmano per approvare ed emettere la nuova versione del Manuale Qualità.

Ogni aggiornamento del Manuale è inviato, da parte del RSGQ, al momento dell'emissione, a tutti i possessori di copie "CONTROLLATE", mentre per le copie "NON CONTROLLATE" è sua discrezione decidere la frequenza dell'invio di aggiornamenti raggruppati. L'elenco delle copie Controllate e Non Controllate del Manuale Qualità sono riportate sul documento ELSYS011 "Distribuzione copie MQ".

B.2.1.2. REVISIONE DEL MANUALE.

Può essere opportuno o necessario effettuare aggiornamenti al Manuale per i seguenti motivi:


- 1) aggiornamenti richiesti dalla legislazione;
- 2) aggiornamenti richiesti dall'Ente di Certificazione;
- 3) aggiornamenti apportati su proposta dei settori coinvolti nel SGQ;
- 4) cambiamenti apportati su proposta del RSGQ;

Nei casi 1 - 2 il cambiamento avviene d'ufficio a cura del RSGQ.

Nel caso 3 il responsabile del settore coinvolto deve inviare la proposta di modifica all'RSGQ, che in apposita riunione la sottoporrà a discussione tra tutte le parti interessate.

Ovviamente le proposte di modifica potranno essere presentate dallo stesso RSGQ a seguito di audit interne del SGQ, oppure da audit di clienti e seguiranno lo stesso iter del caso 3.

Il RSGQ provvede a formalizzare e rendere esecutivi gli aggiornamenti proposti.

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Sistema di gestione per la qualità</i></p>	<p style="text-align: right;">Capitolo –B- 5</p> <p style="text-align: right;">Edizione n° 2 Revisione 03</p> <hr/> <p style="text-align: right;">Pagina 5 di 9</p>
--	--	---

Ad ogni modifica del Manuale o parte di esso, si dovrà effettuare:

- la modifica delle parti oggetto di revisione;
- l'incremento del numero di revisione (di una unità) su ogni capitolo interessato dalla modifica (eventualmente l'incremento del n°di Edizione se si è già alla Revisione '05', come descritto nel capitolo precedente);
- l'aggiornamento eventuale dell'indice del Manuale (qualora cambino i riferimenti);
- l'aggiornamento delle Revisioni del Manuale, riportando per ogni capitolo modificato la descrizione della revisione apportata, la data di nuova emissione, il numero di revisione raggiunto e le pagine interessate dalla modifica. Inoltre firma da parte del RSGQ e del Presidente del CdA per l'emissione della versione del Manuale.

B.2.1.3. ASSEGNAZIONE COPIA DEL MANUALE.

Il Manuale, sia nella fase di realizzazione e per ogni successiva revisione, viene diffuso con il criterio di informare l'ente che riceve la copia sugli argomenti che gli competono direttamente o indirettamente.

E' compito del RSGQ compilare un elenco delle Copie Controllate consegnate all'esterno dell'organizzazione (vedi documento ELSYS011). Non è prevista distribuzione cartacea all'interno della Cooperativa in quanto il documento è consultabile sul sito nell'area riservata.

Chi riceve il Manuale o parte del Manuale è tenuto alla massima segretezza ed è responsabile della sua conservazione.


La distribuzione di una parte o di tutto un capitolo o più capitoli sarà sempre accompagnata dall'Indice generale del Manuale e dal Capitolo Revisioni.

L'Ente ricevente il Manuale, o parte di esso revisionato, deve restituire l'edizione superata affinché sia garantita la non circolazione di documenti obsoleti. Una sola copia dell'edizione superata sarà conservata dal RSGQ in apposito archivio, le altre andranno distrutte.

B.2.2. PROCEDURE.

Si identificano in:

- **Procedure gestionali (doc. PG)** : vengono realizzate in accordo con i requisiti della norma di riferimento e con la Politica per la Qualità aziendale, ad un giusto livello di dettaglio ed estensione sulla base della dimensione dell'organizzazione e del tipo di

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Sistema di gestione per la qualità</i></p>	<p style="text-align: right;">Capitolo –B- ⁶</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 03</p> <hr/> <p>Pagina 6 di 9</p>
--	--	---

attività, della complessità dei processi e della loro interazione, della competenza del personale chiamato a svolgere le attività.

Sono documenti del SGQ prevalentemente di tipo organizzativo, che tendono a descrivere nel dettaglio delle macro attività in cui siano coinvolte più funzioni aziendali.

- **Tabelle (doc. Tab)** : sono documenti che in forma sintetica descrivono le modalità di gestione di un processo.

L'elenco delle procedure che sono state elaborate è riportato nell'Allegato 1 del presente manuale.


B.2.3. PROCEDURE OPERATIVE.

Le **Procedure Operative (documenti 'PO')** sono documenti del SGQ che descrivono dettagliatamente una specifica attività operativa e/o di controllo. Esse sono necessarie solo quando le Procedure non sono esaustive per descrivere tutte le attività collegate ad un determinato punto della normativa di riferimento o ad un determinato processo o ad una fase critica del processo.

B.2.4. DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE.

I **documenti di registrazione della Qualità (documenti 'DRQ')** sono i moduli sui quali vengono registrate tutte le attività del SGQ. Essi vengono richiamati dagli altri documenti del SGQ per indicarne il momento, le modalità e la responsabilità della loro registrazione.

Una volta compilati essi diventano a tutti gli effetti 'Registrazioni della Qualità' e gestiti come descritto al paragrafo 'B.4.'.

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Sistema di gestione per la qualità</i></p>	<p>Capitolo –B- 7</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 03</p> <hr/> <p>Pagina 7 di 9</p>
--	--	--

B.3. TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DOCUMENTI.

B.3.1. GENERALITA'.

Tutti i documenti ed i dati attinenti alle prescrizioni del SGQ e dei processi aziendali vengono tenuti sotto controllo tramite procedure, in particolare le fasi di Elaborazione - Verifica - Approvazione - Emissione - Modifica - Archiviazione.

I documenti ed i dati gestiti possono essere sia di generazione Interna (Manuale Qualità, Procedure, etc.) che di generazione Esterna (Norme, Leggi, etc.). Tutti i documenti ed i dati vengono tenuti sotto controllo al fine di garantirne la circolazione nelle versioni aggiornate, eliminando copie obsolete.

B.3.2. APPROVAZIONE ED EMISSIONE.

L'elaborazione dei **documenti Interni**, sia che vengano richiesti dai responsabili dei vari settori aziendali, sia che vengano proposti dal RSGQ, sono sempre elaborati dal RSGQ, in accordo con le parti interessate.

La successiva verifica che consiste nell'analisi del documento per accertarne l'adeguatezza, la correttezza e la congruenza con i requisiti di riferimento, permette l'approvazione del documento stesso, dandone validità attraverso la firma del responsabile dell'area interessata.


I documenti vengono emessi e pubblicati in area riservata sul sito web della Cooperativa in versione non modificabile.

I documenti di generazione Esterna sono gestiti dal RSGQ e dal Presidente che hanno il compito di tenersi aggiornato sulle nuove uscite in materia di Sicurezza, Qualità e normativa/legislazione di settore, attraverso i consulenti esterni, le associazioni di categoria, consultazione di internet ed altro ancora.

E' loro responsabilità assicurare che ognuno riceva i documenti nelle appropriate revisioni e che questi siano disponibili laddove si svolgono attività essenziali per l'efficace attuazione del SGQ.

I Dati vengono gestiti dal Responsabile del SGQ in collaborazione con il personale interno della Cooperativa, il quale ha la responsabilità del loro aggiornamento, della loro sicurezza e salvataggio.

La **Cooperativa Sociale Progetto Emmaus** ha definito modalità per identificare, conservare, salvaguardare in forma riservata la documentazione e le informazioni sugli ospiti ricevute in via riservata dagli stessi, dalle loro famiglie e dai servizi inviati

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Sistema di gestione per la qualità</i></p>	<p>Capitolo –B- 8</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 03</p> <hr/> <p>Pagina 8 di 9</p>
--	--	--

(committenti) il tutto in conformità a quanto previsto dalle vigenti Leggi sulla Privacy e con le modalità definite sul DPSS (Documento Programmatico per la sicurezza dei dati)

B.3.3. CAMBIAMENTI O MODIFICHE AI DOCUMENTI.

Può essere opportuno e necessario effettuare aggiornamenti, modifiche ai documenti Interni, per i seguenti motivi:

- cambiamenti richiesti dall'Ente di Certificazione;
- cambiamenti apportati su proposta degli enti interessati nel SGQ;
- cambiamenti apportati su proposta del RSGQ.

Nel primo caso il cambiamento avviene d'ufficio a cura del RSGQ.

Nel secondo caso, il responsabile dell'Ente coinvolto deve inviare la proposta di modifica al RSGQ, che in apposita riunione la sottoporrà a discussione tra tutte le parti interessate.

Nel terzo caso la proposta di modifica potrà essere presentata dallo stesso RSGQ a seguito di verifiche ispettive interne del SGQ, oppure da audit di clienti che seguiranno lo stesso iter del secondo caso.

In ogni caso il RSGQ provvede a formalizzare e rendere esecutive le modifiche proposte.


Ad ogni modifica di un documento si dovrà effettuare l'incremento del numero di revisione (di una unità) con il cambiamento di data.

La distribuzione dei documenti revisionati è informatizzata e avviene tramite mail inviata agli interessati e aggiornando i documenti disponibili sul sito.

L'RSGQ provvede a consegnare gli aggiornamenti ai diretti interessati. I documenti ritirati possono essere distrutti o conservati previo annullamento (timbrati 'ANNULLATO'). Una copia dell'edizione superata viene conservata in apposito archivio dal RSGQ.

In aggiunta a quanto detto, se dopo una serie di modifiche apportate, il documento risulta essere incomprensibile od illeggibile, o dare adito a dubbi, l'RSGQ effettua una 'Riemissione del documento', da intendersi come annullamento del documento originale ed emissione di un nuovo documento con 'Codifica' nuova.

Per i documenti di generazione Esterna è compito del RSGQ, garantire la corretta circolazione delle versioni aggiornate in azienda.

	MANUALE DELLA QUALITA' <i>Sistema di gestione per la qualità</i>	Capitolo –B- ⁹ Edizione n° 2 Revisione 03
		Pagina 9 di 9

B.4. TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE REGISTRAZIONI.

Le registrazioni della Qualità hanno lo scopo di dare evidenza del conseguimento della qualità richiesta e dell'efficacia del SGQ applicato in tutte le fasi del processo aziendale. Essi comprendono sia i documenti utilizzati all'interno dell'organizzazione, sia eventuali documenti richiesti e ricevuti dai fornitori o dai Clienti.

Sono censiti tutti i documenti di registrazione tra i quali:

- documenti di registrazione della qualità, identificati con la sigla iniziale "DRQ";
- documenti dei Fornitori;
- verbali di Riesame del SGQ;
- rapporti di Audit dell'Ente;
- etc.


allo scopo di identificarli, raccogliarli, archivarli e conservarli. Per le registrazioni della Qualità, sono state definite le responsabilità di archiviazione, nonché i luoghi e le modalità di archiviazione e la durata di conservazione. Inoltre sono state definite le disposizioni per l'eliminazione di tali registrazioni.

La responsabilità del coordinamento della succitata attività è affidata al RSGQ.

B.5. PROCEDURE DI RIFERIMENTO.

Di seguito sono riportati i riferimenti alle Procedure relative ad ogni punto del capitolo in questione:

Capitolo	Procedura	Titolo della Procedura
B.3.	PGSYS001	<i>Tenuta sotto controllo dei documenti</i>
B.4.	PGSYS002	<i>Tenuta sotto controllo delle registrazioni</i>

	<p align="center">MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p align="center"><i>Responsabilità della direzione</i></p>	<p align="center">Capitolo –C-</p> <p align="center">Edizione n° 2 Revisione 04</p>
		<p align="center">Pagina 1 di 6</p>

C. RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE.

C.1. POLITICA PER LA QUALITA'.


La Direzione della **Cooperativa sociale Progetto Emmaus**, identificata nello Staff Direzionale, riconosce la necessità di stabilire e mantenere un Sistema di Gestione per la Qualità applicabile a tutte le attività precisate nel campo di applicazione del SGQ (vedi capitolo A) svolte ed ai servizi erogati al mercato.

Con l'introduzione del Sistema di Gestione della Qualità la Direzione si impegna a sviluppare le seguenti linee generali:

- Assicurare che i requisiti del Cliente e quelli cogenti siano individuati, definiti e soddisfatti allo scopo di accrescere la soddisfazione del Cliente: Questo verrà perseguito attraverso un attento e continuo monitoraggio in senso lato che va dall'aggiornamento delle leggi al rilevamento della soddisfazione delle parti interessate, al garantire i requisiti minimi di convenzione, in un dinamico modificarsi per soddisfare le richieste del cliente.
- Promuovere la crescita professionale ed il coinvolgimento del personale interno, diffondendo ai vari livelli le informazioni sugli indirizzi intrapresi dalla cooperativa e proseguendo nella diffusione della delega di incarichi e funzioni;
- Sviluppare un sistema di miglioramento continuo dell'efficacia del SGQ, coinvolgendo più addetti al suo mantenimento e rendendolo sempre più funzionale alle esigenze reali del lavoro attraverso un continuo lavoro di modifica e miglioramento;
- Individuare strumenti per rendicontare il valore creato dalla nostra Cooperativa in termini di "ricchezza sociale" prodotta sul territorio con lo scopo di fidelizzare tutti gli stakeholder interessati;
- Potenziare le risorse per controllare la gestione economica e la pianificazione dello sviluppo dei servizi a partire da un'analisi dei fabbisogni del territorio di riferimento;
- Riesaminare periodicamente la Politica e gli obiettivi della qualità definiti come illustrato nel par.C.2;
- Proseguire il monitoraggio continuo dei flussi finanziari ed economici con i bilanci trimestrali. Parallelamente iniziare una fase di promozione esterna con un fund raising mirato ed integrato con le azioni specifiche della fondazione Emmaus per il territorio.
- Mantenere gli standard terapeutici e riabilitativi : gruppi trasversali utenti, aggiornamenti PEI e PAI, formazione e supervisione operatori. La cooperativa sta lavorando su diversi fronti ed è importante che si riesca a portare avanti le iniziative attivate ed implementare i nuovi servizi.

