



MANUALE DELLA QUALITÀ

Normativa di Riferimento UNI EN ISO 9001:2015

SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

ORIGINALE



Redatto dal Responsabile Gestione Qualità	Approvato dal Presidente
	

Nota: Le Copie del Manuale che non riportano la scritta Copia Controllata N° xx non sono soggette a controllo della distribuzione e sono aggiornate fino al momento della stampa.

TAVOLA DELLE REVISIONI

REVISIONI						
Numero	0	1	2	3	4	
Data	08/03/2018	25/06/2018	10/12/2018	23/05/2019	15/09/2022	
Numero	5					
Data	08/03/2023					

CONTROLLO DELLE MODIFICHE DEL DOCUMENTO

Revisione N°	Data revisione	Modifiche effettuate
0	08/03/2018	Prima emissione
1	25/06/2018	Integrazione punto 1.3
2	10/12/2018	Modifica punto 2.6.2 – 2.14 – 5.3
3	23/05/2019	Modifica punto 4.4
4	23/05/2021	Revisione punto 4.4.
5	08/03/2023	Revisione con logo ETS e alcuni punti in ingresso e uscita del Riesame

Sommario

1. INTRODUZIONE.....	6
1.1. Generalità	6
1.2. Responsabilità.....	6
1.3. Campo di Applicazione.....	6
1.4. Normative di riferimento	7
1.5. Profilo dell’Ente	7
1.6. Identificazione e descrizione dei Processi.....	8
2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE	8
2.1. Responsabilità della Direzione.....	8
2.2. Attenzione focalizzata al Cliente/Utente	9
2.3. Politica per la Qualità	9
2.4. Obiettivi per la Qualità	9
2.5. Riesame della direzione	9
2.6. Elementi di ingresso per il Riesame.....	10
2.7. Elementi di uscita per il Riesame.....	10
2.8. Responsabilità ed Autorità.....	10
2.9. Presidente	10
2.10. Responsabile Gestione Qualità	11
2.11. Responsabile Amministrativo	11
2.12. Direttore sanitario	11
2.13. Responsabile Area Sociale.....	11
2.14. Comunicazione interna	12
2.15. Gestione delle risorse.....	12
2.16. Risorse umane	12
2.17. Competenza, consapevolezza e addestramento	12
2.18. Infrastrutture	13
2.19. Ambiente di lavoro	13
2.20. Processi relativi al Cliente	13
2.21. Determinazione dei requisiti relativi ai servizi erogati.....	13
2.22. I requisiti contrattuali sono oggetto di analisi a due livelli.....	14
2.23. Riesame dei requisiti relativi ai servizi erogati	14
2.24. Comunicazione con il Cliente	14
3. PIANIFICAZIONE E CONTROLLO DELLA PROGETTAZIONE.....	15
3.1. Generalità	15
3.2. Pianificazione della progettazione	15
3.3. Elementi in ingresso alla progettazione.....	16

3.4.	Sviluppo e controllo dei risultati (elementi in uscita dalla progettazione).....	16
3.5.	Gestione delle modifiche e validazione del progetto.....	17
4.	APPROVVIGIONAMENTO	18
4.1.	Generalità	18
4.2.	Informazioni per approvvigionamento	18
4.3.	Verifica dei prodotti/servizi acquistati	19
4.4.	Valutazione dei fornitori	19
5.	CONTROLLO DEL PROCESSO DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO	19
5.1.	Coordinamento e controllo del processo.....	20
5.2.	Programmazione e gestione operativa delle attività	20
5.3.	Controllo dell'erogazione	20
5.4.	Monitoraggio delle risorse interne ed esterne	21
5.5.	Rilevazione della Customer e Employee satisfaction.....	21
5.6.	Controllo degli strumenti di monitoraggio	21
5.7.	Validazione del processo di erogazione dell'attività formativa ed orientativa	21
5.8.	Validazione del processo di erogazione dell'attività Sanitario-riabilitativa	21
6.	CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE E DEI DATI	21
6.1.	Generalità	22
6.2.	Manuale della Qualità.....	22
6.3.	Tenuta sotto controllo dei documenti.....	22
6.4.	Tenuta sotto controllo delle registrazioni	23
7.	MONITORAGGI E MISURAZIONI	23
7.1.	Soddisfazione del Cliente	23
7.2.	Verifiche ispettive interne.....	23
7.3.	Monitoraggio e misurazione dei processi.....	24
7.4.	Gestione delle Non Conformità	24
7.5.	Analisi dei dati.....	24
8.	MIGLIORAMENTO	24
8.1.	Miglioramento continuo	25
8.2.	Azioni correttive	25
8.3.	Azioni migliorative	25

INDICE DEGLI ALLEGATI**ALLEGATO 1 ORGANIGRAMMA****ALLEGATO 2 ELENCO DELLE PROCEDURE E DELLE ISTRUZIONI OPERATIVE****ALLEGATO 3 POLITICA DELLA QUALITA'****ALLEGATO 4 TABELLA DI CROSS REFERENCE TRA NORMA E MANUALE**

1. INTRODUZIONE

1.1. Generalità

Il Manuale della Qualità (MQ) descrive sinteticamente il Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) adottato da AIAS ETS Milano (d'ora in poi AIAS) per soddisfare i requisiti stabiliti dalla Norma UNI EN ISO 9001:2015. Il Manuale della Qualità definisce:

- l'organizzazione dell'Ente;
- i processi decisionali, operativi e di supporto, inclusa l'analisi dei rischi, adottati per il SGQ;
- le responsabilità per lo svolgimento delle attività pianificate nei processi;
- le modalità di svolgimento e le responsabilità specifiche delle attività e dei processi organizzativi fondamentali e di supporto;
- le attività di miglioramento continuo del SGQ.

Il MQ è il documento di riferimento:

- per il personale dell'Ente che trova in esso l'indirizzo e la guida per operare;
- per il Committente e per l'Organismo di certificazione che trovano in esso gli elementi per verificare come l'Ente soddisfa i requisiti di gestione della qualità, di soddisfazione del cliente e delle parti interessate.

1.2. Responsabilità

Il **Presidente** ha la responsabilità di indirizzare e controllare l'Organizzazione in conformità al Sistema Qualità in tutte le sedi e processi indicati dal MQ.

Il **Responsabile Gestione Qualità (RGQ)** ha la responsabilità di redigere il Manuale della Qualità e verificarne la rispondenza ai requisiti della norma di riferimento e alla Politica della Qualità definita dalla Direzione ed è responsabile del corretto funzionamento del Sistema di Gestione della Qualità.

Il Manuale della Qualità è redatto da RGQ ed approvato dal Presidente, nei modi elettronici previsti nella P.GQ 01.

L'archiviazione dei documenti, la gestione della Qualità (vedi Non Conformità, Moduli ecc.) spetta al Responsabile Garanzia Qualità (RGQ).

Per una descrizione più accurata delle funzioni di Presidente e RGQ si rimanda al paragrafo 2.7 Responsabilità ed autorità.

1.3. Campo di Applicazione

Il Sistema di Gestione per la Qualità stabilito da AIAS si applica a:

- Progettazione ed erogazione di interventi formativi;
- Progettazione ed erogazione di servizi di orientamento;
- Progettazione ed erogazione di progetti educativi;
- Progettazione ed erogazione di servizi Socio-Sanitari Riabilitativi (ex. Art 26 L. 833/78), nelle sedi di Milano e Pantigliate;

Tutti i punti della norma sono applicabili per le attività certificate.

Il manuale fa riferimento alla Norma UNI EN ISO 9001: 2015. Costituisce un potenziale requisito contrattuale con il quale AIAS intende dare evidenza della propria capacità di tenere sotto controllo i processi che determinano l'accettabilità dei servizi erogati.

Alcune attività di supporto vengono affidate ad esterno in outsourcing (attività di pulizie e queste sono gestite secondo il principio 8.4)

1.4. Normative di riferimento

- UNI EN ISO 9000:2005: Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e terminologie;
- UNI EN ISO 9001:2015: Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti;
- La legislazione italiana
- Documento “norme di riferimento” salvato in Aias Documenti Qualità ISO 9001:2015 Procedure-Normativa Profilo dell’Ente

Da oltre 50 anni AIAS opera a Milano e hinterland per migliorare la salute e la qualità della vita delle persone con disabilità, di minori, adulti e anziani in situazioni di fragilità, promuovendone il benessere, l’autonomia e l’inclusione sociale, tramite i servizi erogati dalle aree sanitaria e sociale, per oltre 1500 utenti.