Nota: con il termine Cliente si identificano gli ospiti, le famiglie, i committenti (ASL, Consorzi, Comuni, Enti Privati).

Il SGQ si affianca ed integra gli altri strumenti di gestione dell'organizzazione per il conseguimento di un sempre più elevato valore aggiunto delle attività e dei processi interessati.

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Responsabilità della direzione</i></p>	<p>Capitolo –C-</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 04</p> <hr/> <p>Pagina 2 di 6</p>
---	--	---

Per assicurare l'attivazione, lo sviluppo ed il mantenimento del SGQ, la Direzione della **Cooperativa Sociale Progetto Emmaus** si impegna a realizzare le condizioni organizzative e relazionali idonee. Inoltre si impegna a divulgare e far comprendere a tutto il personale l'importanza dei contenuti della Politica per la Qualità.

I requisiti e le modalità di attuazione delle attività descritte nel presente Manuale delineano la Politica per la Qualità della **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** e, come tale, richiedono la completa osservanza da parte del personale addetto alle attività in questione nell'ambito delle rispettive competenze e responsabilità.

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione
(Alberto BIANCO)

C.2. PIANIFICAZIONE.

C.2.1. OBIETTIVI PER LA QUALITA'.

Partendo dagli indirizzi generali che la Direzione ha definito nella Politica per la Qualità, annualmente la Direzione si impegna a definire o riesaminare gli Obiettivi Specifici misurabili e coerenti con la Politica per la Qualità. Essi vengono espressi in apposito documento chiamato 'OBIETTIVI PER LA QUALITA' - Anni XXXX-YYYY', unitamente alle modalità per conseguirli ed agli altri indicatori di controllo necessari per la loro realizzazione.

C.2.2. PIANIFICAZIONE DEL SGQ.

La Direzione si impegna ad effettuare una corretta pianificazione del SGQ al fine di:

- ottemperare ai requisiti riportati nel capitolo B (paragrafo 1.) e conseguire gli Obiettivi per la Qualità prefissati per i pertinenti livelli e funzioni (vedi indicatori e reponsabili di processo riportati nella TABSYS001 "Monitoraggio e misurazione dei processi");
- mantenere integro e rispondente alle esigenze il SGQ, anche in caso di modifiche.

C.3. RESPONSABILITA', AUTORITA' E COMUNICAZIONE.

C.3.1. RAPPRESENTANTE DELLA DIREZIONE.

La Direzione autorizza e delega la Dott.ssa Roberta Pucci a ricoprire la carica di Rappresentante della Direzione per la Qualità.



Il Rappresentante della Direzione ha l'autorità di condurre le azioni di seguito delineate:

- assicurare che i processi necessari per il SGQ siano predisposti, attuati e tenuti aggiornati;
- riferire alla Direzione sulle prestazioni del SGQ e su ogni esigenza per il miglioramento;
- assicurare la promozione della consapevolezza dei requisiti del cliente nell'ambito di tutta l'organizzazione.

Per lo svolgimento di tali azioni il Rappresentante della Direzione usufruisce del supporto operativo datogli dal Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità (RSGQ) e degli assistenti al RSGQ.

C.3.2. RESPONSABILITA' ED AUTORITY.

Per rendere operativa la Politica per la Qualità e l'applicazione del SGQ, di seguito vengono definite le responsabilità, le autorità e le interrelazioni tra le diverse funzioni dell'organizzazione.

Gli strumenti adottati sono:

- **Organigramma gerarchico-funzionale (non nominativo)** – paragrafo C.3.2.1;
- **Organigramma gerarchico-funzionale (nominativo)** – documento slegato dal Manuale Qualità;
- **Mansionari** (breve descrizione delle responsabilità ed autorità delle diverse funzioni) – documento slegato dal Manuale Qualità;
- **Matrice delle responsabilità/autorità** – paragrafo C.3.2.2

La Direzione si impegna a comunicare a tutta la struttura quanto riportato nei paragrafi successivi al fine di migliorare l'organizzazione interna.

C.3.2.1. ORGANIGRAMMA.

VEDI ALLEGATO 3a

VEDI ALLEGATO 3b

VEDI ALLEGATO 3c

VEDI ALLEGATO 3d



MANUALE DELLA QUALITA'
Responsabilità della direzione

Capitolo –C-

Edizione n° 2
Revisione 04


Pagina 4 di 6

C.3.2.2. RESPONSABILITA' ED INTERAZIONI DELLE ATTIVITA'.

Di seguito viene riportata la matrice dove sono indicate le interazioni delle attività aziendali tra le funzioni che hanno la responsabilità e le funzioni che collaborano. Le attività fanno riferimento esattamente ai punti della norma ISO 9001:2008.

PUNTI DELLA NORMA						
	Cda/ Presidente	Rappr. Direzione	RSGQ	Coord. struttura/ servizio.	Direttore sanitario	Equipe
<i>Responsabilità della Direzione</i>	R	R		R		
<i>Sistema Gestione Qualità</i>	C	R	R	C	C	C
<i>Gestione dei documenti</i>	C	C	R	C	C	C
<i>Gestione dei documenti di registrazione della qualità</i>	C	C	R	C	C	C
<i>Gestione delle risorse umane</i>	R	C	C	C	C	C
<i>Gestione delle infrastrutture</i>	R	C	C	C	C	C
<i>Processi relativi al cliente</i>	C			R	C	C
<i>Progettazione e sviluppo</i>	R			C	C	R
<i>Approvvigionamento</i>	C			R		
<i>Verifica dei prodotti approvvigionati</i>				C		R
<i>Attività di erogazione dei servizi</i>				R	C	C
<i>Identificazione e rintracciabilità del prodotto</i>				R		C
<i>Proprietà del cliente</i>				R		C
<i>Conservazione dei prodotti</i>				R	C	C
<i>Gestione dispositivi di monitoraggio e misurazione</i>		C	R			
<i>Monitoraggio e misurazione della soddisfazione del Cliente</i>		C	R			
<i>Audit interni</i>			R			
<i>Monitoraggio e misurazione dei processi</i>		R	C	C	C	C
<i>Monitoraggio e misurazione dei prodotti</i>				R	C	C
<i>Gestione dei prodotti non conformi</i>		C	C	R	C	C
<i>Analisi dei dati</i>	R	R	C	R	C	C
<i>Azioni correttive</i>	C	C	R	C	C	C
<i>Azioni preventive</i>	C	C	R	C	C	C

CODICI UTILIZZATI: R=Responsabilità C=Collaborazione

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Responsabilità della direzione</i></p>	<p>Capitolo –C-</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 04</p> <hr/> <p>Pagina 5 di 6</p>
--	--	---

C.3.3. COMUNICAZIONI INTERNE.

La Direzione utilizza adeguati processi di comunicazione all'interno dell'organizzazione e più esattamente:

- Attività di formazione/informazione del personale per aggiornarlo sui requisiti del SGQ e sulla normativa e legislazione;
- Riunioni periodiche staff e di equipe finalizzate a incrementare il coinvolgimento e consapevolezza della rilevanza del ruolo all'interno dell'organizzazione; in tali riunioni verranno anche comunicati i risultati del SGQ (indicatori di efficacia dei processi, indicatori di qualità del servizio, qualità percepita da committente e personale interno) elaborati dal RSGQ. Tali riunioni sono occasione per raccogliere suggerimenti e proposte da parte del personale per il miglioramento;
- Attività di comunicazione finalizzate al monitoraggio del progetto individuale, all'erogazione del servizio (vedi procedura PGREA001 "Realizzazione delle attività"), alle attività di coordinamento come indicato nella procedura PGREA002 ("Attività di monitoraggio");
- Verbali di staff divulgati nelle equipes;
- Riunioni soci.
- Bacheche negli uffici delle singole strutture
- Comunicazioni tramite posta elettronica e l'area riservata del sito della Cooperativa

Di tali processi di comunicazione, vengono mantenute adeguate registrazioni.

C.3.4. RIESAME DELLA DIREZIONE.

La Direzione effettua almeno una volta all'anno il riesame del SGQ dell'organizzazione per assicurarsi della sua continua idoneità, adeguatezza ed efficacia. Il Riesame prevede di valutare le opportunità di miglioramento e le esigenze di modifica al SGQ, politica ed obiettivi inclusi.

Il Riesame viene effettuato nell'ambito di un'apposita riunione, alla quale partecipano i componenti dello Staff Direzionale e il Responsabile SGQ al termine della quale viene redatto il verbale che verrà conservato come registrazione della qualità.

Gli elementi di ingresso al Riesame sono:

- I risultati delle Verifiche Ispettive (interne effettuate dal personale della Cooperativa e quelle effettuate dall'Ente di Certificazione);
- Le informazioni di ritorno da parte del Cliente (Ente committente, ospite e famiglia) e del personale interno;
- Le prestazioni dei processi e la conformità dei servizi (vedi TABSYS002 Analisi dei dati)
- Lo stato delle azioni correttive e preventive;



- Le azioni a seguire da precedenti riesami della direzione;
- Le modifiche pianificate che potrebbero avere effetti sul SGQ;
- Le raccomandazioni per il miglioramento.

Gli elementi in uscita del Riesame sono decisioni ed azioni relative:

- Al miglioramento dell'efficacia del SGQ e dei suoi processi;
- Al miglioramento dei prodotti/servizi connessi ai requisiti del Cliente;
- Alla necessità di risorse;
- Alla definizione o riesame di Obiettivi specifici misurabili e coerenti con la Politica della Qualità (ved.par.C.2.1.del presente manuale) stabiliti annualmente unitamente alle modalità per conseguirli ed agli altri indicatori di controllo necessari per la loro realizzazione.


La Direzione con frequenza annuale predispose il “**bilancio sociale**”, il cui contenuto viene esposto ai soci della Cooperativa come descritto nella procedura PGDIR001.

Si tratta di un documento che riporta valutazioni in merito a ciò che si è fatto durante l'anno e che non traspare dai numeri del bilancio d'esercizio.

C.4. PROCEDURE DI RIFERIMENTO.

Di seguito sono riportati i riferimenti alle Procedure relative ad ogni punto del capitolo in questione:

Capitolo	Procedura	Titolo della Procedura
C.3.4	PGDIR001	<i>Bilancio sociale</i>

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Gestione delle risorse</i></p>	<p>Capitolo –D-</p> <p>Edizione n° 3 Revisione 01</p> <hr/> <p>Pagina 1 di 3</p>
--	--	---

D. GESTIONE DELLE RISORSE.

D.1. MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE.

Al fine di garantire l'applicazione e l'aggiornamento del SGQ, per migliorarne continuamente l'efficacia ed accrescere la soddisfazione del Cliente nel rispetto dei requisiti, il vertice aziendale garantisce la disponibilità di risorse atte a soddisfare le esigenze.

Le risorse aziendali si dividono in:


- Risorse umane;
- Infrastrutture;
- Ambiente di lavoro.

D.2. RISORSE UMANE E FORMAZIONE (COMPETENZA, CONSAPEVOLEZZA E FORMAZIONE-ADDESTRAMENTO).

Per il raggiungimento degli obiettivi di Qualità e per un'efficace gestione del SGQ, è stato disposto dalla Direzione che **la formazione e l'addestramento** vengano estesi a tutto il personale e monitorati dal Responsabile Area Clinica e Formazione.

La gestione delle risorse umane viene effettuata dal Responsabile Gestione Risorse Umane che svolgono le attività di selezione, valutazione ed incentivazione del personale. Le azioni messe in campo sono quelle di:

- Per ogni funzione aziendale vengono definite le competenze richieste, indicando tra l'altro i requisiti minimi richiesti per ricoprire la carica e le eventuali modalità di qualificazione;
- Per ogni collaboratore sono disponibili registrazioni con tutte le informazioni relative al grado di istruzione, mansioni ricoperte in cooperativa, corsi effettuati, qualifiche ottenute;
- Viene effettuata a livello di equipe e di staff una valutazione sul livello di competenze raggiunto rispetto a livello richiesto per le mansioni ricoperte: sulla base di questa valutazione annualmente viene pianificata la formazione / addestramento del personale;
- A seguito delle attività di formazione-addestramento, secondo quanto pianificato viene valutata l'efficacia delle azioni attuate, verificando se le risorse formate hanno

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Gestione delle risorse</i></p>	<p>Capitolo –D-</p> <p>Edizione n° 3 Revisione 01</p> <hr/> <p>Pagina 2 di 3</p>
---	---	---

migliorato il loro livello di competenza grazie all'addestramento avuto: in caso di addestramento non efficace, il piano di addestramento viene modificato ed integrato. Tutte le informazioni relative al personale, all'addestramento ricevuto, ed alle competenze necessarie sono registrate su appositi documenti di registrazione in base alla procedura PGSYS003 Gestione delle risorse umane e PGSYS008 Area clinica e formazione.

Lo Staff Direzionale durante gli incontri con il personale, assicura che tutti i dipendenti siano consapevoli della rilevanza ed importanza delle proprie attività e di come esse contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi per la qualità.

Ogni anno la Direzione, effettua la misurazione del livello di qualità attesa e di qualità percepita del personale interno, richiedendo la compilazione da parte degli operatori delle varie strutture di un apposito questionario finalizzato ad individuare aree di miglioramento (vedi procedura PGREA003).