AIAS si rivolge principalmente a persone con disabilità nell’età evolutiva (da 0 a 18 anni) affette da patologie psicomotorie, psicoaffettive e da disturbi del neurosviluppo, senza dimenticare la fascia adulta. Per AIAS qualsiasi intervento riabilitativo non ha solo un carattere medico-sanitario ma deve valorizzare le capacità dell’individuo nella sua integrità, sensibilizzando allo stesso tempo l’ambiente esterno. Infatti all’interno di AIAS il concetto di riabilitazione assume un significato più ampio, nel quale l’intervento medico si associa ad altri interventi, mirati allo sviluppo personologico dell’individuo e alla sua integrazione nella società. AIAS ha cominciato a raggiungere questo obiettivo realizzando una serie di servizi che, mettendo a punto un progetto condiviso da tutti i soggetti interessati (persone con disabilità, famiglie, operatori), accompagnino la persona nelle varie fasi della sua vita, rispondendo ai suoi bisogni e, nello stesso tempo, intervenendo sull’ambiente perché diventi accessibile e fruibile, in una prospettiva di inclusione.

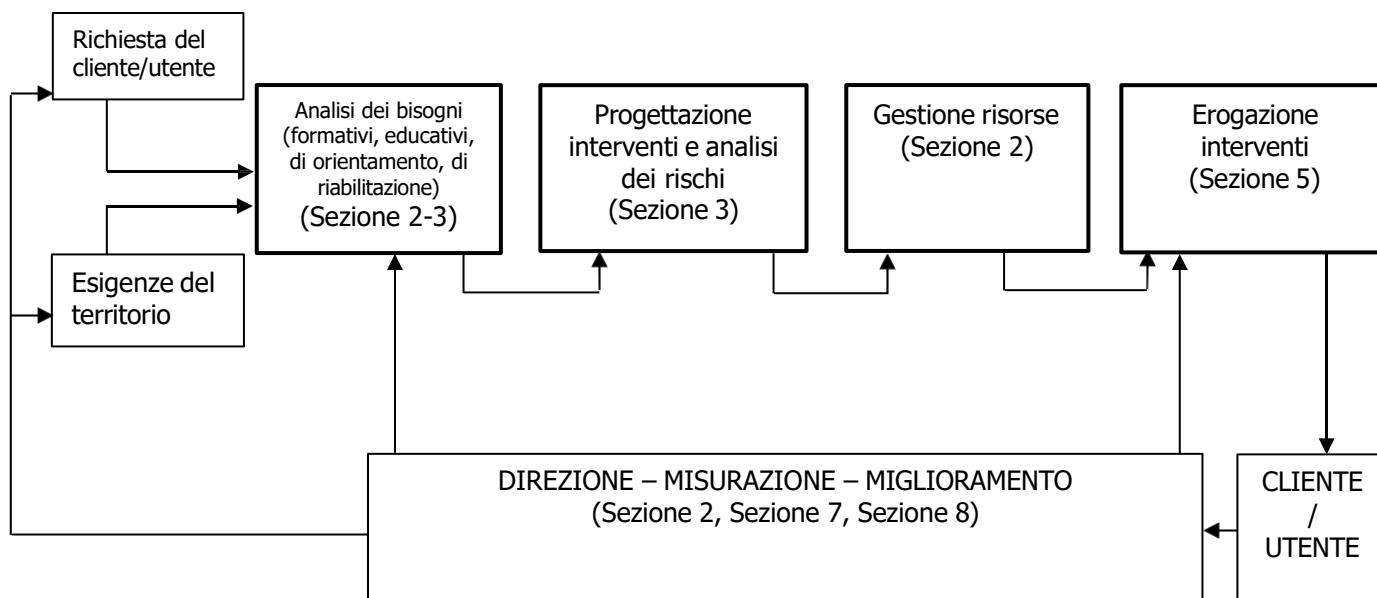
In ambito socio sanitario AIAS è accreditata presso la Regione Lombardia come Istituto di Riabilitazione (ex art. 26 L. 833/78) operante nell’area dell’età evolutiva e dell’adulto con disabilità complessa. I servizi sanitari prevedono un percorso dalla diagnosi clinica e funzionale alla presa in carico con eventuale monitoraggio farmacologico. Le prestazioni dei servizi sanitari vengono erogate in regime ambulatoriale e domiciliare da personale specializzato altamente qualificato e in continuo aggiornamento formativo, sia in regime di convenzione con il sistema Sanitario, sia in solvenza.

In ambito sociale, il Servizio Progetti alla Persona di AIAS elabora, realizza e coordina progetti educativi, sia individualizzati sia di gruppo, per bambini, adolescenti e adulti su incarico di comuni, enti pubblici e famiglie, utilizzando educatori e altre figure professionali. Il servizio si occupa non solo di disabilità ma anche di integrazione sociale, di progetti nella scuola, di laboratori per le scuole e negli spazi extra scolastici, di sostegno a studenti con disabilità all’Università operando in ambito sociale a 360 gradi.

In ambito Formativo, AIAS, su indicazioni del Comitato Tecnico Scientifico interno all’Associazione, progetta una serie di proposte formative come occasione di riflessione e di confronto per molteplici figure professionali.

1.5. Identificazione e descrizione dei Processi

I processi identificati da AIAS nel SGQ sono suddivisi in processi primari e processi di supporto. Il seguente schema mostra i processi identificati e la loro interazione:



2. ORGANIZZAZIONE E RISORSE

La presente sezione del manuale della qualità descrive la struttura organizzativa di AIAS relativamente ai Servizi rientranti nel campo di applicazione del SGQ e definisce gli impegni e le responsabilità della direzione in merito a:

- definizione dell'organizzazione;
- assegnazione delle autorità e delle responsabilità all'interno dell'organizzazione;
- analisi delle risorse necessarie ai processi formativi;
- conduzione del riesame del SGQ;
- definizione della Politica per la Qualità.

Inoltre la presente sezione del manuale della qualità fornisce le modalità e i criteri per la gestione delle risorse coinvolte nei processi formativi gestiti.

2.1. Responsabilità della Direzione

La Direzione (intesa come leadership condivisa del Presidente con i responsabili di funzione) è consapevole dell'impegno necessario per mettere in atto il SGQ a tutti i livelli dell'Ente e per diffondere la "cultura dell'attenzione al Cliente", tramite azioni mirate a migliorare costantemente la qualità delle prestazioni e la soddisfazione del cliente.

Espressione dell'impegno della Direzione sono:

- la definizione della Politica della Qualità e degli obiettivi per la qualità;
- l'identificazione delle risorse, strumentali, economiche e umane per la realizzazione degli obiettivi;
- l'attuazione e il mantenimento dei processi, l'effettuazione periodica del riesame del SGQ;
- la diffusione, ad ogni livello dell'Ente, dei principi della qualità e dell'importanza di ottemperare ai

- requisiti del cliente e a quelli cogenti applicabili;
- l'analisi dei Rischi operativi nelle varie attività con l'obiettivo di ridurre ragionevolmente le criticità del sistema.

Gli impegni della direzione per la qualità sono riassunti nell'allegata Politica della Qualità.

2.2. Attenzione focalizzata al Cliente/Utente

AIAS è un'organizzazione orientata al cliente/utente.

I requisiti del cliente/utente sono oggetto di attenta analisi da parte della direzione e degli operatori, per garantirne la soddisfazione.

I requisiti del cliente/utente sono stabiliti attraverso molteplici strumenti:

- analizzando le richieste degli Organismi Committenti (Regione, ATS, Comuni, Scuole etc.)
- analizzando i bisogni (di formazione e orientamento, di riabilitazione etc.) del cliente/utente, raccolti riesaminati e documentati per eliminare ogni possibile ambiguità;
- analizzando le esigenze del territorio, per intercettare le necessità espresse e trasformarle in azioni formative e servizi orientativi.

2.3. Politica per la Qualità

La Direzione definisce i principi generali su cui si basa la Politica per la Qualità.

Ogni qualvolta se ne riconosca la necessità, almeno una volta l'anno, la Direzione fissa gli obiettivi specifici di attuazione della Politica per la Qualità e valuta se i suoi contenuti siano adeguati al raggiungimento di tali obiettivi entro i tempi prestabiliti. In occasione del Riesame della Direzione la Politica della Qualità viene riesaminata per accertarne l'idoneità agli obiettivi dell'Ente.

La Politica per la Qualità e i relativi obiettivi scaturiscono da un'analisi attenta e oggettiva della situazione interna, dei risultati conseguiti e degli obiettivi futuri, nonché dell'ambiente esterno, dalle specifiche cogenti e delle richieste dei clienti e delle parti interessate.