Sono state anche definiti criteri e modalità per la selezione, la formazione iniziale e la pianificazione delle attività di soci lavoratori, dipendenti, tirocinanti, stagisti e volontari che prestano servizio presso le strutture della Cooperativa (vedere procedura PGSYS003).


D.3. INFRASTRUTTURE.

La Direzione ha definito le infrastrutture necessarie per ottenere la conformità ai requisiti dei servizi.

Le infrastrutture sono composte dagli edifici, spazi di lavoro e servizi connessi, attrezzature e servizi di supporto (trasporti e comunicazione, sistema informatico interno) utilizzati al fine di erogare il servizio.

La Direzione, con il supporto dei Responsabili della Manutenzione il Responsabile Automezzi, Responsabile Sistema Informatico e degli operatori dell'equipe e del RSPP, ha la responsabilità della gestione e manutenzione delle infrastrutture, al fine di mantenerle sempre nello stato di efficienza per garantire il corretto svolgimento di tutte le attività lavorative.

Gli interventi, le attività di manutenzione programmata (per quanto applicabile) e la relativa frequenza sono pianificate secondo quanto riportato nella tabella "Gestione della manutenzione delle infrastrutture" (TABMAN001) e nello scadenziario DRQMAN001 previste per le varie infrastrutture. La registrazione degli interventi di manutenzione viene effettuata per ogni infrastruttura utilizzando il documento di registrazione DRQMAN001 o altro documento indicato nella tabella TABMAN001.

	<p align="center">MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p align="center"><i>Gestione delle risorse</i></p>	<p align="center">Capitolo –D-</p> <p align="center">Edizione n° 3 Revisione 01</p>
		<p align="center">Pagina 3 di 3</p>

Tale documento riporta tutti gli interventi di manutenzione: preventiva o su richiesta degli operatori di equipe (le modalità per la gestione delle anomalie sulle infrastrutture sono state definite su un'apposita procedura operativa.

Per la manutenzione la Cooperativa si avvale di personale interno o di fornitori che ne garantiscono la corretta esecuzione.

Al fine di prevenire danneggiamenti alle attrezzature più sensibili (es. alcune attrezzature sanitarie) e prevenire danni a persone -operatori e ospiti, sono stati definiti criteri per la conservazione di tali attrezzature su apposito documento TABSYS004 (“Conservazione di prodotti e attrezzature”).

D.4. AMBIENTE DI LAVORO.

La Direzione ha la responsabilità di individuare e valutare che le condizioni dell'ambiente di lavoro siano idonee allo svolgimento delle attività (temperatura, pulizia, ordine, spazi disponibili, etc.) e per assicurare la conformità del servizio. Qualora sia necessario, interviene al fine di riportare in condizioni idonee l'ambiente di lavoro.

Al fine di tenere sotto controllo le condizioni igieniche nei locali dove si preparano e somministrano i pasti, presso i servizi igienici, etc., e garantire la sicurezza del prodotto alimentare consumato da ospiti e operatori, per le strutture per le quali è applicabile la normativa in materia è stato implementato ed è attivo un piano di autocontrollo H.A.C.C.P., adeguatamente monitorato dal RSPP.

La Direzione è altrettanto attenta alla sicurezza personale dei collaboratori che prestano servizio presso le strutture della Cooperativa e degli ospiti stessi ed ha pertanto recepito i requisiti del D.lgs.81/2008 e successive integrazioni e modifiche, riguardante la sicurezza e l'igiene sui luoghi di lavoro, garantendo le formazioni periodiche cogenti.

D.5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.

Di seguito sono riportati i riferimenti alle Procedure relative ad ogni punto del capitolo in questione:

Capitolo	Procedura	Titolo della Procedura
D.2.	PGSYS003 PGSYS008	<i>Gestione delle risorse umane</i> <i>Area clinica e formazione</i>
D.3	TABMAN001 TABSYS004	<i>Gestione della manutenzione delle infrastrutture</i> <i>Conservazione di prodotti ed attrezzature</i>



E. REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO.

La **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** eroga servizi alla persona in regime residenziale per le aree di utenza psichiatrica ed handicap e servizi di assistenza notturna presso strutture esterne, servizi territoriali, scuola dell'infanzia.

Le attività necessarie per l'erogazione del servizio in regime residenziale sono:

- Acquisizione convenzioni – accreditamento con A.S.L.
- Progettazione specifiche dei servizi
- Ammissione dell'ospite
- Inserimento dell'ospite e Progettazione individuale
- Attività di programmazione e controllo delle attività
- Realizzazione delle attività
- Attività di coordinamento
- Dimissione dell'ospite
- Gestione degli approvvigionamenti e dei processi in outsourcing.

Le attività necessarie per l'erogazione del servizio di assistenza notturna sono:


- Acquisizione convenzioni - accreditamento con A.S.L.
- Attività di programmazione e controllo delle attività
- Realizzazione delle attività di assistenza
- Attività di coordinamento.

Le attività necessarie per l'erogazione dei servizi territoriali sono:

- Firma contratto
- Presa in carico del Servizio
- Riesame con i committenti
- Presa in carico utenti
- Osservazione, Progetto (individuale, di gruppo)
- Realizzazione delle attività
- Verifiche e ridefinizione obiettivi
- Attività di coordinamento
- Gestione degli approvvigionamenti

Le attività necessarie per l'erogazione dei servizi presso la Scuola dell'Infanzia "N.S. del Suffragio" sono:

- Acquisizione convenzioni Comune/Accreditamento
 - Iscrizione
 - Inserimento
 - Programmazione/progettazione
-
-

	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Realizzazione del Servizio</i></p>	<p>Capitolo –E-</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 02</p> <hr/> <p>Pagina 2 di 17</p>
---	--	--


- Attività didattica
- Monitoraggio, verifiche
- Attività di coordinamento
- Gestione degli approvvigionamenti.

Le interazioni tra i diversi processi della **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** vengono riportate in forma grafica nel flusso in allegato 2 al presente Manuale.

E.1. PIANIFICAZIONE DELLA REALIZZAZIONE DEL SERVIZIO.

La **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** ha pianificato e sviluppato i processi richiesti per la realizzazione dei suoi servizi. Nella pianificazione della realizzazione del servizio l'organizzazione ha definito:

1. Gli obiettivi per la qualità ed i requisiti relativi al servizio fornito;
2. Processi, documenti e risorse idonee ai servizi forniti;
3. Attività di verifica, validazione, monitoraggio per i prodotti ed i servizi, definendo chiaramente i criteri di accettabilità;
4. Registrazioni idonee a fornire l'evidenza che i processi realizzati ed i servizi risultanti ottemperino ai requisiti.

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Realizzazione del Servizio</i></p>	<p>Capitolo –E-</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 02</p> <hr/> <p>Pagina 3 di 17</p>
---	--	--

E.2. PROCESSI RELATI VI AL CLIENTE.

E.2.1. DETERMINAZIONE DEI REQUISITI RELATIVI AL SERVIZIO.

Il mercato di riferimento della **Cooperativa Sociale Progetto Emmaus** per i servizi in regime residenziale è in prevalenza quello Pubblico, (il committente può essere un Consorzio (Servizi socio assistenziali) o un' ASL (DSM dei servizi sanitari)) e per una piccola percentuale quello privato . Per quanto riguarda i servizi di assistenza notturna presso strutture esterne il committente può essere Pubblico o Privato.

Per i servizi territoriali il committente è prevalentemente pubblico ed è un Consozio (Servizi socio assistenziali), in piccola percentuale anche privato.


Per la scuola dell'infanzia i committenti sono il Comune e/o il privato (famiglie).

I requisiti del committente, dell'utente e della sua famiglia relativi al servizio sono definiti con:

- raccolta di informazioni dettagliate sul caso (relazione medica/psichiatrica, relazione sociale, eventuali incontri chiarificatori con i referenti tecnici del committente ossia assistente sociale o medico psichiatra di riferimento o con la famiglia);
- nel caso di servizi residenziali visita del potenziale ospite effettuata presso la Struttura residenziale oggetto dell'inserimento per una valutazione diretta per venire a conoscenza delle motivazioni, degli obiettivi personali e di eventuali bisogni espressi o inespressi;
- nel caso di gara di appalto i requisiti sono definiti sul bando e sul capitolato del committente;
- acquisizione della proposta di convenzione e di regolamenti/specifiche fatti pervenire dal committente;
- identificazione dei requisiti cogenti di riferimento applicabili al servizio richiesto (leggi nazionali, regionali, requisiti Ministeriali per l'accreditamento, etc.);

Per i servizi residenziali il Coordinatore della struttura interessata dalla potenziale nuova ammissione è responsabile di verificare che tutti i requisiti espliciti o impliciti del committente, dell'ospite e della sua famiglia, nonché gli aspetti cogenti relativi al servizio vengano determinati chiaramente operando come descritto nella procedura PGAMM001.

Per i servizi affidati su gara di appalto il CdA è responsabile di verificare la completezza dei documenti che definiscono i requisiti per la partecipazione ed i requisiti sul servizio.

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Realizzazione del Servizio</i></p>	<p>Capitolo –E-</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 02</p> <hr/> <p>Pagina 4 di 17</p>
---	--	--

Per i servizi affidati in modo diretto dal committente (pubblico o privato) il CdA verifica la completezza dei requisiti sul servizio.

E.2.2. RIESAME DEI REQUISITI RELATIVI AL SERVIZIO.

Il riesame dei requisiti relativi al servizio consente di assicurare l'adeguatezza dei dati e delle informazioni assunti come base per la realizzazione del servizio e di mettere in condizione la **Cooperativa sociale Progetto Emmaus**, di valutare tempestivamente la capacità di risposta delle strutture e dei servizi della Cooperativa alle esigenze e le prescrizioni del committente e ai bisogni dell'utente e della sua famiglia, ossia nel caso dei servizi in regime residenziale la fattibilità dell'inserimento.

Il processo di ammissione nel caso di servizi in regime residenziale prevede le seguenti fasi di riesame che debbono precedere la formalizzazione del contratto (=convenzione):


- valutazione disponibilità posti;
- prima valutazione da parte dello staff direzionale;
- riesame del caso con l'equipe;
- valutazione congiunta tra Cooperativa, ospite e committente;
- riesame della proposta di convenzione svolto dal Presidente.

Tutta l'attività di ammissione viene gestita mediante apposita procedura (vedi PGAMM001) e documenti di registrazione che garantiscono lo svolgimento delle attività in modo controllato e pianificato.

Nel caso di servizi di assistenza notturna presso strutture esterne le fasi di riesame che debbono precedere la formalizzazione del contratto (=convenzione) sono le seguenti:

- valutazione della struttura richiedente il servizio (tramite sopralluogo svolto dal Direttore);
- valutazione dei regolamenti dell'ente committente da parte del Direttore e delle normative di riferimento;
- valutazione congiunta tra Cooperativa e committente;
- riesame della proposta di convenzione e delle eventuali successive modifiche svolto dal Presidente.

Nel caso di affido attraverso un bando di gara il CdA con il supporto dello Staff direzionale valuta i requisiti del committente e determina la fattibilità della partecipazione alla gara, considerando le risorse economiche, umane, infrastrutturali necessarie e disponibili. A seguito dell'affidamento dell'incarico il Direttore della

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Realizzazione del Servizio</i></p>	<p>Capitolo –E-</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 02</p> <hr/> <p>Pagina 5 di 17</p>
--	--	--

Cooperativa e il Coordinatore del progetto, procedono ad un riesame con il committente ed ad una presa in carico dei singoli utenti come previsto da procedura PGTER001.

Per la scuola dell'infanzia il periodo dell'inserimento consente al coordinatore e alle insegnanti del servizio di identificare e valutare caratteristiche peculiari del bambino, insieme alla famiglia, al fine di agevolare l'ingresso nella scuola.


E.2.3. COMUNICAZIONE CON IL CLIENTE.

La **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** ha stabilito e attivato modalità efficaci per comunicare con il Committente in merito a:

- Informazioni relative al servizio attraverso presentazione della “Carta dei servizi”, sito web, Bilancio Sociale;
- Per le strutture residenziali gestione delle convenzioni e relativi emendamenti come descritto nella procedura PGAMM001;
- Per i servizi affidati tramite gara di appalto la comunicazione avviene con le modalità indicate nel contratto di servizio.
- Verifiche sull'andamento del progetto individuale sull'utente (quando previsto) mediante incontri con i referenti tecnici del committente;
- Verifiche sull'andamento del servizio mediante incontri con i referenti tecnici del committente.;
- Per la scuola dell'infanzia la comunicazione con le famiglie avviene tramite presentazione del POF e gli incontri periodici programmati;
- Informazioni di ritorno da parte del Committente inclusi suoi reclami con le modalità definite nella procedura PGREA003 (“Monitoraggio e misurazione della soddisfazione delle parti interessate”) e nella procedura PGSYS005 (“Tenuta sotto controllo del servizio non conforme”);

In merito alle strutture residenziali per quanto riguarda la comunicazione con l'ospite e la sua famiglia la **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** ha stabilito e attivato modalità efficaci per comunicare in merito a:

- Informazioni relative al servizio attraverso presentazione del “Regolamento interno della struttura”, delle strutture e delle attività svolte durante la visita di conoscenza prevista nella fase di ammissione di un nuovo ospite;
- Gestione di quesiti, identificazione di motivazioni, obiettivi, bisogni dell'ospite durante la fase di conoscenza descritta nella procedura PGAMM001;
- Verifiche sull'andamento del progetto individuale sull'ospite, dinamiche del gruppo, gestione dell'organizzazione ed altro ancora mediante colloqui, riunioni tra equipe e ospite/famiglia, riunioni tra ospiti e operatori, etc. come descritto nelle specifiche dei servizi;
- Informazioni di ritorno da parte degli ospiti e della loro famiglia inclusi loro reclami con le modalità definite nella procedura PGREA003 (“Monitoraggio e misurazione

	MANUALE DELLA QUALITA' <i>Realizzazione del Servizio</i>	Capitolo –E- Edizione n° 2 Revisione 02 Pagina 6 di 17
---	---	---

della soddisfazione delle parti interessate”) e nella procedura PGSYS005 (“Tenuta sotto controllo del servizio non conforme”).

In merito ai servizi territoriali per quanto riguarda la comunicazione con l’utente e la sua famiglia la **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** ha stabilito e attivato modalità efficaci per comunicare in merito a:

- Gestione di quesiti, identificazione di motivazioni, obiettivi, bisogni dell’utente durante la fase di conoscenza descritta nella procedura PGTER001;
- Verifiche sull’andamento del progetto individuale sull’utente, dinamiche del gruppo, gestione dell’organizzazione ed altro ancora mediante colloqui, riunioni tra equipe e utente/famiglia, incontri tra utenti e operatori, etc.;
- Informazioni di ritorno da parte degli utenti e della loro famiglia inclusi loro reclami con le modalità definite nella procedura PGREA003 (“Monitoraggio e misurazione della soddisfazione delle parti interessate”) e nella procedura PGSYS005 (“Tenuta sotto controllo del servizio non conforme”).

E.3. PROGETTAZIONE E SVILUPPO.

La **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** esegue attività di progettazione a due livelli:

- progettazione delle specifiche di un nuovo servizio;
- progettazione dell’intervento, può essere:
 - progettazione individuale dell’intervento educativo e/o assistenziale relativo ad un utente (quando previsto dalla specifica del servizio);
 - progettazione delle attività didattiche (Piano dell’offerta formativa) per la Scuola dell’infanzia relativa ad un anno scolastico;
 - progettazione di attività di gruppo (es. laboratori).

Nel primo caso si tratta dell’attività condotta dal Direttore con il supporto dello staff direzionale a seguito di richieste particolari da parte di un Committente o di un’analisi del fabbisogno emergente dal territorio) finalizzata a definire “cosa caratterizza” il nuovo servizio (finalità e obiettivi), “come erogarlo” (modalità e risorse) e “come controllarlo” (modalità e responsabilità sono state definite in apposita procedura PGPRG002).

Nel secondo caso si tratta:

- nel caso di progettazione individuale è un’attività condotta da un Operatore di Equipe, sotto la responsabilità del Coordinatore di struttura/del progetto (e del Direttore Sanitario nel caso della Comunità Emmaus), al termine del periodo di osservazione (nel caso di un nuovo utente) o durante le fasi di verifica periodica pianificate del progetto (nel caso di utente già preso in carico), finalizzata a determinare obiettivi da perseguire sull’utente in un certo periodo temporale,



strumenti e risorse a disposizione del Servizio/Struttura, responsabilità dei vari attori del progetto (utente, famiglia, equipe, committente), modalità e tempi per verifiche intermedie (modalità e responsabilità sono state definite in apposite procedura: PGPRG001 per i servizi residenziali e PGTER001 per i servizi territoriali).

- nel caso del Piano dell'offerta formativa della Scuola dell'infanzia e è un'attività condotta dal collegio docenti, sotto la responsabilità del Coordinatore del Servizio, svolta prima dell'inizio dell'anno scolastico, finalizzata a determinare il percorso didattico annuo, strumenti e risorse a disposizione del Servizio, organizzazione della giornata, responsabilità, modalità e tempi per verifiche e valutazioni (modalità e responsabilità sono state definite in apposita procedura operativa);
- nel caso di progettazione di attività di gruppo (es. laboratori) è un'attività condotta da un Operatore di Equipe, sotto la responsabilità del Coordinatore del progetto, finalizzata a determinare obiettivi da perseguire da parte di un gruppo di utenti in un certo periodo temporale, strumenti e risorse a disposizione del Servizio, responsabilità dei vari attori del progetto, modalità e tempi per verifiche intermedie (modalità e responsabilità sono state definite in apposite procedura: PGTER001 per i servizi territoriali).

E.3.1. PIANIFICAZIONE.

Al lancio di un nuovo progetto è compito del Direttore (nel caso di progettazione di un nuovo servizio) o del Coordinatore di struttura/del progetto (nel caso di progettazione individuale) definire fasi, momenti di controllo, responsabilità, interfacce e tempi per l'attività di realizzazione del progetto.

Le modalità sono precisate nelle procedure sopraindicate.

E.3.2. ELEMENTI DI INGRESSO.

Gli elementi di ingresso alla progettazione devono indicare i dati e i requisiti di base che generalmente provengono dal Committente, da progetti simili già sviluppati, da requisiti cogenti e normative applicabili, da un'analisi del fabbisogno del territorio, dal periodo di osservazione di un nuovo utente, dai risultati raggiunti dall'utente con il precedente progetto.

I dati e i requisiti vengono determinati e riesaminati nella loro completezza con le modalità e le responsabilità riportate nelle procedure sopraindicate.

E.3.3. ELEMENTI IN USCITA.

I risultati della Progettazione vengono documentati in modo da poter essere identificati e validati a fronte dei dati e requisiti di base.



Gli elementi in uscita dalla progettazione devono fornire adeguate informazioni per l'erogazione del servizio a livello generale (specifica del servizio) e a livello di singolo utente (progetto individuale).

Vengono prodotti gli elaborati richiesti e per ogni documento generato nella attività di progettazione sono definite nelle procedure sopraindicate le responsabilità d'elaborazione, verifica, approvazione .

E.3.4. RIESAME.

In fasi opportune dell'attività di progettazione, il Responsabile indicato nelle procedure sopracitate conduce, nel rispetto di quanto pianificato, insieme alle risorse interne e/o esterne che hanno realizzato il progetto eventualmente con la partecipazione di referenti del Committente, utente e famiglia, dei momenti di riesame finalizzati a valutare la capacità dei risultati della progettazione ad ottemperare i requisiti in ingresso al progetto e di individuare i problemi eventuali e le azioni necessarie.

I riesami della progettazione vengono sempre registrati su appositi documenti come indicato nelle procedure sopraindicate.

E.3.5. VERIFICA.

Consiste nella verifica da parte del Responsabile indicato in procedura dei documenti progettuali definitivi per assicurare che i risultati ottenuti soddisfino i relativi dati e requisiti di base.


Nel caso del progetto individuale le verifiche avvengono prima dell'applicazione dello stesso.

Le verifiche di progettazione vengono sempre registrate su appositi documenti come indicato nelle procedure sopraindicate.

E.3.6. VALIDAZIONE.

Secondo i tempi convenuti in fase di pianificazione della progettazione il Responsabile indicato in procedura, sottopone il progetto a validazione al fine di controllare la conformità dei risultati della progettazione alle esigenze assicurare che il servizio risultante dalla progettazione sia in grado di soddisfare gli obiettivi iniziali attesi.

Nel caso di una progettazione di un nuovo servizio la validazione coincide con l'acquisizione di una convenzione con un committente e/o l'autorizzazione al funzionamento (se prevista).

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Realizzazione del Servizio</i></p>	<p>Capitolo –E-</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 02</p> <hr/> <p>Pagina 9 di 17</p>
--	--	--

Nel caso di una progetto individuale per un utente la validazione coincide con il momento di verifica in equipe finalizzata all'approvazione dello stesso.

I risultati della validazione sono sempre registrati come indicato nelle procedure sopraindicate.

E.3.7. TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE MODIFICHE DELLA PROGETTAZIONE.

Con le modalità/frequenze precisate all'interno del progetto vengono svolte attività di controllo al fine di verificare i contenuti del progetto.

Eventuali modifiche della progettazione vengono identificate e le relative registrazioni conservate. Le modifiche vengono riesaminate, verificate e validate, come opportuno, ed approvate prima della loro attuazione.

La gestione delle modifiche è condotta e registrata su appositi documenti come indicato nelle procedure sopracitate.



E.4. APPROVVIGIONAMENTO.

La **Cooperativa Sociale Progetto Emmaus** acquista prodotti (es. farmaci, prodotti di pulizia e alimentari, attrezzature sanitarie) e servizi (es. collaborazioni esterne, consulenze varie).

Per le varie tipologie di fornitori sono stati definiti criteri per la loro selezione, valutazione iniziale e rivalutazione periodica.

L'attività di approvvigionamento (processo e informazioni per l'approvvigionamento) viene gestita secondo la procedura PGACQ001.

I processi affidati in outsourcing (servizi di supervisione/formazione, servizi terapeutici-riabilitativi) vengono tenuti sotto controllo mediante:

- una chiara definizione contrattuale dello standard di servizio richiesto (es. progetto di servizio proposto dal collaboratore esterno);
- una verifica finale (ed eventuali intermedie) registrata svolta da un responsabile della Cooperativa Progetto Emmaus al fine di verificare l'andamento del servizio rispetto alle condizioni concordate in via preliminare.

E.4.1. PROCESSO DI APPROVVIGIONAMENTO.

Tutti i fornitori di prodotti e servizi, scelti tra i vari selezionati, vengono inseriti inizialmente nell'Elenco Fornitori Qualificati con lo stato di "Qualificato con Riserva". In questo stato rimangono per almeno 6 mesi, al fine di sciogliere ogni dubbio sulla capacità dei fornitori.


Tutti i fornitori vengono valutati annualmente (o al termine dei primi 6 mesi di qualifica provvisoria) dallo Staff di Direzione. Tale valutazione viene registrata su appositi documenti.

I fornitori che nel tempo soddisfano i livelli di accettabilità previsti, vengono mantenuti come qualificati nell'elenco dei fornitori, mentre gli altri possono essere sottoposti a piani di miglioramento o eliminati dall'elenco.

E.4.2. INFORMAZIONI PER L'APPROVVIGIONAMENTO.

Le informazioni per l'approvvigionamento devono garantire che tra la **Cooperativa Sociale Progetto Emmaus** ed i fornitori vengano chiarite tutte le condizioni e le caratteristiche qualitative del prodotto/servizio acquistato. Consistono in:

- eventuali specifiche di prodotto/servizio ricevute dal fornitore riportanti le caratteristiche garantite;

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Realizzazione del Servizio</i></p>	<p>Capitolo –E-</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 02</p> <hr/> <p>Pagina 11 di 17</p>
---	--	---

- eventuali prescrizioni relative alle prestazioni da effettuarsi (es. nel caso di assegnazione d'incarico a un collaboratore esterno);
- altre eventuali informazioni inerenti l'invio di certificati, rapporti di prova, curriculum vitae, attestati, etc. che dimostrano il livello qualitativo del prodotto/servizio.

Tutti gli ordini/contratti sono formalizzati e controllati dal Direttore o dal Presidente per assicurare l'adeguatezza dei requisiti specificati.

E.4.3. VERIFICA DEI PRODOTTI APPROVVIGIONATI.

Per quanto riguarda i prodotti critici relativi all'attività della **Cooperativa Sociale Progetto Emmaus**, viene effettuato un controllo sulla conformità degli stessi ai requisiti d'ordine e al documento di trasporto. In particolare per i controlli al ricevimento sui prodotti alimentari si rimanda a quanto definito nel Manuale di Autocontrollo HACCP.

Per quanto riguarda le collaborazioni esterne (es. attività riabilitative) non è possibile effettuare verifiche al ricevimento, bensì durante l'erogazione del servizio come precisato nella procedura PGREA002 ("Attività di monitoraggio"), nelle specifiche dei servizi (SPSxxx) e nella PGTER001 ("Servizi territoriali").

Lo stato dei controlli è evidenziato nel caso dei controlli sui prodotti dalle registrazioni sul relativo documento di trasporto rilasciato dal fornitore.

Nel caso di prodotto/servizio riscontrato "Non Conforme" viene attivata la procedura PGSYS005 ("Tenuta sotto controllo del servizio non Conforme" e il Coordinatore di Struttura invia una comunicazione al fornitore al fine di informarlo ed eventualmente richiede conferma sui provvedimenti correttivi che verranno attuati per evitare il ripetersi di tali anomalie.

E.5. EROGAZIONE DI SERVIZI.

E.5.1. TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE ATTIVITA' DI EROGAZIONE DEI SERVIZI

L'attività svolta dalla **Cooperativa Sociale Progetto Emmaus**, per la realizzazione del servizio è principalmente legata alle fasi di:

- Programmazione delle attività e delle risorse;



- Erogazione del servizio in regime residenziale (attività di ammissione, attività quotidiane con gli ospiti, inserimenti esterni, attività riabilitative, gestione dei farmaci, gestione emotiva e comportamentale, attività di dimissione, altre attività);
- Erogazione del servizio di assistenza notturna presso strutture esterne (attività di assistenza, attività di pulizia ambienti).
- Erogazione dei servizi territoriali (presa in carico, attività riabilitative attraverso percorsi di gruppo o individuali, gestione emotiva e comportamentale);
- Erogazione servizi educativi per l'infanzia (inserimento, attività didattica,
- Attività di monitoraggio, verifica e coordinamento.

La Direzione, al fine di garantire una corretta ed efficace esecuzione delle attività realizzative, ha la responsabilità di:

- Rendere disponibili tutte le informazioni che descrivono le caratteristiche del servizio;
- Rendere disponibili istruzioni di lavoro, ove necessario, regolamenti degli enti committenti;
- Mettere a disposizione di tutti gli operatori idonei ambienti di lavoro, infrastrutture, dispositivi di monitoraggio e misurazione;
- Monitorare e misurare le prestazioni dei servizi e dei processi al fine di controllarli e migliorarli.