La Politica per la Qualità è redatta dalla Direzione ed è comunicata a tutti gli interessati, anche a mezzo del sito internet. La Politica per la Qualità è allegata al presente MQ ed è diffusa e resa nota a tutto il Personale mediante esposizione all'albo.

2.4. Obiettivi per la Qualità

Gli obiettivi per la qualità sono definiti annualmente dalla direzione e sono quantificati e misurabili mediante "indici" specifici per le diverse aree, che consentono di verificare il livello raggiunto ed individuare le possibilità di miglioramento. Gli obiettivi tengono conto della Politica per la Qualità, delle necessità di miglioramento del SGQ, dei processi messi in atto e dei bisogni espressi dai servizi erogati. Essi sono definiti per le aree dell'organizzazione interessate ed assegnati ai rispettivi responsabili.

Le modalità di raccolta dei dati, la responsabilità e la cadenza del riesame degli obiettivi sono stabilite dalla direzione all'atto della definizione degli obiettivi e dai vari responsabili dei diversi settori.

2.5. Riesame della direzione

La direzione ha la responsabilità di verificare l'efficacia del SGQ, valutando in particolare le esigenze di modifica al sistema, politica ed obiettivi, dettate dalle opportunità di miglioramento individuate. La direzione ha pianificato il riesame del SGQ con cadenza annuale, per verificare le prestazioni e lo stato del sistema nella sua globalità e

soprattutto rispetto ai bisogni, desideri e aspettative manifestate dal cliente.

2.6. Elementi di ingresso per il Riesame

Il riesame della direzione comprende l'esame dei seguenti elementi del sistema di gestione per la qualità:

- l'analisi del contesto in cui sta operando l'Ente con la valutazione sulla capacità di raggiungere gli obiettivi previsti (Risk based thinking);
- i risultati delle verifiche ispettive interne;
- l'analisi dei dati sulla soddisfazione dei Clienti (Committenti ed Utenti);
- le non conformità registrate dall'ultimo riesame e le azioni correttive e migliorative attuate per la loro soluzione;
- i risultati di performance dei processi;
- le azioni risultanti da precedenti riesami della direzione;
- eventuali modifiche al sistema di gestione per la qualità;
- le raccomandazioni per il miglioramento;
- eventuali problematiche con Fornitori e prestatori d'opera esterni;
- stato dell'ambiente di lavoro e delle infrastrutture.

2.7. Elementi di uscita per il Riesame

La direzione, effettuato il riesame, decide in merito a:

- risultato dell'analisi del contesto con la valutazione dei rischi (P.GQ 07 Analisi del rischio);
- miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei processi;
- miglioramento dei servizi, sulla base degli elementi relativi al cliente;
- necessità di nuove risorse (o riallocazione delle stesse).

Le decisioni prese dalla direzione sono registrate su apposita modulistica.

2.8. Responsabilità ed Autorità

La direzione ha identificato le responsabilità e le autorità per il personale che ha diretta influenza sulla qualità dei servizi erogati, mediante l'organigramma (che illustra i rapporti funzionali e gerarchici del personale) e i mansionari che definiscono, per ogni funzione, compiti e responsabilità principali.

Nell'ALLEGATO1 è riportato l'organigramma dei servizi oggetto di certificazione.

2.9. Presidente

E' il legale rappresentante dell'Ente.

Nell'ambito specifico della Qualità:

- redige e promuove la Politica della Qualità;
- presiede le Riunioni della Direzione;
- assicura che i processi necessari al SGQ siano predisposti, attuati e mantenuti aggiornati;
- riferisce al Consiglio sulle prestazioni del SGQ e sulle esigenze di miglioramento;
- promuovere ad ogni livello dell'Ente la consapevolezza dei requisiti dei Clienti (Committenti ed Utenti) e dell'importanza di soddisfarli.

2.10. Responsabile Gestione Qualità

Nell'ambito del SGQ di AIAS il RGQ ha le seguenti responsabilità:

- redigere il MQ in tutte le sue parti e sezioni in collaborazione con i Responsabili di Funzione (RdF) dell'Ente;
- impostare, avviare e controllare tutte le attività inerenti al SGQ;
- redigere e aggiornare la documentazione del sistema Qualità, sia ad uso interno che pubblico;
- curarne l'aggiornamento e la distribuzione;
- verificare la realizzazione degli obiettivi della qualità, nei riesami della Direzione;
- attuare le iniziative della direzione indicate nella Politica della Qualità;
- definire le modalità e coordinare le azioni per attuare le azioni correttive e migliorative;
- svolgere le verifiche ispettive interne del SGQ (ad esclusione del proprio lavoro).

2.11. Responsabile Amministrativo

Nell'ambito del SGQ di AIAS ha le seguenti responsabilità:

- Garantire la fatturazione attiva e passiva;
- Redigere e conservare tutti i contratti attivi e passivi;
- eseguire la valutazione dei fornitori di materiali e servizi;
- assicurare i servizi Generali e quelli di ICT (Information & Communication Technology);
- garantire gli adempimenti contrattuali del Personale;
- espletare le attività previste dai bandi di partecipazione al finanziamento delle attività formative ed orientative, e conservarne la documentazione.

2.12. Direttore sanitario

Nell'ambito del SGQ di AIAS ha le seguenti responsabilità:

- ricercare, selezionare e formare i professionisti dell'area sanitaria (medici, terapisti e tecnici);
- verificare l'esistenza e il mantenimento delle qualifiche professionali richieste;
- validare sul piano medico - giuridico le prassi operative dell'area sanitaria;
- garantire l'adeguatezza delle strutture e attrezzature sanitarie;
- mantenere le autorizzazioni presso gli Enti Pubblici Sanitari;
- gestire i Responsabili sanitari di Sede;
- definire gli obiettivi economici della Direzione;
- valutare il personale dell'Area.

2.13. Responsabile Area Sociale

Nell'ambito del SGQ di AIAS ha le seguenti responsabilità:

- tutelare e rappresentare gli interessi dei disabili verso qualsiasi ente pubblico o privato;
- favorire le relazioni tra i soci per lo studio e la risoluzione di problemi di comune interesse;
- informare e assistere i soci sui temi della disabilità;
- progettare e realizzare servizi per minori e adulti disabili e alle loro famiglie;
- elaborare il piano formativo annuale, ed attuarlo in raccordo con il servizio di formazione;
- sottoscrivere le partecipazioni ai bandi di servizio per i disabili;
- indirizzare e controllare l'attività dei servizi dell'Area Sociale;
- definire gli obiettivi economici della Direzione;

- valutare il personale dell'Area;
- organizzare e presiedere riunioni di équipe.

2.14. Comunicazione interna

La direzione garantisce adeguati processi di comunicazione all'interno dell'organizzazione, per lo scambio di informazioni relative all'andamento dei servizi.

I principali strumenti di comunicazione sono:

- Albi o bacheche collocate in luoghi di passaggio, in cui vengono esposti Ordini di servizio e Comunicazioni Operative rivolti al Personale;
- Rete informatica e sistema di posta elettronica interna che consente la condivisione di documenti, modulistica e messaggi;
- sito web, ad uso di tutti contiene anche informazioni utili al Personale ed ai Pazienti/Utenti;
- riunioni tra i team di progetto, gestite dai rispettivi responsabili con gli operatori coinvolti (docenti, educatori, *terapisti* ecc.).

2.15. Gestione delle risorse

La Direzione definisce modalità per individuare e impiegare le risorse necessarie per attuare i processi del SGQ, ottemperando ai requisiti dei Clienti/Utenti per garantirne la soddisfazione dei clienti. A questo scopo attua un processo di gestione delle risorse che si basa su:

- identificazione, selezione, valutazione e formazione delle risorse umane necessarie a garantire la qualità dei processi;
- identificazione, mantenimento e aggiornamento delle attrezzature necessarie a garantire la qualità delle prestazioni erogate.

2.16. Risorse umane

Il personale operante in AIAS possiede le competenze necessarie, in termini di istruzione, addestramento, abilità ed esperienza, per poter erogare i servizi formativi, educativi, di orientamento e sanitari-riabilitativi in modo adeguato a soddisfare i requisiti del cliente. Tali competenze vengono costantemente monitorate ed aggiornate, qualora insorgano necessità derivanti da cambiamenti nei requisiti, nei livelli di qualità previsti o nei processi lavorativi identificati. Allo stesso modo, è definito un processo di selezione del personale, con lo scopo di identificare gli operatori con il grado di competenza richiesto dalla mansione.

2.17. Competenza, consapevolezza e addestramento

La direzione ha definito e documentato i livelli di competenza minimi necessari per svolgere le attività che hanno influenza sulla qualità e ha predisposto opportuni processi di verifica del soddisfacimento di tali esigenze. La direzione ha inoltre identificato i processi di addestramento e formazione del personale, organizzato e condotto allo scopo di perseguire i seguenti obiettivi:

- formazione professionale specifica di ogni funzione, con particolare riferimento al personale che svolge attività formative, orientative e *sanitario-riabilitative*;
- formazione relativa allo specifico processo;
- formazione relativa alla comprensione/applicazione del sistema di gestione per la qualità;
- formazione relativa alla comprensione/raggiungimento degli obiettivi per la qualità.

La direzione ha predisposto modalità di valutazione dell'efficacia delle azioni formative intraprese, attraverso verifiche dei percorsi formativi effettuati e del grado di apprendimento del personale coinvolto.

Di regola la gestione dell'addestramento è tenuta sotto controllo dai responsabili dei servizi, attraverso strumenti di identificazione dei bisogni e la pianificazione delle attività formative individuali e annuali, compresa la verifica dell'addestramento/formazione ricevuta dai partecipanti.

Inoltre viene curata la selezione e l'inserimento delle risorse nella struttura, con specifico addestramento:

- descrizione della struttura e del sistema organizzativo (ruoli funzionali e gerarchie, responsabilità, strumenti a disposizione, metodologia di lavoro, ecc.);
- descrizione del SGQ, mediante consegna ed esposizione del Manuale della Qualità nonché corsi mirati.

Le attività di pianificazione e verifica delle attività di addestramento e di valutazione delle risorse umane e le relative registrazioni della qualità sono descritte nella procedura **P.GQ 03 Gestione delle risorse umane**.

2.18. Infrastrutture

AIAS possiede tutte le infrastrutture necessarie, comprese quelle richieste per legge, per poter erogare i servizi formativi, orientativi e *sanitario-riabilitativi*. Tali infrastrutture comprendono tutti gli spazi attrezzati per lo svolgimento delle attività, nonché gli ausili necessari per accogliere persone con disabilità.

2.19. Ambiente di lavoro

Gli ambienti in cui il personale opera sono organizzati sulla base delle necessità operative dei servizi. Le aule, i laboratori e gli spazi per i colloqui, le sale per terapia sono conformi ai requisiti stabiliti dalla Regione Lombardia quale struttura accreditante, insieme ai necessari sussidi necessari a svolgere le attività previste. Le attività educative del Servizio Progetti alla Persona sono generalmente erogate direttamente presso le scuole.

Le attività sanitario-riabilitative sono erogate principalmente nelle sedi proprie, ma anche al domicilio o in sedi terze convenzionate.

I locali a disposizione del servizio per le attività di coordinamento e di tutoraggio, per eventuali riunioni o per i colloqui con gli educatori rispettano i requisiti di sicurezza di legge.

La direzione ha stabilito i criteri e le responsabilità per l'acquisizione delle attrezzature e degli apparati tecnici necessari ad erogare i servizi.

2.20. Processi relativi al Cliente

La presente sezione del manuale della qualità descrive le attività inerenti alla determinazione dei requisiti del servizio erogato, a partire dall'identificazione dei requisiti specificati dal cliente, di quelli necessari per l'erogazione del servizio richiesto e di quelli cogenti, nonché le attività di riesame di tali requisiti e gli aspetti legati alla comunicazione con il cliente.

I Clienti di AIAS di Milano sono di due tipi: i Clienti-Committenti – cioè Organizzazioni quali ATS, Comuni, Scuole, Aziende – ed i Clienti-Utenti, persone fisiche cui i servizi vengono erogati.

2.21. Determinazione dei requisiti relativi ai servizi erogati

I requisiti relativi ai servizi sono determinati sulla base delle richieste del Cliente-Committente (es. richiesta di iscrizione ad un corso a catalogo o richiesta di intervento formativo "a commessa", specifiche di gare d'appalto e/o

capitolati di servizio, convenzioni etc.) comunicate generalmente in forma scritta (anche via fax o PEC) ad AIAS.

Inoltre:

- per gli interventi formativi “a catalogo”, i requisiti del servizio sono determinati a partire dall’analisi del mercato e del territorio e sono registrati nelle successive fasi di progettazione del servizio;
- i servizi di orientamento sono definiti sulla base delle specifiche dai committenti, per le attività a finanziamento pubblico, e dai clienti per quelli a commessa diretta; sono erogati in modo pianificato o a sportello aperto;
- i requisiti dei servizi alla persona sono definiti a partire dalle richieste di intervento della famiglia o degli enti e delle istituzioni che hanno in carico l’utente (la scuola, il Comune di residenza);
- i servizi Sanitari riabilitativi e le loro modalità di erogazione sono indicati nelle carte dei Servizi nel rispetto dei requisiti del Committente (ATS o altro).

2.22. I requisiti contrattuali sono oggetto di analisi a due livelli

Definizione degli accordi contrattuali

AIAS esamina le richieste da parte del committente (famiglia, scuola, Comune, ATS ecc.), in termini di ore di erogazione, costi, professionalità richieste, a fronte delle proprie capacità di erogarli. Tipicamente sfocia in un contratto tra le parti (es. famiglia - AIAS) o in una convenzione più ampia (es. Comuni/ ATS – AIAS)

Definizione dei progetti individuali

L’operatore incaricato (formatore, educatore, medico etc.) redige un progetto individualizzato sui bisogni del Cliente/Utente.

2.23. Riesame dei requisiti relativi ai servizi erogati

AIAS ha identificato le modalità per il riesame dei requisiti relativi al servizio richiesto (riesame del contratto). AIAS quindi, prima di impegnarsi contrattualmente a fornire un servizio, verifica la propria capacità di soddisfare i requisiti. Il riesame è condotto con diverse modalità, in base alla tipologia di servizio richiesto al Cliente (Committente o Utente) ed è registrato su appositi documenti di registrazione della qualità. Nessun servizio viene erogato se prima non ci sia stata l’attività di riesame in merito a:

- definizione dei requisiti del servizio (progettazione di massima);
- risoluzione di eventuali divergenze tra i requisiti contrattuali stabiliti, rispetto a precedenti accordi;
- verifica della capacità da parte di AIAS di soddisfare i requisiti richiesti.

Le modalità operative riguardanti la gestione dei processi relativi al cliente sono riportati nelle procedure relative alla progettazione ed erogazione dei diversi servizi.

2.24. Comunicazione con il Cliente

AIAS considera la comunicazione e l’informazione a due vie con il cliente necessarie per instaurare una collaborazione attiva e quindi un valore aggiunto nel processo di servizio.

La comunicazione con il cliente avviene di regola mediante:

- comunicazioni scritte relative alla organizzazione e dei servizi erogati (es.: Carta dei Servizi);
- incontri con i clienti, i partecipanti o altri soggetti direttamente coinvolti nell’erogazione del servizio;
- consenso informato per i servizi sanitari-riabilitativi;
- sondaggi per misurare la soddisfazione del cliente;

- gestione dei reclami;
- mediante incontri mirati con utenti recentemente presi in carico;
- sito web aggiornato, piattaforme social, locandine e materiale informativo.

3. Pianificazione e controllo della progettazione

La presente sezione del manuale della qualità descrive le modalità per la pianificazione ed il controllo della progettazione dei servizi. In particolare le attività descritte si applicano ai nuovi servizi o a seguito di personalizzazione di servizi già erogati.

3.1. Generalità

Per assicurare il controllo delle attività relative alla progettazione, sono state definite:

- il responsabile delle attività di progettazione (responsabile di progetto);
- le attività per l'acquisizione dei dati in ingresso relativi al progetto (dati e requisiti di base);
- la pianificazione delle attività (tempi, personale coinvolto e mansioni, risorse tecniche necessarie, modalità di controllo);
- lo sviluppo delle fasi di progettazione così come pianificate;
- il controllo dei risultati della progettazione (output).

Sono inoltre definite le attività di verifica e riesame della progettazione, nonché la gestione delle modifiche che si rendono necessarie a seguito di variazioni al progetto. Le attività sopra descritte sono registrate in appositi documenti di registrazione.

La documentazione di progettazione viene identificata con un codice univoco, stabilito dal Responsabile Progettazione all'atto dell'apertura della cartella progetto, all'interno della quale è conservata tutta la documentazione di progettazione. La cartella è archiviata presso il Responsabile Progettazione.

Nelle attività di orientamento la progettazione riguarda la progettazione del servizio sulla base degli standard e degli indirizzi definiti dalle norme, dai committenti pubblici e dai servizi per l'impiego.