I processi di realizzazione che hanno direttamente influenza sulla Qualità sono identificati e pianificati, e viene assicurata l'attuazione in condizioni controllate che prevedono:

- ⇒ adeguata documentazione che definisce in modo chiaro le modalità di erogazione del servizio, con maggiore attenzione a quelle attività critiche ai fini della Qualità. Oltre alla disponibilità della normativa e legislazione applicabile (vedi procedura PGSYS001), i documenti realizzati sono :
 - le Procedure gestionali ed operative ed il Manuale per l'autocontrollo HACCP che illustrano con semplicità le attività e i controlli che il personale deve eseguire;
 - la disponibilità di informazioni relative alle caratteristiche del servizio e alle modalità di realizzazione dello stesso (specifiche del servizio, progetto individuale per l'ospite, convenzioni con i committenti, legislazione applicabile, regolamenti sul servizio emessi dall'ente committente);
- ⇒ Gestione e manutenzione delle infrastrutture, al fine di mantenerle sempre nello stato di efficienza per garantire il corretto svolgimento di tutte le attività lavorative;
- ⇒ Programmazione delle attività al fine di tenere sotto controllo i requisiti sul servizio (stabiliti dalle convenzioni, dalle specifiche dei servizi, dalla Carta dei Servizi della Cooperativa, dalla legislazione di riferimento) e la disponibilità delle risorse dell'organizzazione;
- ⇒ Dimissioni struttura residenziale.



Il Coordinatore della Struttura/del Progetto ha il compito di garantire che ogni attività del Processo realizzativo venga svolta in modo controllato, come descritto precedentemente, nelle procedure gestionali PGREA001 (“Realizzazione delle Attività presso le strutture residenziali”), PGREA004 (“Dimissione”), PGTER001 (“Servizi territoriali”) e nelle procedure operative dedicate alla Scuola per l’Infanzia.

E.5.2. VALIDAZIONE DEI PROCESSI DI EROGAZIONE DEI SERVIZI.

La **Cooperativa Sociale Progetto Emmaus** ha dato disposizioni in merito alla validazione dei propri processi di erogazione del servizio per dimostrare la capacità di questi processi di conseguire i risultati pianificati.

Sono infatti stati definiti:

- i criteri per il riesame e l’approvazione dei processi in relazione agli obiettivi (vedere attività di riesame, verifica, validazione delle “specifiche dei servizi” erogati e delle eventuali loro modifiche – procedura PGPRG002);
- i criteri per la qualifica del personale (valutazione delle competenze e pianificazione della loro istruzione/formazione/addestramenti ove necessario – procedura PGSYS003);
- definizione e utilizzo di metodologie e/o procedure per la conduzione controllata dei processi e delle attività (vedere procedure PGREA001, PGREA002 e documenti collegati, Piano di autocontrollo HACCP);
- definizione di requisiti per le registrazioni.

Si è valutata non significativa la formalizzazione di metodi e criteri per la scelta delle apparecchiature utilizzate per l’erogazione del servizio in quanto trattasi di apparecchiature standard in commercio.

E.5.3. IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITA'.

Data la natura intangibile del servizio, l’identificazione e rintracciabilità si applica esclusivamente alla documentazione per la gestione e controllo dei servizi erogati.

I documenti che servono da supporto o di controllo per l’erogazione del servizio (verbali di riunione, etc.) riportano sempre i nomi degli utenti o del Committente che si stanno considerando e i nomi degli operatori della Cooperativa o collaboratori esterni responsabili dell’attività.

La documentazione che riguarda un ospite di un servizio residenziale (scheda osservazione, progetto individuale e documenti collegati, documenti personali dell’ospite, schema terapia farmacologica, esami medici, altro) viene archiviata nella cartella clinico-riabilitativa a cura dell’operatore referente dell’ospite (e del Direttore



Sanitario nel caso della Comunità Emmaus). Particolare cura viene posta all'identificazione delle dosi di farmaci da somministrare agli ospiti.

La documentazione che riguarda un utente dei servizi territoriali viene archiviata in un dossier presso l'ufficio sede dei servizi territoriali a cura del Coordinatore del Progetto o dell'operatore di riferimento.

La documentazione che riguarda un allievo della Scuola dell'infanzia (scheda accoglienza, scheda individuale, etc.) viene archiviata nella cartella personale a cura del collegio docenti.

Sono state definite le modalità per identificare lo stato di avanzamento del servizio in relazione ai requisiti di monitoraggio e misurazione. Lo stato nell'erogazione del servizio, viene attestato con la registrazione su appositi documenti dei risultati dell'attività di monitoraggio svolto dagli operatori/responsabili della Cooperativa ad una certa fase del progetto/servizio per il rilascio a proseguire con una fase successiva.

Il sistema di identificazione del servizio e la registrazione puntuale su tutti i documenti inerenti, permettono di rintracciare qualsiasi informazione in termini di risorse (interne od esterne), strumenti utilizzati, controlli effettuati ed i relativi esiti. Tutta la documentazione relativa alla gestione del servizio viene conservata in forma cartacea in appositi dossier presso la struttura ove si eroga il servizio (per i servizi territoriali si tratta dell'ufficio della sede dedicata a questa tipologia di servizi) in accordo ai criteri definiti (vedere procedura PGSYS002).

La gestione dell'identificazione e rintracciabilità è di responsabilità dell'equipe sotto la supervisione del Coordinatore di Struttura.

E.5.4. PROPRIETA' DEL CLIENTE.

La **Cooperativa Sociale Progetto** ha definito modalità per identificare, conservare, salvaguardare in forma riservata la documentazione e le informazioni sugli utenti ricevute in via riservata dagli stessi, dalle loro famiglie e dai servizi invianti (committenti) il tutto in conformità a quanto previsto dalla leggi vigenti in materia di Privacy.

Per i servizi residenziali la documentazione viene conservata nella cartella clinica riabilitativa dell'ospite presso l'ufficio di struttura accessibile solo all'equipe; su ogni cartella è presente un indice della documentazione in essa contenuta di proprietà dell'ospite.

Per i servizi territoriali la documentazione viene conservata in un dossier presso l'ufficio sede dei servizi territoriali accessibile solo ai membri dell'equipe territoriale.

Per la Scuola per l'infanzia la documentazione viene conservata in un dossier presso l'ufficio della Scuola accessibile solo al Collegio Docenti.



Se richiesto dall'ospite o dalla sua famiglia la Struttura residenziale garantisce un servizio di custodia degli oggetti personali di valore e del denaro dell'ospite.

Per gli ospiti privi di autonomia è prevista l'identificazione del vestiario di proprietà mediante il nome dell'ospite.

E.5.5. CONSERVAZIONE DEI PRODOTTI.

Il presente requisito della norma è applicabile alla conservazione dei prodotti alimentari destinati alla preparazione dei pasti per operatori e ospiti nei servizi in regime residenziale e alla distribuzione dei pasti presso la Scuola per l'infanzia. I criteri di movimentazione, immagazzinamento e protezione sono definiti all'interno del Manuale di Autocontrollo HACCP e la loro corretta applicazione è monitorata del responsabile del sistema HACCP.

Sono altresì state definiti criteri per la conservazione dei prodotti per le pulizie e per i farmaci (vedere tabella TABSYS004).

Nel caso del servizio di assistenza notturna presso strutture esterne la conservazione dei prodotti per la pulizia è di competenza dell'ente committente.

E.6. TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE APPARECCHIATURE DI MONITORAGGIO E DI MISURAZIONE.

Nell'attività svolta dalla **Cooperativa Sociale Progetto Emmaus** è previsto l'utilizzo di apparecchiature di monitoraggio e misurazione necessari a fornire evidenza della conformità dei prodotti e del servizio ai requisiti determinati, i quali sono soggetti a controllo ad intervalli specificati o prima della loro utilizzazione, per verificare la loro affidabilità ed accuratezza.

Si tratta delle seguenti categorie di dispositivi ed apparecchiature di monitoraggio e misurazione:

- strumenti di misura utilizzati per monitorare il processo di conservazione degli alimenti secondo quanto previsto dal piano di autocontrollo HACCP (termometri);
- strumenti, metodologie e tecniche per la raccolta e l'analisi di dati che forniscono evidenza della conformità del servizio e dei processi ai requisiti determinati (indicatori di efficacia dei processi, questionari per il monitoraggio e la misurazione della soddisfazione delle parti interessate).



Per quanto riguarda i termometri ad uso alimentare è prevista la taratura con le modalità precisate in apposita procedura operativa interna che consente di effettuare il controllo per confronto con uno strumento primario precedentemente tarato.

Per quanto riguarda metriche (indicatori di efficacia dei processi) e questionari per il monitoraggio della qualità attesa e percepita dalle parti interessate, nel contesto del Riesame del SGQ da parte della Direzione viene effettuata una valutazione sull'adeguatezza di tali strumenti e sulla eventuale necessità di loro modifiche.

I dispositivi di monitoraggio e misurazione utilizzati vengono identificati singolarmente. Per quanto riguarda le apparecchiature di misurazione (termometri ad uso alimentare), esse sono registrate su una "scheda identificazione strumento" (DRQSYS024) le informazioni su l'utilizzatore, la frequenza di taratura/verifica, la matricola, la scadenza di taratura/verifica, le istruzioni e la responsabilità della taratura/verifica.

Tutti i dispositivi che non possono essere utilizzati per attività di monitoraggio e misurazione sono identificati con una etichetta rossa (ove possibile) o in altra forma per indicare l'impossibilità all'utilizzo a tale scopo.

I risultati delle tarature e delle verifiche sono registrati su appositi documenti di registrazione.

Qualora in fase di taratura o di verifica si verifichi una forte staratura (errore riscontrato fuori dai limiti ammessi) o un'altra grave anomalia, è necessario valutare le misurazioni effettuate fino a quel momento con lo strumento in questione, rieffettuare il controllo come richiesto dai relativi piani di monitoraggio, fino a determinare il momento di deriva della misurazione. Il dispositivo può essere sostituito o declassato, mentre per il prodotto risultato fuori specifica viene avviata la procedura "Tenuta sotto controllo dei non conformi" (PGSYS005).

E.7. PROCEDURE DI RIFERIMENTO.

Di seguito sono riportati i riferimenti alle Procedure relative ad ogni punto del capitolo in questione:

Capitolo	Procedura	Titolo della Procedura
E.2	PG AMM 001	Processo di ammissione di nuovo utente
E.3	PG PRG 001	Inserimento – Progettazione individuale



MANUALE DELLA QUALITA'

Realizzazione del Servizio

Capitolo –E-

Edizione n° 2
Revisione 02

Pagina 17 di 17

	PG PRG 002	Progettazione di un nuovo servizio servizio
E.4	PG ACQ 001	Approvvigionamento
E.5	PG REA 001	Realizzazione delle attività
	PG REA 002	Attività di monitoraggio
	PG REA 004	Dimissione
	TAB SYS 004	Conservazione dei prodotti/attrezzature
E.2 – E3 – E5	PG TER 001	Processo di erogazione di servizi territoriali



F. MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO.

F.1. GENERALITA'.

La **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** pianifica ed attua processi di monitoraggio e misurazione al fine di analizzare i risultati e migliorare quanto segue:

- La conformità dei propri prodotti servizi;
- La conformità del SGQ;
- Migliorare in modo continuo l'efficacia del SGQ.

Il tutto viene gestito dallo Staff Direzionale con il supporto del RSGQ.

F.2. MONITORAGGI E MISURAZIONI.

F.2.1. SODDISFAZIONE DEL CLIENTE.

La **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** ritiene che la soddisfazione percepita dagli *utenti* non è monitorabile a causa delle loro condizioni psicopatologiche e mentali.


Non è altresì previsto il monitoraggio della soddisfazione delle *famiglie* per i servizi residenziali in quanto il dato rilevato non risulterebbe significativo e attendibile per le caratteristiche del servizio erogato.

La soddisfazione dei *committenti* è monitorata attraverso la registrazione dei reclami come specificato nella PGREA003 e attraverso un incontro che viene effettuato almeno una volta l'anno tra il Direttore della Cooperativa (o i coordinatori di struttura) e un esponente del servizio inviante (Direttori, Assistenti Sociali, psichiatri di riferimento etc...).

Per la Scuola per l'Infanzia è previsto il monitoraggio della soddisfazione delle famiglie con somministrazione in due momenti dell'anno scolastico.

Per quanto riguarda i servizi di assistenza notturna presso strutture esterne il monitoraggio della soddisfazione dell'ente committente avviene mediante un incontro annuale tra la Coordinatrice del Servizio e il referente del Committente.

Per le modalità e le responsabilità delle attività di monitoraggio e misurazione si rimanda alla procedura PGREA003.

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Misurazioni, analisi e miglioramento</i></p>	<p>Capitolo –F-</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 03</p> <hr/> <p>Pagina 2 di 6</p>
--	---	---

Questi monitoraggi rappresentano una delle misure delle prestazioni del SGQ e pertanto rappresentano uno degli elementi in ingresso per il riesame del SGQ da parte della direzione (vedi capitolo C).

F.2.2. AUDIT INTERNI.

Lo scopo degli audit interni è quello di verificare periodicamente che i vari elementi del SGQ (documentazione, processi, mezzi e risorse), siano efficaci in relazione agli obiettivi di qualità stabiliti.

Per l'effettuazione degli audit, oltre al Responsabile SGQ, possono essere individuati alcuni collaboratori aziendali, i quali devono essere espressamente qualificati.

Nella definizione del gruppo di audit, come criterio base, è compito del Responsabile SGQ comporre gruppi i cui componenti non abbiano alcuna dipendenza con le attività / aree da verificare.

Ogni inizio anno viene stabilito dal Responsabile SGQ, un programma di audit interni suddiviso per ente / area coinvolto nel Sistema Gestione Qualità.