Nelle attività sanitario-riabilitative la progettazione riguarda la terapia individuale sulla base degli standard definiti dai committenti pubblici (ATS) o dalla carta dei servizi. La documentazione è archiviata nella Cartella Clinica.

3.2. Pianificazione della progettazione

La pianificazione della progettazione ha lo scopo di individuare le fasi, i tempi e le figure responsabili di ogni fase.

Generalmente il piano di progettazione prevede le seguenti fasi:

- definizione delle specifiche di progettazione (requisiti di base);
- definizione delle specifiche di erogazione (requisiti di erogazione);
- definizione delle specifiche di controllo (requisiti di controllo e verifica dei risultati).

Per il controllo della progettazione degli interventi educativi, l'educatore referente per ogni utente, con la supervisione del responsabile del servizio, stabilisce gli obiettivi educativi che dovranno essere realizzati per l'utente ne stabilisce le modalità di attuazione, di riesame e di verifica.

Per il controllo della progettazione degli interventi riabilitativi, il medico referente di ogni utente, stabilisce gli obiettivi riabilitativi che devono essere realizzati per l'utente, (es. miglioramento o non peggioramento delle condizioni), ne stabilisce gli indicatori le modalità di attuazione, di riesame e di verifica.

Il responsabile progettazione stabilisce, in funzione della complessità, del progetto la frequenza dei controlli e dei riesami da effettuare, riportandone l'esito su apposita modulistica.

3.3. Elementi in ingresso alla progettazione

La base di partenza della progettazione di servizi educativi è rappresentata solitamente dalla raccolta, a cura del Responsabile Progettazione, di dati e informazioni, possibilmente documentate, sui seguenti aspetti:

- risultati dell'analisi dei fabbisogni e delle richieste del cliente (vedi sezione precedente);
- documenti di precedenti progetti, soprattutto in caso di richiesta di personalizzazione di un servizio già progettato;
- standard ed indirizzi del sistema dei servizi per la realizzazione dei servizi orientativi;

Per quanto riguarda il servizio alla persona, i coordinatori, in collaborazione con gli educatori, progettano gli interventi educativi a partire dall'analisi dei bisogni dell'utente, analisi che scaturisce dalla relazione iniziale, dal riesame dei progetti precedenti e dalla documentazione generalmente messa a disposizione dall'ente o istituzione che ha in carico il servizio, quando esistente.

Per i servizi sanitario-riabilitativi gli elementi in ingresso della progettazione sono la diagnosi di invio, gli esiti di esami e test, la visita medica iniziale, gli esiti di precedenti trattamenti.

In generale, è cura del responsabile della progettazione identificare e registrare gli obiettivi e i risultati attesi dal cliente nonché tutte le richieste del cliente, in relazione a contenuti, requisiti di ammissibilità al servizio, tempi, risorse, ecc., verificando che i requisiti siano completi, non ambigui e non in conflitto fra di loro.

I dati e i requisiti di base della progettazione sono registrati su apposita modulistica, anche diversa per i diversi servizi.

3.4. Sviluppo e controllo dei risultati (elementi in uscita dalla progettazione)

Lo sviluppo della progettazione consiste nella definizione delle specifiche di progettazione, erogazione e controllo, nonché nell'identificazione e nella disponibilità di tutte le componenti (materiali e professionali) necessarie per l'erogazione del servizio. Tali elementi costituiscono i risultati dell'attività di progettazione, che rappresentano i riferimenti vincolanti che la successiva fase di erogazione del servizio dovrà rispettare. Il responsabile progettazione, in collaborazione con le figure coinvolte nel progetto, definisce i risultati della progettazione raccogliendo le informazioni, possibilmente documentate, coerentemente con i dati e i requisiti di base, o riferendosi alla propria esperienza o facendo riferimento a progetti già esistenti. In questo caso, tutte le informazioni già sviluppate in precedenti progetti, possono essere citate come riferimento nel progetto in fase di sviluppo.

L'output della progettazione deve prendere in considerazione:

- i requisiti in ingresso e le modalità per la loro soddisfazione;
- la determinazione delle risorse necessarie, sia professionali che strutturali e le modalità per il loro approvvigionamento;
- le indicazioni sulle modalità ed i tempi di erogazione del servizio;
- le modalità per il controllo del servizio, compresi i criteri di accettazione;

La progettazione deve consistere sia nella definizione documentale delle specifiche di progettazione, erogazione e controllo (Scheda Progetto, Progetto –Formativo, Educativo o Riabilitativo- Individuale, ecc.), ma anche nella presenza delle risorse necessarie (es. personale qualificato, materiali ed ausili didattici, l'orientamento, per la terapia ecc.) o nella loro disponibilità.

La documentazione prodotta durante le attività di progettazione viene verificata, datata e firmata dal Responsabile Progettazione. Viene inoltre indicata la data dell'ultima revisione (vedi paragrafo successivo). Le fasi di sviluppo sono sottoposte a verifica e riesame, in base alla complessità del progetto.

Il Responsabile Progettazione in ogni caso organizza almeno:

una verifica di progetto, che riguarda la correttezza formale e di contenuto dei documenti emessi (specifiche di progettazione, di erogazione e di controllo);

un riesame di progetto, effettuato coinvolgendo l'intero gruppo di progettazione, allo scopo di accertare la reale rispondenza tra i risultati ottenuti, e già verificati, con quanto richiesto dal Cliente.

Per le attività di orientamento la verifica/riesame si riferisce alla progettazione del servizio.

Per le attività sanitario-riabilitative la verifica e il riesame sono registrati da tutti i componenti l'equipe riabilitativa (medico, coordinatore dei terapisti, terapisti e tecnici) sul documento progettuale.

Una volta risolta ogni necessaria modifica, il progetto viene approvato e diventa definitivo. È cura del Responsabile Progettazione archivarlo, in forma cartacea o elettronica.

Per quanto riguarda il servizio di Progetti alla Persona, gli obiettivi educativi sono determinati a partire dall'analisi dei bisogni dell'utente, e personalizzati sulle sue abilità, capacità ed autonomie. Inoltre per ogni progetto l'educatore Responsabile della Progettazione stabilisce le modalità di monitoraggio e verifica degli obiettivi, nonché i criteri di accettazione.

Ogni progetto educativo prevede le modalità e i tempi del riesame dello stesso. Il riesame viene effettuato dall'educatore referente, coordinato dal Responsabile del Servizio, e comunicato in riunioni periodiche durante le quali viene esaminato l'andamento del progetto educativo e delle strategie proposte, allo scopo di verificare la capacità delle strategie di raggiungere gli obiettivi previsti, la presenza di problemi eventualmente emersi e le azioni necessarie a risolverli o a migliorare i progetti stessi.

Ogni progetto educativo prevede le modalità di monitoraggio e verifica degli obiettivi, attraverso osservazioni sistematiche e verifiche periodiche, volte a valutare la coerenza degli obiettivi educativi previsti e delle strategie attuate con i bisogni individuati.

Ogni progetto riabilitativo prevede le modalità ed i tempi di erogazione, gli indicatori la modalità di documentazione degli interventi e degli eventi.

3.5. Gestione delle modifiche e validazione del progetto

Qualsiasi variazione apportata ad un progetto già dichiarato come concluso o approvato definitivamente dal Responsabile Progettazione, viene denominata modifica alla progettazione. Le modifiche alla progettazione possono avere diversa origine:

- segnalazione del Cliente in seguito a richieste di miglioramento del servizio;
- in occasione del riscontro di non conformità durante le normali attività di controllo e di monitoraggio;
- su segnalazione dei fruitori per specifiche esigenze (ad esempio di approfondimento di un argomento).

Il Responsabile Progettazione conduce un'analisi di fattibilità delle modifiche richieste, coinvolgendo, se possibile, il gruppo di sviluppo originario. Nel caso in cui siano giudicate fattibili, le modifiche vengono considerate nuovi dati d'ingresso per la progettazione, e come tali registrate. Allo stesso modo, devono essere annotati e/o evidenziati i cambiamenti apportati alla progettazione a seguito delle modifiche richieste. Il servizio fornito sulla base del progetto approvato che venga erogato almeno una volta e portato a termine senza che ci siano necessità di modifica, viene validato dal Responsabile Progettazione, mediante firma e data di validazione, riportata sui documenti di

progettazione.