Gli audit vengono programmati in base allo stato ed all'importanza dell'attività da sottoporre a verifica ed ai risultati degli audit precedenti.

Le fasi dell'esecuzione degli Audit interni sono le seguenti:

- Riunione di apertura con la presenza dei valutandi per la programmazione in dettaglio dell'Audit interno.
- Conduzione dell'Audit interno, attraverso interviste, esame dei documenti, osservazione delle attività e delle condizioni in cui esse si svolgono.
- Riunione del gruppo di Auditori per riesaminare tutte le osservazioni, per stabilire quali sono da verbalizzare come Non Conformità oppure come raccomandazioni non vincolanti.
- Riunione di chiusura, in presenza dei valutandi, allo scopo di presentare i risultati dell'Audit interno e di discutere e concordare tempi e modi delle Azioni Correttive da intraprendere.
- Rapporto di Audit interno, redatto dal Responsabile del Gruppo di Auditori, riportante al fondo, il giudizio relativo di conformità dell'audit e le osservazioni delle eventuali Non Conformità.
- Giudizio complessivo formulato dal Responsabile SGQ circa la conformità del sistema ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001.

Le attività successive all'Audit interno si suddividono in:

- Azioni Correttive, emerse dalla Riunione di chiusura dell'Audit interno, che sono completate (chiusure) entro un periodo di tempo concordato fra il Responsabile del Gruppo di Auditori ed i responsabili dell'ente / area valutata.

 <p>PROGETTO EMMAUS COOPERATIVA SOCIALE</p>	<p>MANUALE DELLA QUALITA'</p> <p><i>Misurazioni, analisi e miglioramento</i></p>	<p>Capitolo –F-</p> <p>Edizione n° 2 Revisione 03</p> <hr/> <p>Pagina 3 di 6</p>
---	---	---

- Follow-up, da intendersi come l'azione di verifica eseguita dal Responsabile del Gruppo di Auditori, al riguardo della completezza dell'attuazione e dell'efficacia dell'Azione Correttiva intrapresa e conclusa dall'ente / area valutato.
- Comunicazione del risultato della verifica di efficacia dell'azione correttiva al Responsabile dell'area oggetto di valutazione.

La responsabilità della gestione degli Audit interni è demandata al Responsabile SGQ che deve attenersi alla procedura PGSYS004 "Audit interni"

F.2.3. MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PROCESSI.

La **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** adotta metodi per monitorare e, ove applicabile, misurare i processi del SGQ. Questi metodi hanno l'obiettivo di dimostrare la capacità dei processi di ottenere i risultati pianificati. E' compito dello Staff di Direzione analizzare gli indicatori più adeguati alla misurazione delle prestazioni dei processi dell'organizzazione e di effettuare il monitoraggio (vedere tabella TABSYS002). Questi dati vanno analizzati periodicamente e nel caso di non raggiungimento dei risultati sperati, vanno attivate Azioni Correttive.

F.2.4. MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PRODOTTI E DEL SERVIZIO.

L'attività di monitoraggio e misurazione del servizio si divide in:

1. Monitoraggio e misurazione dei prodotti approvvigionati al ricevimento (dettagli riportati nel paragrafo E.4.3. (Verifica dei prodotti approvvigionati);
2. Monitoraggio e misurazione durante la realizzazione del servizio: si tratta delle varie attività di coordinamento svolte a livello direzionale e di controllo svolte a livello di struttura/servizio che devono essere eseguite in accordo con quanto pianificato al fine di valutare la conformità del servizio ai relativi requisiti (vedere procedure PGREA002, specifiche dei servizi, PGTER001, procedure operative per il servizio educativo per l'infanzia);

In tutti i casi precedenti sono previsti criteri di accettabilità per definire se il servizio risulta conforme a seguito del monitoraggio effettuato. Inoltre vengono mantenute adeguate registrazioni delle attività di monitoraggio e misurazione effettuati riportanti l'esito del controllo ed i responsabili del monitoraggio e successivo rilascio per il proseguo dell'erogazione del servizio.



F.3. TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI SERVIZI NON CONFORMI.

Durante le fasi di realizzazione del servizio è possibile che si verifichino delle condizioni di Non Conformità rispetto ai requisiti stabiliti. In questi casi chiunque rilevi un servizio o un prodotto non conforme ha il compito di avviare la procedura PGSYS005 “Tenuta sotto controllo del servizio non conforme” al fine di gestire e risolvere la condizione di Non Conformità, con le seguenti modalità:

- Registrazione del problema evidenziato su apposito documento;
- Analisi del problema evidenziato;
- Definizione delle soluzioni possibili;
- Applicazione delle soluzioni evidenziate;
- Verifica dell'efficacia delle soluzioni applicate ed eventuale iterazione per individuare nuove soluzioni fino a chiusura del problema.

Tutto il personale della **Cooperativa sociale Progetto Emmaus** ha il compito di segnalare e registrare le Non Conformità che si dovessero verificare, inoltre il Responsabile SGQ ha il compito di valutare opportunamente l'eventuale necessità di attivare Azioni Correttive adeguate, per la soluzione definitiva delle cause di Non Conformità.

F.4. ANALISI DEI DATI.

Tutti i dati rilevati dalle fasi di monitoraggio e misurazione dei processi e dei servizi vengono raccolti ed analizzati al fine di migliorare le prestazioni generali del SGQ. L'analisi dei dati viene svolta mediante l'utilizzo di adeguati indicatori o tecniche statistiche individuati opportunamente dal Responsabile SGQ.

L'analisi dei dati fornisce informazioni in merito a:

- Soddisfazione del cliente;
- Conformità ai requisiti del servizio e del cliente;
- Caratteristiche ed andamento dei processi e dei servizi, incluse le opportunità per azioni preventive;
- Fornitori.

come esplicitato nella TABSYS002 "Analisi dei dati".



F.5. MIGLIORAMENTO.

F.5.1. MIGLIORAMENTO CONTINUO.

La Direzione si impegna a migliorare in modo continuo l'efficacia del SGQ, utilizzando la politica per la qualità, gli obiettivi per la qualità, i risultati delle Verifiche Ispettive, l'analisi dei dati, le azioni correttive e preventive, oltre ai riesami da parte della Direzione.

F.5.2. AZIONI CORRETTIVE.

Le azioni correttive sono mirate alla eliminazione delle cause e quindi a evitare il ripetersi delle non conformità.

Il trattamento delle azioni correttive è gestito dalla procedura PGSYS006 "Azioni correttive" che prevede:

- assegnazione di responsabilità;
- valutazione dell'importanza delle non conformità;
- analisi del problema;
- ricerca delle possibili cause;
- determinazione delle cause reali;
- definizione dell'azione di prevenzione ricorrente;
- la verifica per assicurarne l'efficacia.

I risultati delle Azioni Correttive sono registrati e sono sottoposti a Riesame da parte della Direzione.

F.5.3. AZIONI PREVENTIVE.

Le azioni preventive sono mirate a rimuovere una causa potenziale di non conformità. Per fare questo l'organizzazione si avvale di un sistema di monitoraggio dei processi critici che hanno influenza sulla qualità del prodotto, delle Verifiche Ispettive, delle RegISTRAZIONI della Qualità, dei Reclami Clienti, etc.

Il trattamento dell'azione preventiva è gestito dalla procedura PGSYS007 "Azioni Preventive" che prevede:

- assegnazione di responsabilità



- pianificazione del problema, utilizzando le più idonee fonti di informazione attraverso l'elaborazione dei dati
- l'individuazione delle cause
- la definizione delle soluzioni
- l'applicazione delle soluzioni stabilite
- la verifica per assicurarne l'efficacia.

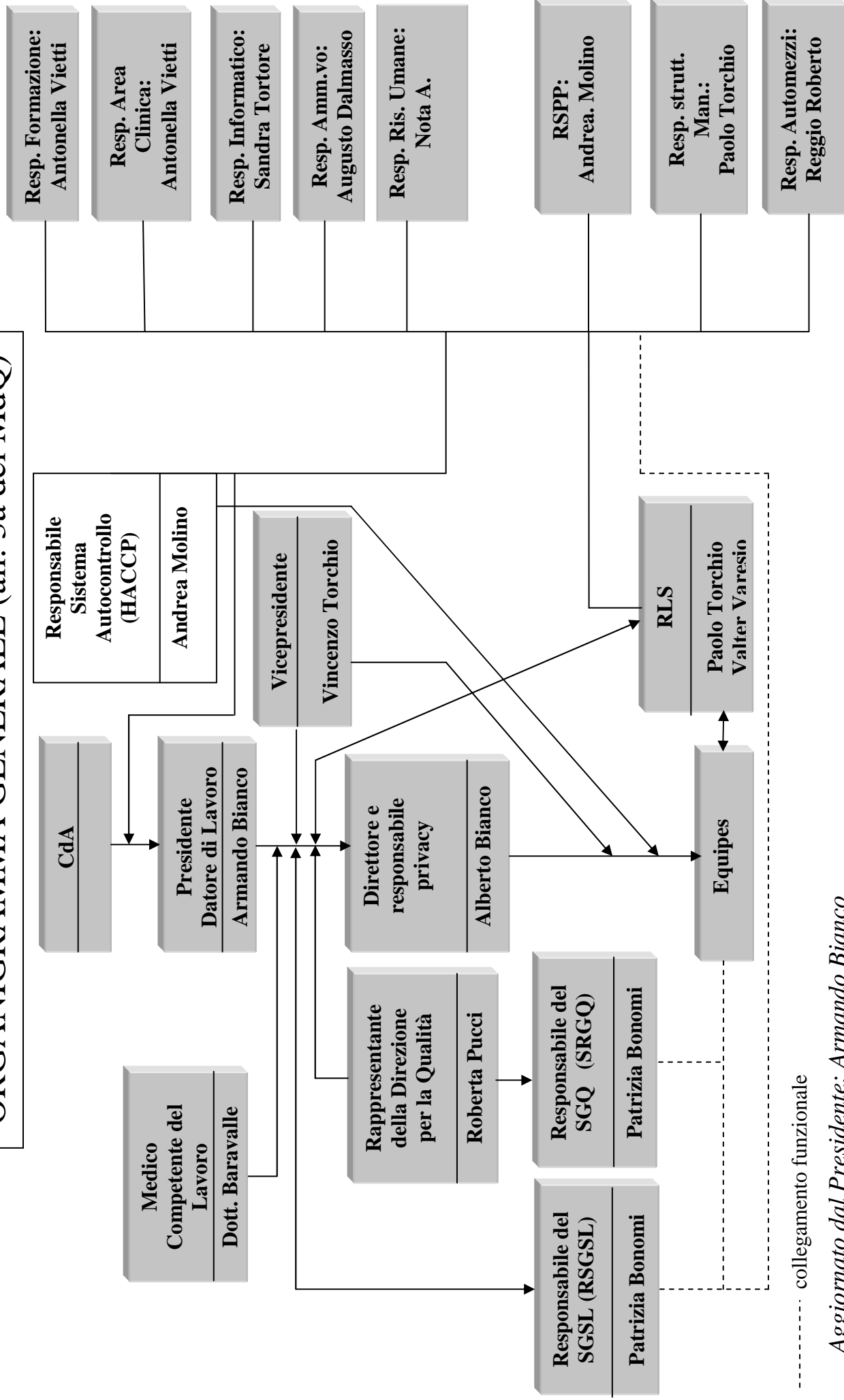
I risultati delle Azioni Preventive sono registrati e sono sottoposti a Riesame da parte della Direzione.

F.6. PROCEDURE DI RIFERIMENTO.

Di seguito sono riportati i riferimenti alle Procedure relative ad ogni punto del capitolo in questione:

Capitolo	Procedura	Titolo della Procedura
F.2.1	PGREA003	<i>Monitoraggio e misurazione della soddisfazione delle parti interessate</i>
F.2.2	PGSYS004	<i>Audit interni</i>
F.2.3	TABSYS001	<i>Monitoraggio e misurazione dei processi</i>
F.2.4	PGREA002	<i>Attività di monitoraggio direzionali</i>
F.2.4	PGTER001	<i>Servizi territoriali</i>
F.3	PGSYS005	<i>Tenuta sotto controllo del servizio non Conforme</i>
F.4	TABSYS002	<i>Analisi dei dati</i>
F.5.2	PGSYS006	<i>Azioni Correttive</i>
F.5.3.	PGSYS007	<i>Azioni Preventive</i>

ORGANIGRAMMA GENERALE (all. 3a del MdQ)

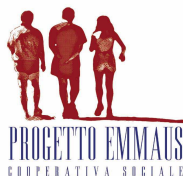


----- collegamento funzionale

Aggiornato dal Presidente: Armando Bianco

Data: 14/03/2013

ELENCO STRUTTURE SERVIZI: Comunità Emmaus, Comunità Alloggio Casa Mariarosa, G.A. Ariete, G.A. Sottosopra, G.A. Tetti Blu, G.A. La Rocca, G.A. Pepe Nero, G.A. Due Passi, Comunità Aurora, Servizio di Assistenza notturna al Cottolengo, Scuola dell'Infanzia di Mussotto, FreeWay, Inserimenti Socializzanti, Territorio Bra, Territorio Alba, Convivenza guidata, Servizio diurno assistenza Casa Suore Luigine, G.A. Sipuofare



MANUALE DELLA QUALITA'