Quando possibile la validazione di un intervento formativo può avvenire, prima dell'erogazione effettiva, attraverso la simulazione di erogazione ad una tipologia di partecipanti omogenea rispetto a quelli previsti. Tale forma di validazione sarà indicata sui documenti di progettazione. Analogamente, la validazione della progettazione può essere, quando possibile, effettuata sulla base di progetti simili già validati. Anche in questo caso la validazione sarà indicata nei documenti di progettazione.

Per quanto riguarda il servizio educativo, i progetti educativi e le attività pianificate sono oggetto di una verifica finale che consente di valutare l'efficacia delle azioni/strategie proposte nel raggiungere gli obiettivi educativi ed organizzativi previsti. In particolare la relazione dei progetti educativi permette di valutare se i bisogni dell'utente sono stati soddisfatti attraverso le strategie pianificate, ed è utilizzata come punto di partenza per la progettazione successiva.

Per il servizio sanitario-riabilitativo, i progetti e programmi sono oggetto di una validazione finale che consente al medico referente di valutare l'efficacia delle azioni condotte per raggiungere gli obiettivi riabilitativi previsti (es. miglioramento o non peggioramento delle condizioni). In particolare la validazione dei progetti riabilitativi permette di valutare se i bisogni dell'utente sono stati soddisfatti, ed è utilizzata come punto di partenza per la progettazione successiva.

L'attività operativa relativa alla progettazione del servizio è descritta nelle procedure P.FOR 02 Pianificazione e controllo della progettazione, P.ORI 01 Progettazione e realizzazione di servizi orientativi e P.EDU 01 Progettazione e realizzazione di progetti educativi e P. SAN 01 Servizio Sanitario-Riabilitativo e relative Istruzioni operative (es: Libro Mastro)

4. Approvvigionamento

La presente sezione del manuale della qualità descrive i processi di approvvigionamento relativamente ai materiali, ai servizi e alle professionalità esterne approvvigionate (es. docenti, educatori, medici e terapisti), che vengono utilizzati per fornire ai clienti i servizi richiesti, assicurandone la conformità ai requisiti.

Inoltre definisce i processi per la valutazione e la selezione dei fornitori, scelti sulla base della loro capacità di fornire servizi e prodotti conformi ai requisiti stabiliti, nonché le modalità per il controllo dei servizi/prodotti acquistati.

4.1. Generalità

Le risorse che possono influenzare direttamente o indirettamente la qualità del servizio erogato possono essere relative sia a beni che a servizi e alle professionalità necessarie all'erogazione del servizio. Per ognuna di queste tipologie sono state stabilite le modalità e le responsabilità per:

- la selezione, la valutazione, la qualificazione e la ri-qualificazione dei fornitori;
- l'identificazione dei dati e dei requisiti di acquisto;
- le modalità di approvazione dei dati di acquisto, prima della comunicazione al fornitore.

4.2. Informazioni per approvvigionamento

Il Responsabile Amministrativo (AMM) è responsabile della definizione dei requisiti di acquisto dei materiali e dei servizi necessari alle attività interessate. I Responsabili di Funzione collaborano con AMM per la definizione dei requisiti e delle condizioni contrattuali per i collaboratori esterni. Le richieste di acquisto sono scritte ed indicano tutte le informazioni necessarie ad identificare i requisiti richiesti.

Prima di essere comunicati al fornitore, generalmente via posta elettronica, i requisiti specificati sono verificati da

	<h1>MANUALE DELLA QUALITÀ</h1>	MQ Ed 2	
		Ed 2 - Rev.6 08/01/2024	Pag. 19 di 25

AMM per quanto riguarda la loro adeguatezza e riportati sull'ordine di acquisto.

4.3. Verifica dei prodotti/servizi acquistati

AIAS ha stabilito i controlli da effettuare sui servizi e prodotti acquistati per assicurare che siano conformi ai requisiti. Data la natura dei servizi e prodotti, i controlli in accettazione riguardano:

- Il controllo documentale dei titoli di studio, qualifiche professionali, specializzazioni ed esperienze pregresse dei collaboratori (consulenti, tirocinanti ecc.);
- il controllo delle della merce con i documenti di acquisto (ordine, documento di trasporto);
- l'integrità degli imballi;
- la data di scadenza dei prodotti (quando applicabile);
- la presenza di eventuale documentazione tecnica richiesta.

Il Responsabile Amministrativo registra l'esito della valutazione della fornitura sui documenti di acquisto. Tali valutazioni sono utilizzate come base dati per la valutazione periodica dei fornitori.

Il Responsabile Amministrativo ed i Responsabili di Funzione verificano le qualifiche professionali dei collaboratori (consulenti, tirocinanti ecc.)

La verifica sui servizi acquistati viene condotta dal personale che usufruisce di tali servizi, durante l'erogazione stessa; in caso di anomalia, viene compilato un modulo di Non Conformità sul quale sono riportate le cause della NC rilevata. Le NC raccolte forniscono a RGQ la base per l'effettuazione della valutazione dinamica dei fornitori di servizi.

I collaboratori esterni che hanno diretta influenza sulla qualità del servizio sono valutati allo stesso modo delle risorse umane interne, sulla base del Piano di Controllo predisposto per il servizio, secondo quanto riportato nelle Sezioni 1 e 5 del presente documento.

4.4. Valutazione dei fornitori

AIAS ha stabilito le modalità di qualificazione dei fornitori, in base alla loro capacità di fornire prodotti e servizi conformi ai requisiti stabiliti. Sono stati identificati i criteri di valutazione e qualificazione iniziale e periodica (qualificazione dinamica). La valutazione periodica dovrà essere effettuata per i fornitori con contratto annuale: prima della scadenza; per quelli con contratti pluriennali: in caso di "eventi/incidenti" e in previsione del rinnovo.

I fornitori utilizzati per più di tre anni diventano "fornitori storici" per i quali la valutazione si farà solo in caso di variazioni di contratto/servizio o in caso di "eventi/incidenti". Un fornitori per diventare storico deve essere qualificato per tre anni consecutivi. Il processo di valutazione e qualificazione si applica ai fornitori di materiali, servizi e professionalità esterne.

L'attività operativa relativa al processo di approvvigionamento è descritta nella procedura P.GQ 02 Approvvigionamento.

5. Controllo del processo di erogazione del servizio

La presente sezione del manuale della qualità descrive le modalità e le responsabilità per assicurare che le condizioni operative di erogazione del servizio siano definite e controllate. Sono stabilite, inoltre, le modalità e le responsabilità dei controlli da effettuare sul servizio erogato, prima durante e dopo l'erogazione.

Tutta la documentazione dei servizi realizzati viene archiviata in modo rintracciabile ed accessibile in formato cartaceo e/o informatico.

I progetti educativi sono identificati mediante il nome dell'utente, il nome dell'educatore e la data di avvio del progetto.

I progetti sanitario-riabilitativi sono identificati mediante il nome dell'utente, cifrato a maggior garanzia della Privacy.

5.1. Coordinamento e controllo del processo

Le fasi di coordinamento e controllo del processo di erogazione del servizio comprendono le seguenti attività:

5.2. Programmazione e gestione operativa delle attività

Il Responsabile del Servizio programma le attività, coordinando e verificando la presenza di tutti gli elementi necessari, stabiliti in fase di progettazione o comunque necessari alla corretta gestione del servizio. L'esito della programmazione è registrato su apposita modulistica. I requisiti e le caratteristiche del servizio sono descritte nei documenti di progettazione del servizio.

Nei servizi di orientamento la programmazione e la gestione operativa delle attività vengono svolte:

- Nella fase di avvio del progetto, per i servizi finanziati dai servizi pubblici;
- Semestralmente, per i servizi realizzati direttamente per clienti/utenti individuali o su commessa privata.

Nei servizi sanitario-riabilitativi la programmazione delle attività avviene tenendo conto della disponibilità di terapisti, di sale e per quanto possibile delle esigenze degli utenti.

5.3. Controllo dell'erogazione

Il responsabile identificato in fase di progettazione effettua i controlli stabiliti sul Piano di Controllo predisposto dal Responsabile Progettazione in fase di definizione del progetto. Il Piano di Progettazione può riferirsi ad un piano standard o ad un piano specifico per il servizio, comunque definito in fase di progettazione. I controlli sono effettuati prima dell'erogazione del servizio (controlli iniziali), durante la fase di erogazione (controlli in processo) e dopo l'erogazione (controlli *ex-post*). L'attività di controllo riguarda sia gli aspetti relativi ai requisiti del servizio stabiliti in fase di progettazione ed attesi dal cliente, sia la valutazione delle risorse (interne ed esterne) coinvolte nel processo di erogazione.

L'attività operativa relativa al processo di erogazione del servizio è descritta nella procedura P.FOR 03 Controllo del processo di erogazione della formazione e P.ORI 01 Progettazione e realizzazione di servizi orientativi.

Per quanto riguarda i processi educativi, il controllo del processo è demandato sia all'educatore che al Responsabile del Servizio. L'educatore si assicura che l'erogazione delle attività avvenga coerentemente con quanto stabilito in fase di progettazione (progetto educativo), effettuando i controlli e le verifiche stabilite dal progetto, sia tramite osservazioni mirate durante l'erogazione delle attività previste, sia mediante l'analisi dei materiali eventualmente prodotti dagli utenti durante lo svolgimento delle attività (es. elaborati scritti, disegni, utilizzo di software, esercitazioni, ecc.). L'esito dei controlli è documentato. Il Responsabile del Servizio effettua uno o più colloqui con l'educatore responsabile dell'utente, allo scopo di verificare che il progetto si svolga come pianificato e che non insorgano problematiche di tipo organizzativo o professionale. Anche l'esito di tale controllo è documentato. L'attività operativa relativa al processo di erogazione del servizio è descritta nella procedura P.EDU 01 Progettazione ed erogazione di progetti educativi.

Per i processi sanitario-riabilitativi il controllo del processo è demandato in prima battuta all'operatore (terapista, segreteria) ed in secondo momento al Medico referente del paziente.

5.4. Monitoraggio delle risorse interne ed esterne

Il Piano di Controllo stabilisce le modalità e i criteri di valutazione delle risorse umane interne ed esterne impiegate nel servizio. Tale valutazione viene svolta dal responsabile di Funzione ed utilizzata per stabilire la qualificazione periodica (dinamica) delle risorse umane.

Sulla base dell'esito della valutazione, infatti, viene deciso se la risorsa esterna continua a far parte dei fornitori qualificati di AIAS oppure no. Allo stesso modo si decide se la risorsa interna sia adeguata a svolgere attività legate all'erogazione del servizio.

5.5. Rilevazione della Customer e Employee satisfaction

I Questionari di customer satisfaction possono essere differenziati tra le diverse tipologie di clienti: Committenti e persone fisiche, (partecipanti ai corsi, pazienti/Utenti ...)

- Un operatore dell'area sanitaria invia il questionario di customer satisfaction per monitorare il livello di gradimento complessivo del servizio e il soddisfacimento delle aspettative, dell'efficienza dell'organizzazione e dei servizi di supporto. I dati vengono elaborati da un operatore indicato dal Consiglio e riportati al riesame della direzione.
- L'area sociale somministra, in collaborazione la customer ai Committenti (Comuni, scuole) e riporta i dati al riesame della direzione.

I Questionari di employee satisfaction sono differenziati tra le diverse aree di appartenenza. Ogni responsabile somministra i questionari alla sua area indipendentemente dal contratto con AIAS. I dati sono elaborati da RGQ e presentati mediante riunioni in plenaria a tutti i dipendenti oltre ad essere elementi in ingresso del riesame della direzione.

5.6. Controllo degli strumenti di monitoraggio

Gli strumenti di monitoraggio utilizzati durante le fasi di controllo del processo sono rappresentati principalmente dai documenti mediante i quali viene monitorata l'efficacia del processo di erogazione del servizio (piano di controllo, indicatori questionari di customer satisfaction, employee satisfaction e valutazione risorsa). Tali strumenti sono riesaminati con cadenza *almeno triennale nel corso delle Riunioni del Riesame* ed eventualmente modificati, per adeguarli, alle mutate esigenze di misurazione e valutazione. RGQ è responsabile dell'attività di controllo degli strumenti di monitoraggio, e della conseguente attività di aggiornamento necessaria.

5.7. Validazione del processo di erogazione dell'attività formativa ed orientativa

I processi di erogazione del servizio descritti nel presente manuale della qualità sono validati tramite il monitoraggio effettuato prima, durante e dopo l'erogazione del servizio progettato, così come descritto nei paragrafi precedenti. Tramite tale monitoraggio, viene stabilita la capacità dei processi operativi di conseguire i risultati pianificati, ovvero di ottemperare ai requisiti stabiliti in fase di progettazione o comunque in fase di pianificazione del servizio.

5.8. Validazione del processo di erogazione dell'attività Sanitario-riabilitativa

I processi di erogazione del servizio sanitario riabilitativo sono validati con il Cliente Committente (ATS) in incontri periodici, anche in occasione dei controlli che lo stesso Committente esercita direttamente.

6. Controllo della documentazione e dei dati

La presente sezione del manuale della qualità descrive le modalità necessarie a tenere sotto controllo i documenti e

le registrazioni della qualità richiesti dal Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), comprese quelli necessari a descrivere i processi dell'Ente.

6.1. Generalità

Il sistema di gestione per la qualità adottato da AIAS comprende i seguenti documenti:

- il Manuale della Qualità;
- i documenti necessari a descrivere l'organizzazione e i relativi processi (organigramma diagrammi di flusso, istruzioni operative, carte dei servizi ecc.);
- le procedure documentate;
- le registrazioni necessarie a dare evidenza della conformità del funzionamento dei processi individuati dal sistema di gestione per la qualità (documenti di registrazione della qualità).

6.2. Manuale della Qualità

AIAS ha predisposto il Manuale della Qualità (il presente documento) allo scopo di documentare le modalità di attuazione, controllo e miglioramento del sistema di gestione per la qualità.

Tali prescrizioni sono approvate e rese operative per tutto il personale, da parte del *Presidente* che sottoscrive il manuale e le sue successive revisioni.

Il manuale della qualità contiene:

- il campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità;
- il riferimento alle procedure documentate richieste dal sistema di gestione per la qualità;
- la descrizione dei processi individuati e la loro interazione.

Il manuale della qualità viene gestito in modo controllato (ad eccezione dei casi particolari descritti nell'apposita procedura di gestione della documentazione) secondo le modalità descritte nel successivo paragrafo.

6.3. Tenuta sotto controllo dei documenti

Tutti i documenti facenti parte del sistema di gestione per la qualità sono tenuti sotto controllo, compresi:

- il Manuale della Qualità;
- i documenti di descrizione e controllo dei processi gestionali e operativi;
- le procedure documentate richieste dalla norma UNI EN ISO 9001:2015;
- i documenti di registrazione della qualità.

AIAS ha predisposto e mantiene aggiornata una procedura documentata (P.GQ 01 Sistema qualità e controllo dei documenti e dei dati) per il controllo dei documenti del sistema di gestione per la qualità. Tale procedura stabilisce le modalità e le responsabilità per:

- l'approvazione dei documenti e la loro adeguatezza, prima della loro emissione;
- il riesame, l'aggiornamento e la riapprovazione dei documenti;
- l'identificazione delle modifiche e dello stato di revisione dei documenti;
- l'accesso all'area elettronica dove sono depositate tutte le versioni operative dei documenti;
- il controllo e la distribuzione dei documenti di origine esterna;
- l'identificazione dei documenti obsoleti, allo scopo di prevenirne l'utilizzo improprio.

6.4. Tenuta sotto controllo delle registrazioni

AIAS MILANO ha predisposto una procedura documentata (P.GQ 01 Sistema qualità e controllo dei documenti e dei dati) per stabilire le modalità e le responsabilità di identificazione, archiviazione, reperibilità, protezione, dei documenti di registrazione, nonché la durata di conservazione e le modalità di eliminazione.

7. Monitoraggi e misurazioni

La presente sezione del manuale della qualità descrive le modalità identificate ed attuate da AIAS per il monitoraggio, la misurazione e l'analisi dei processi per:

- dimostrare la conformità del servizio erogato;
- assicurare la conformità del SGQ;
- migliorare in modo continuo l'efficacia del SGQ.

Sono identificati i metodi applicabili di raccolta ed analisi dei dati.

7.1. Soddisfazione del Cliente

AIAS ha stabilito le modalità per la misurazione della percezione del cliente su quanto i suoi requisiti siano stati soddisfatti nell'erogazione del servizio (soddisfazione del cliente). Per questo sono stati predisposti gli opportuni strumenti di indagine (questionari) che valutano sia la soddisfazione del fruitore diretto del servizio che del committente (in caso di due soggetti separati). Le modalità di gestione del rilevamento e della valutazione della soddisfazione del cliente sono riportati nella procedura P.FOR 03 Controllo del processo di erogazione della formazione e P.ORI 01 Progettazione e realizzazione di servizi orientativi. Per quanto riguarda il Servizio di Progetti alla Persona, sono stati predisposti i questionari per valutare la soddisfazione dei soggetti coinvolti nei progetti: committenti, utenti (quando possibile), altri soggetti coinvolti. Inoltre sono attivate modalità alternative per misurare la soddisfazione dei soggetti coinvolti (es. colloqui, interviste, ecc.). I dati sono raccolti ed elaborati a cura del Responsabile del Servizio, che li presenta a RGQ e alla Direzione. E' stato inoltre elaborato un questionario per la valutazione della soddisfazione degli educatori del servizio.