Allegato 1
Edizione n° 02 rev.01
Del 11/11/11
Pagina 1 di 1

ELENCO DELLE PROCEDURE

P.to norma	Cap. MQ	Codice documento	Titolo documento
4.2.3	B.3	PG SYS 001	<i>Tenuta sotto controllo dei documenti</i>
4.2.4	B.4	PG SYS 002	<i>Tenuta sotto controllo delle registrazioni</i>
5	C.1	PG SYS 008	<i>Area clinica e formazione</i>
5	C.3	PG DIR 001	<i>Bilancio sociale</i>
6.2	D.2	PG SYS 003	<i>Gestione delle risorse umane</i>
6.3	D.3	TABMAN001	<i>Gestione della manutenzione delle infrastrutture</i>
7.2	E.2	PG AMM 001	<i>Processo di ammissione nuovo utente</i>
7.3	E.3	PG PRG 001	<i>Inserimento – Progettazione individuale</i>
		PG TER 001	<i>Processo di erogazione di servizi territoriali</i>
7.3	E.3	PG PRG 002	<i>Progettazione di un nuovo servizio servizio</i>
7.4	E.4	PG ACQ 001	<i>Approvvigionamento</i>
7.5	E.5	PG REA 001	<i>Realizzazione delle attività</i>
		PG TER 001	<i>Processo di erogazione di servizi territoriali</i>
8.2.4	E.5	PG REA 002	<i>Attività di monitoraggio</i>
7.5	E.5	PG REA 004	<i>Dimissione</i>
7.5/6.3	E.5/D.3	TABSYS004	<i>Conservazione dei prodotti/attrezzature</i>
8.2.1	F.2.1	PG REA 003	<i>Monitoraggio e misurazione della soddisfazione delle parti interessate</i>
8.2.2	F.2.2	PG SYS 004	<i>Audit interni</i>
8.2.3	F.2.3	TAB SYS 001	<i>Monitoraggio e misurazione dei processi</i>
8.3	F.3	PG SYS 005	<i>Tenuta sotto controllo del servizio non conforme</i>
8.4	F.4	TAB SYS 002	<i>Analisi dei dati</i>
8.5.2	F.5.2	PG SYS 006	<i>Azioni Correttive</i>
8.5.3	F.5.3	PG SYS 007	<i>Azioni Preventive</i>

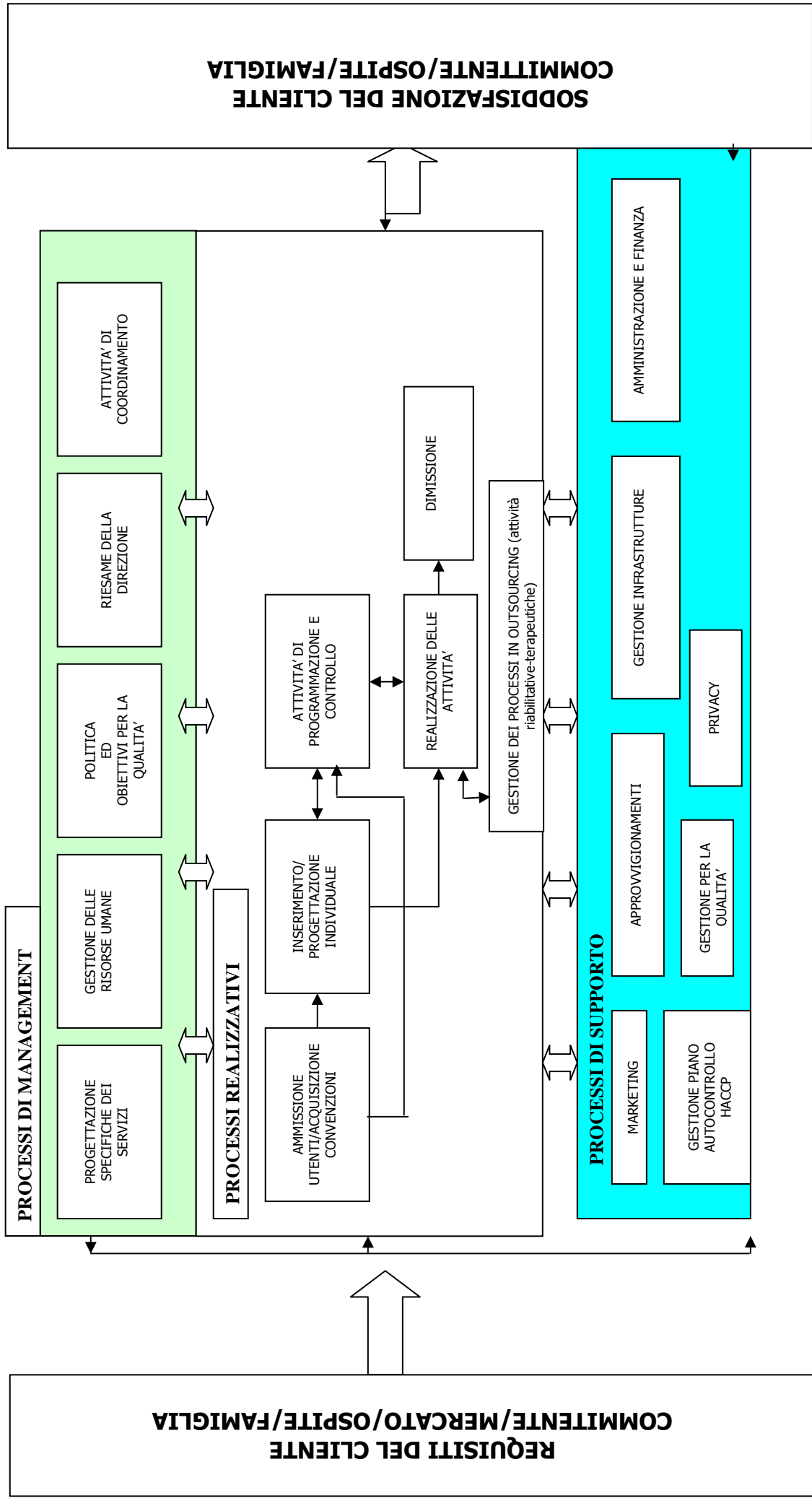


Allegato 2

Edizione n° 2 rev.01
Del 11/11/11

PAG 1 di 3

FLUSSO DEI PROCESSI AZIENDALI "SERVIZI RESIDENZIALI"



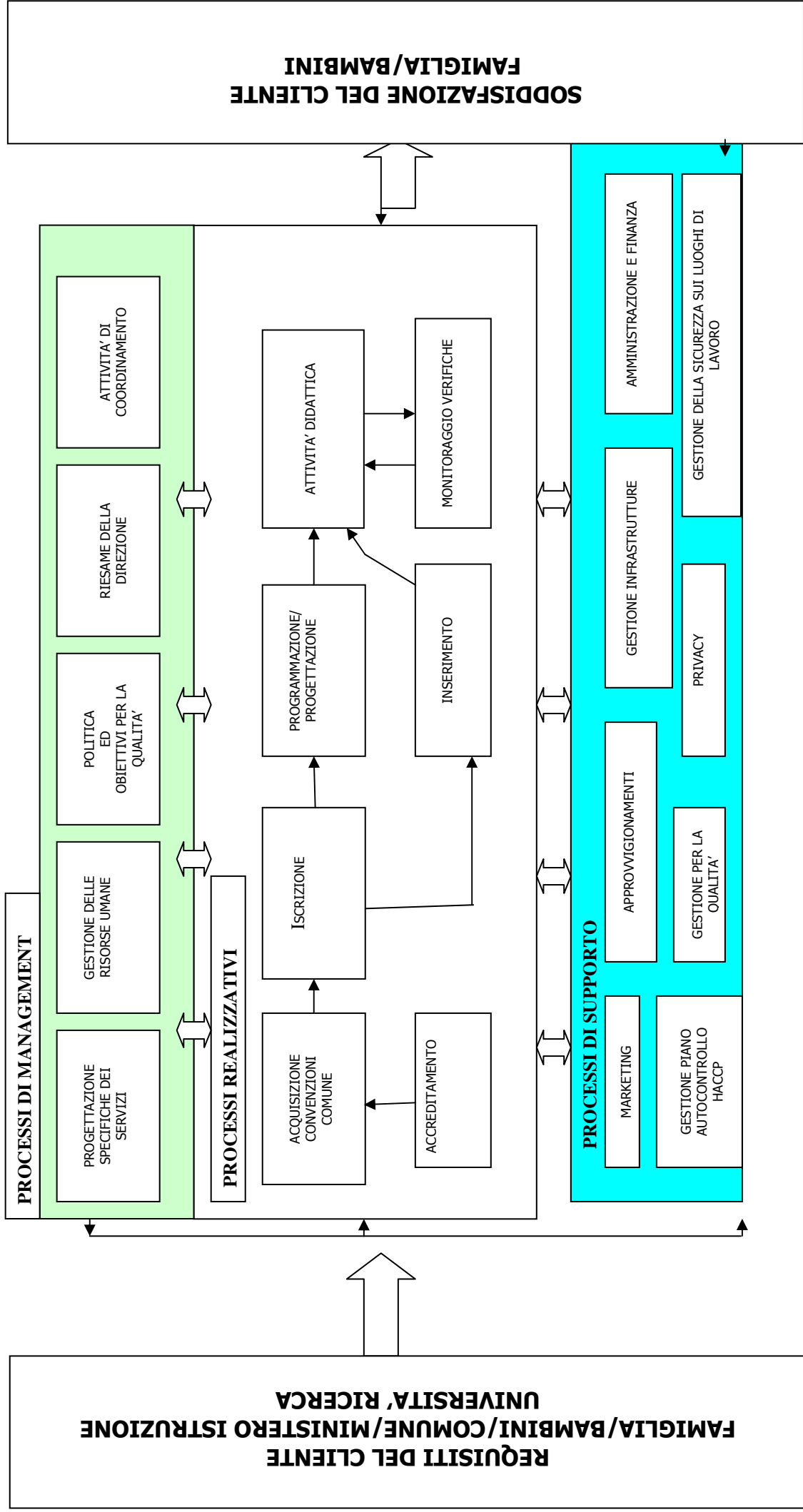


Allegato 2

Edizione n° 2 rev.01
Del 11/11/11

PAG 2 di 3

FLUSSO DEI PROCESSI DELLA SCUOLA DELL'INFANZIA "N.S. DEL SUFFRAGIO"

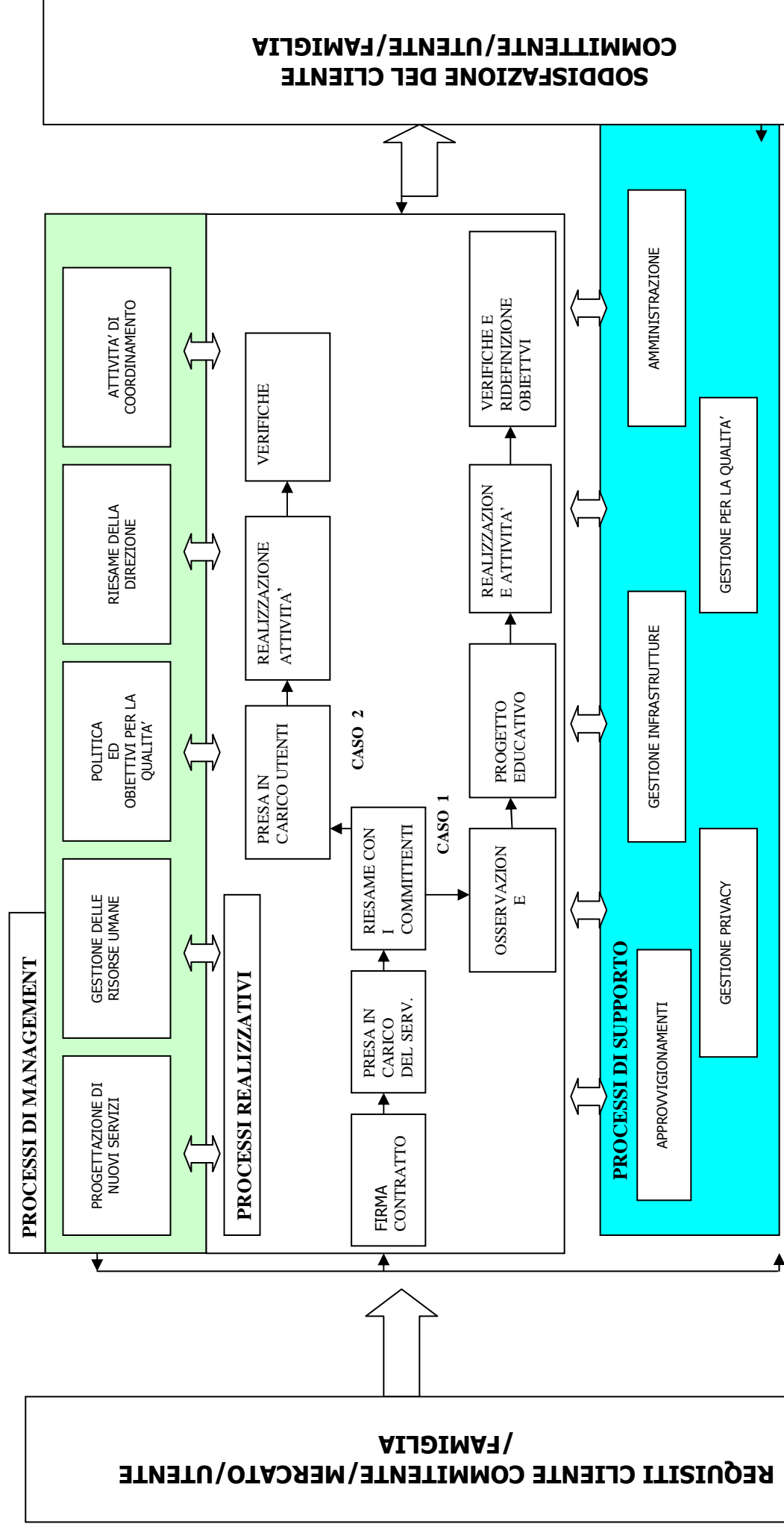


FLUSSO DEI PROCESSI AZIENDALI "SERVIZI TERRITORIALI"