Per quanto riguarda il servizio sanitario-riabilitativo, viene rilevata la soddisfazione del Cliente/ Utente, rispettivamente in occasione delle verifiche condotte periodicamente e la soddisfazione espressa con appositi questionari per gli utenti.

7.2. Verifiche ispettive interne

AIAS effettua verifiche ispettive interne per valutare *il rispetto delle procedure*, i punti di forza e le aree di miglioramento dell'organizzazione e la conformità ai requisiti della norma di riferimento.

RGQ è responsabile della preparazione di un programma di verifiche ispettive interne, che tenga conto dell'importanza dei processi e delle aree oggetto di verifica e dei risultati delle precedenti verifiche ispettive interne, affinché ogni processo del SGQ sia sottoposto a verifica almeno una volta all'anno. Il programma prevede la determinazione dei criteri, dell'estensione della frequenza e delle modalità di esecuzione delle verifiche ispettive interne. Inoltre sono stati stabiliti opportuni criteri per la scelta dei valutatori esecutori delle verifiche, in modo da assicurare l'obiettività e l'imparzialità del processo di verifica. I valutatori sono scelti con criteri di indipendenza rispetto alla loro area di appartenenza nell'organizzazione, in modo tale da non poter verificare il proprio lavoro. I responsabili delle aree sottoposte a verifica ispettiva si assicurano che siano adottate le azioni necessarie ad eliminare le eventuali non conformità (e le relative cause) rilevate. Inoltre si assicurano che siano pianificate e messe in atto successive verifiche dell'attuazione delle azioni predisposte e la comunicazione dei risultati di tale verifica. I processi o le attività, che dimostrano ripetute discrepanze con il SGQ e che hanno maggior impatto sulla qualità percepita dal cliente, devono essere verificate più frequentemente. I risultati delle verifiche ispettive interne sono registrati e il rapporto deve indicare le non conformità rilevate, le eventuali azioni correttive concordate, le

responsabilità ed il tempo entro il quale l'azione correttiva sarà attuata e verificata. RGQ provvede a verificare l'efficacia dei risultati delle azioni correttive. L'attività delle verifiche ispettive interne è regolata dalla procedura P.GQ 06 Verifiche Ispettive Interne.

7.3. Monitoraggio e misurazione dei processi

AIAS ha definito gli strumenti di misurazione e monitoraggio per stabilire se i processi del servizio forniscono risultati in linea con gli obiettivi stabiliti e rispondono alle specifiche di erogazione del servizio. In caso di obiettivi non raggiunti il RGQ deve identificare ed attuare opportuni piani di miglioramento. Il monitoraggio dei processi è svolto mediante le verifiche ispettive interne e mediante gli indicatori di efficacia messi a punto da RGQ. Tali indici sono riportati nel verbale del riesame della direzione.

7.4. Gestione delle Non Conformità

Tutto il personale di AIAS ha la responsabilità di rilevare le non conformità (*compresi i reclami*) in qualunque fase del processo, affinché vengano intraprese le relative azioni correttive e/o migliorative. Il RGQ ha la responsabilità dell'analisi delle non conformità, dell'individuazione delle azioni correttive e della verifica della chiusura delle non conformità *e della risposta ai reclami*. Queste attività e la loro efficacia sono elementi in ingresso per il riesame della direzione. AIAS ha predisposto e mantiene aggiornata una procedura documentata per assicurare la corretta gestione delle non conformità riscontrate, sia sui prodotti (es. prodotti acquistati, apparecchiature, ecc.) che sui servizi erogati. La descrizione delle non conformità e le susseguenti azioni intraprese sono registrate su apposita modulistica. L'attività è regolata dalla procedura P.GQ 05 Gestione delle non conformità.

7.5. Analisi dei dati

AIAS raccoglie e analizza i dati per stabilire l'adeguatezza e l'efficacia del SGQ e per ottenere informazioni relative:

- alla conformità e alla soddisfazione dei requisiti del cliente;
- alle caratteristiche dei processi operativi, servizi e loro andamento;
- alla capacità dei fornitori.

Mediante l'analisi dei dati la Direzione individua gli interventi per i possibili miglioramenti e per mantenere il SGQ conforme alla norma di riferimento e alle aspettative dei clienti. La valutazione viene effettuata mediante:

- dati numerici, raffrontati agli obiettivi;
- raffronti in %;
- rappresentazione grafica dei risultati acquisiti nei vari periodi di osservazione, raffrontati agli obiettivi;
- altre tecniche di raccolte e rappresentazione dei dati, di volta in volta identificate.

I risultati ottenuti vengono utilizzati da AIAS per apportare i necessari miglioramenti ai processi descritti nel presente manuale.

8. Miglioramento

La progettazione del processo di miglioramento del SGQ di AIAS è una procedura che si sviluppa parallelamente alle procedure già esistenti ma allo stesso tempo è fortemente integrato ad essi dal momento che la loro capacità in termini di efficacia, opportunamente misurata tramite indicatori di performance adeguati, costituisce il suo input principale.

Il miglioramento di un processo ha lo scopo di incrementarne la capacità di raggiungere gli obiettivi fissati attraverso la definizione, di input, output, vincoli e risorse. *Vincoli* Anche il processo di miglioramento continuo, come tutti gli altri, necessita di vincoli che ne guidino e favoriscano lo sviluppo durante le varie fasi della sua

esecuzione e che possono essere individuati con i seguenti elementi:

- Politica per la Qualità
- Obiettivi del miglioramento della Qualità
- Valori, atteggiamenti e comportamenti

Risorse Nessun processo può svilupparsi senza un'adeguata pianificazione e messa a disposizione delle risorse necessarie per la sua attuazione. Il miglioramento si attua con pochi e modesti investimenti finanziari ma che, comunque, devono essere individuati e resi disponibili facendo leva essenzialmente sulla partecipazione diffusa e il coinvolgimento ad ogni livello dell'organizzazione di tutti i suoi membri che, col loro impegno, dedizione e know-how, finiscono per diventare la risorsa principale del processo.

Le azioni orientate al miglioramento si distinguono in:

8.1. Miglioramento continuo

Tutti processi descritti dal SGQ vengono gestiti in ottica di miglioramento continuo. La Direzione ha individuato nella gestione dei seguenti strumenti le opportunità di miglioramento effettivo del SGQ:

- riesame della direzione;
- analisi dei risultati delle verifiche ispettive interne;
- misurazioni dei processi/servizi e della soddisfazione dei clienti (customer satisfaction);
- misurazione della soddisfazione degli operatori impiegati nei processi/servizi (employee satisfaction);
- rispetto della politica della qualità e degli obiettivi della qualità determinati.

Il riesame della direzione viene fatto una volta all'anno a seguito degli audit interni.

8.2. Azioni correttive

AIAS ha predisposto e mantiene aggiornata una procedura documentata (P.GQ05 Gestione delle non conformità/Azioni Correttive/Azioni Preventive) per la gestione delle azioni correttive, individuate ed attuate per di eliminare le cause delle non conformità riscontrate. La procedura contiene le modalità per:

- l'individuazione e il riesame delle non conformità, compresi i reclami dei clienti, e delle relative cause;
- la valutazione delle esigenze di attuare azioni per evitare il ripetersi di non conformità;
- l'individuazione, l'attuazione e la registrazione dei risultati delle azioni attuate;
- la verifica dell'efficacia (riesame) delle azioni attuate.

La procedura identifica, inoltre, le responsabilità per l'attuazione delle modalità descritte sopra.

8.3. Azioni migliorative

AIAS ha predisposto e mantiene aggiornata una procedura documentata (P.GQ05 Gestione delle non conformità/Azioni Correttive/Azioni Preventive) come per le azioni correttive. Lo scopo è quello individuare e di eliminare le cause di potenziali non conformità, per evitare che queste si verifichino ancora.

La procedura contiene le modalità per:

- la valutazione delle esigenze di attuare azioni migliorative a seguito di non conformità rilevate o reclami;
- l'individuazione di azioni di miglioramento;
- la registrazione dei risultati delle azioni attuate;
- la verifica dell'efficacia (riesame) delle azioni attuate.

La procedura identifica, inoltre, le responsabilità per l'attuazione delle modalità descritte sopra.