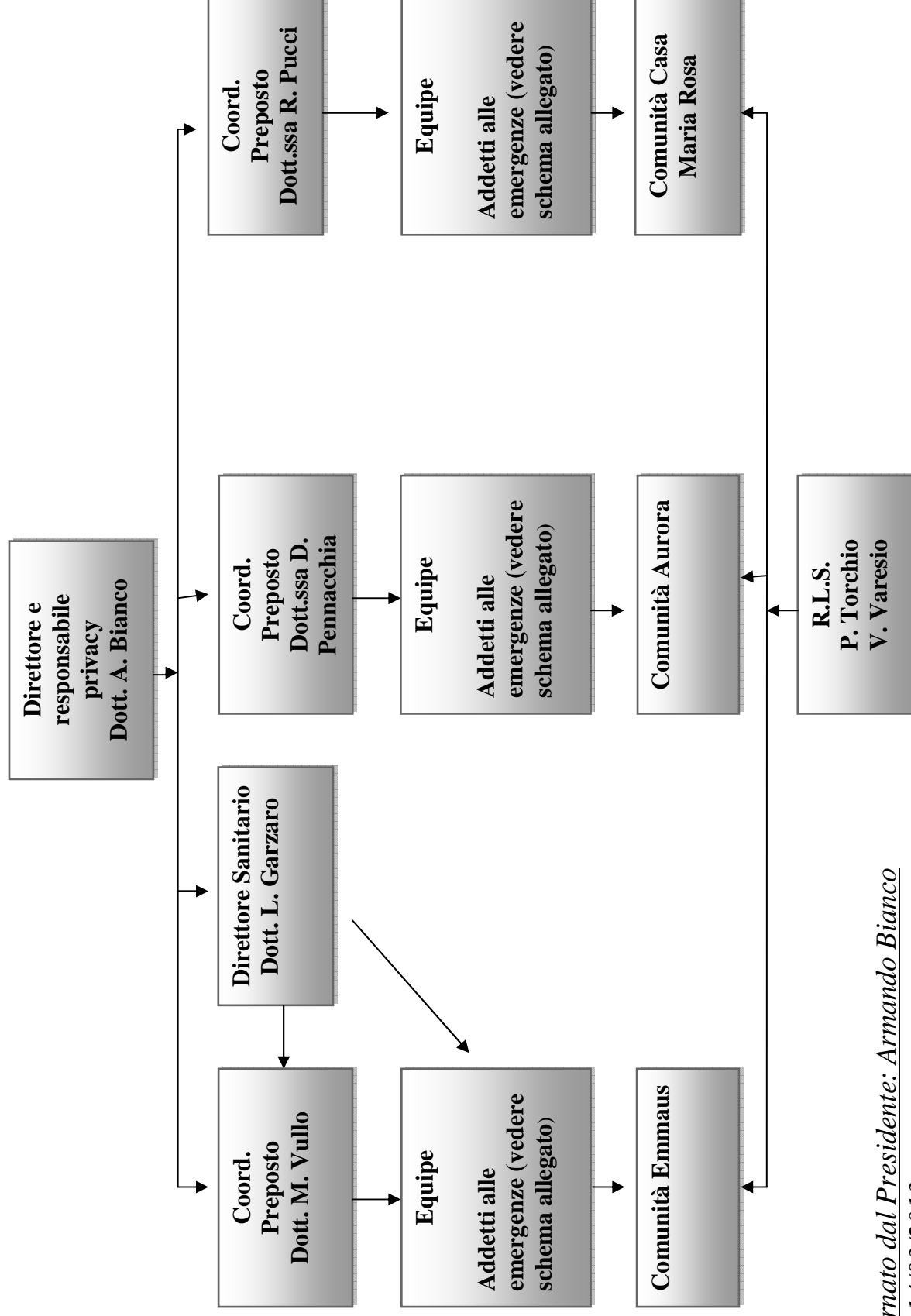
Allegato 2

Edizione n° 02 rev.01
Del 11/11/11

PAG 3 di 3



ORGANIGRAMMA SERVIZI RESIDENZIALI COMUNITA' (all. 3b del MdQ)

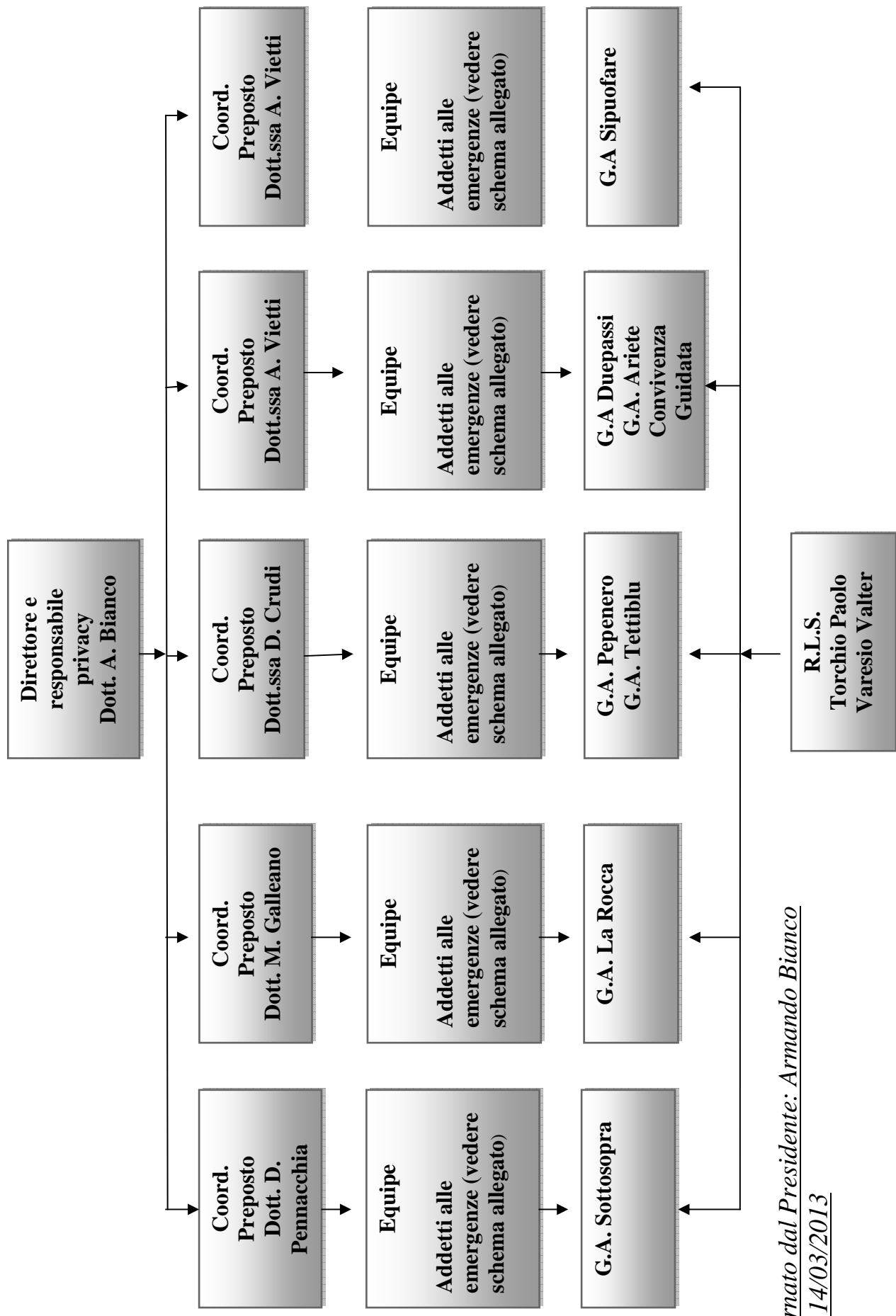


Aggiornato dal Presidente: Armando Bianco

Data: 14/03/2013

ELENCO STRUTTURE SERVIZI: Comunità Emmaus, Comunità Alloggio Casa Mariarosa, G.A. Ariete, G.A. Sottosopra, G.A. Tetti Blu, G.A. La Rocca, G.A. Pepe Nero, G.A. Due Passi, Comunità Aurora, Servizio di Assistenza notturna al Cottolengo, Scuola dell'Infanzia di Mussotto, FreeWay, Inserimenti Socializzanti, Territorio Bra, Territorio Alba, Convivenza guidata, Servizio diurno assistenza Casa Suore Luigine, G.A. Sipuofare

ORGANIGRAMMA SERVIZI RESIDENZIALI GRUPPO APPARTAMENTO (all. 3d al MdQ)

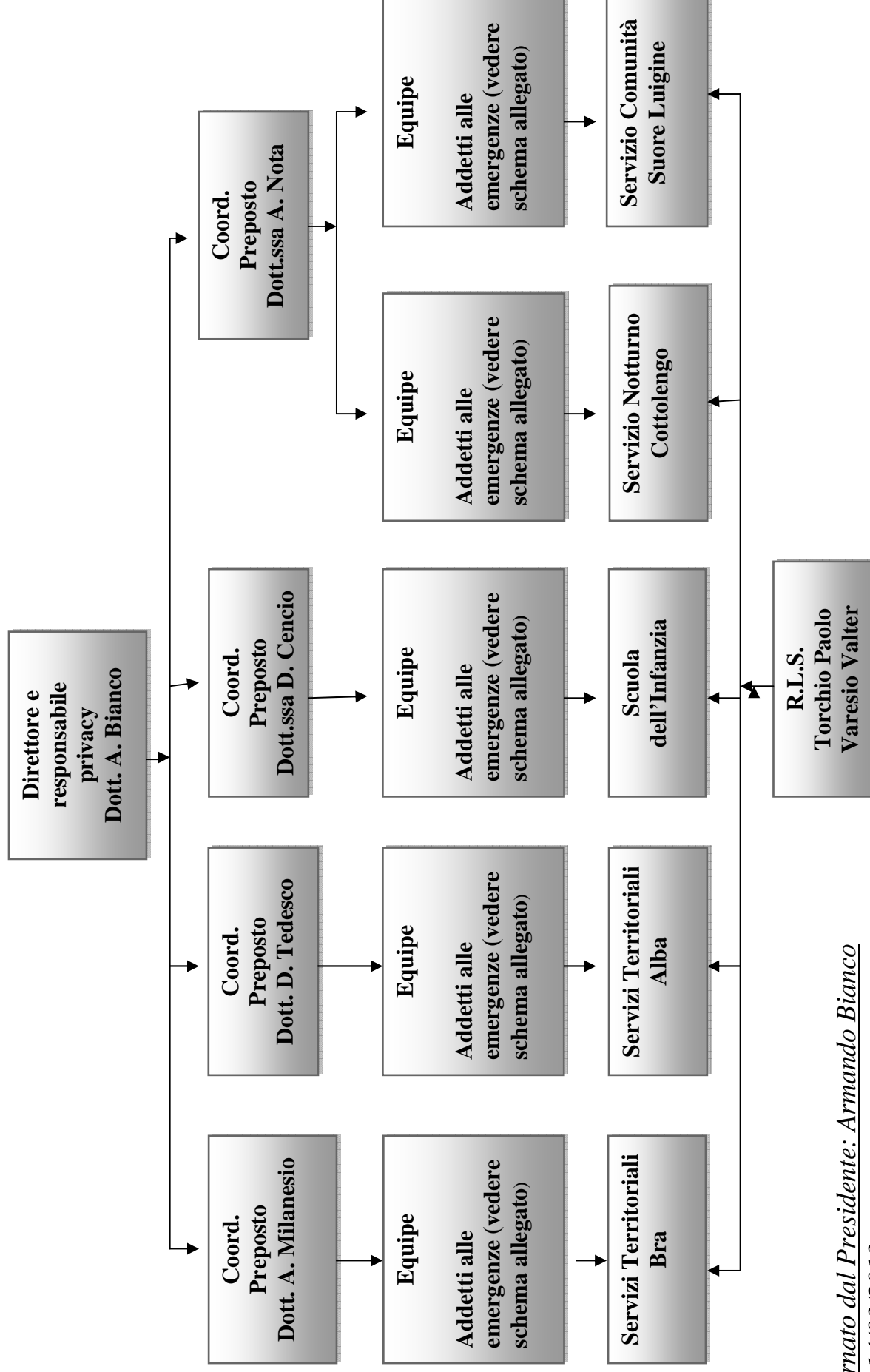


Aggiornato dal Presidente: Armando Bianco

Data: 14/03/2013

ELENCO STRUTTURE SERVIZI: Comunità Emmaus, Comunità Alloggio Casa Mariarosa, G.A. Ariete, G.A. Sottosopra, G.A. Tetti Blu, G.A. La Rocca, G.A. Pepe Nero, G.A. Due Passi, Comunità Aurora, Servizio di Assistenza notturna al Cottolengo, Scuola dell'Infanzia di Mussotto, FreeWay, Inserimenti Socializzanti. Territorio Bra. Territorio Alba. Convivenza guidata. Servizio diurno assistenza Casa Suore Luigine. G.A. Sipuofare

ORGANIGRAMMA SERVIZI TERRITORIALI all. 3C del MdQ



Aggiornato dal Presidente: Armando Bianco

Data: 14/03/2013

ELENCO STRUTTURE SERVIZI: Comunità Emmaus, Comunità Alloggio Casa Mariarosa, G.A. Ariete, G.A. Sottosopra, G.A. Tetti Blu, G.A. La Rocca, G.A. Pepe Nero, G.A. Due Passi, Comunità Aurora, Servizio di Assistenza notturna al Cottolengo, Scuola dell'Infanzia di Mussotto, FreeWay, Inserimenti Socializzanti, Territorio Bra, Territorio Alba, Convivenza guidata, Servizio diurno assistenza Casa Suore Luigine, G.A. Sipuofare