

Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA

*RINA Services SpA
13/5/16
Jana Jotzel*

MANUALE QUALITÀ

Riferimenti : UNI EN ISO 9001:2008

REVISIONE 0 DEL 10.01.2014



RINA Services SpA
Roberto Rega
Div. Certificazione e Servizi

13/5/14

COPIA CONTROLLATA N°

COPIA NON CONTROLLATA N°

EMESSO DA:
RESPONSABILE QUALITÀ (RQ)

Roberto Rega

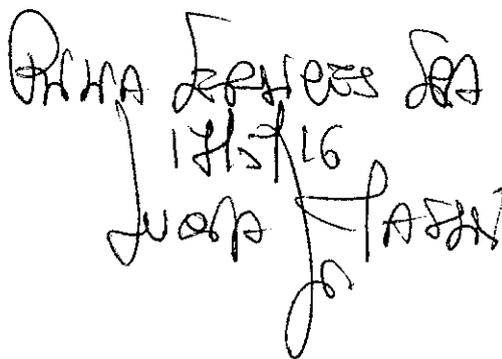
VERIFICATO ED/ APPROVATO DA:
PRESIDENTE C.D.A.

per la C.D.A.

Indice

Indice.....	2
Allegati al Manuale Qualità.....	4
0. GENERALITÀ, ORGANIZZAZIONE E PRINCIPALI PROCESSI.....	5
0.1 GENERALITÀ E MISSION.....	5
0.2 DESCRIZIONE GENERALE DEI PROCESSI.....	5
0.3 COMPATIBILITÀ CON ALTRI SISTEMI DI GESTIONE.....	6
0.4 INTERAZIONE TRA I PROCESSI.....	6
1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	7
1.1 SCOPO.....	7
1.2 APPLICAZIONE.....	7
2. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	8
3. TERMINI E DEFINIZIONI.....	9
4. SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ (SGQ).....	11
4.1 REQUISITI GENERALI.....	11
4.2 REQUISITI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE.....	12
4.2.1 Tipologie di documenti.....	12
4.2.1.1 Documentazione di origine interna.....	12
4.2.1.2 Documentazione di origine esterna.....	13
4.2.1.3 Identificazione dei documenti.....	13
4.2.1.4 Contenuto dei documenti.....	13
4.2.2 Tenuta sotto controllo dei documenti.....	14
4.2.2.1 Emissione: redazione, verifica ed approvazione.....	14
4.2.2.2 Modifica e revisione.....	14
4.2.2.3 Diffusione interna.....	14
4.2.2.4 Diffusione esterna.....	15
4.2.2.5 Gestione dei documenti superati.....	15
4.2.3 Protezione della documentazione.....	15
5. RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE.....	16
5.1 IMPEGNO DELLA DIREZIONE.....	16
5.3 POLITICA PER LA QUALITÀ.....	16
5.5 RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ E COMUNICAZIONE.....	18
5.5.1 Organizzazione.....	18
5.5.2 Rappresentante della Direzione.....	18
5.5.3 Comunicazione.....	19
5.6 RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE.....	19
5.6.1 Requisiti Generali.....	19
5.6.1.1 Rapporto Annuale sullo stato della qualità.....	19
5.6.1.2 Riesame Annuale del sistema di gestione per la qualità.....	20
6. GESTIONE DELLE RISORSE.....	21
6.1 MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE.....	21
6.2 RISORSE UMANE.....	21
6.2.1 Requisiti minimi per il personale.....	21
6.2.2 Competenza, formazione – addestramento, consapevolezza.....	21
6.3 INFRASTRUTTURE.....	22
6.4 AMBIENTE DI LAVORO.....	22
7 – EROGAZIONE DEL SERVIZIO.....	23
7.1 PIANIFICAZIONE DELLA EROGAZIONE DEL SERVIZIO.....	23
7.2 PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE.....	24
7.2.1 Determinazione dei requisiti relativi al servizio.....	24
7.2.2 Riesame dei requisiti relativi al servizio.....	24
7.2.3 Comunicazione con il cliente e gestione reclami.....	25
7.3 PROGETTAZIONE E SVILUPPO.....	25
7.3.1 Pianificazione del progetto.....	26
7.3.2 Elementi in ingresso alla progettazione.....	26
7.3.3 Elementi in uscita dalla progettazione.....	26

7.3.4	Riesame e verifica del progetto	26
7.3.5	Validazione del progetto.....	27
7.3.6	Modifiche alla progettazione	27
7.4	APPROVVIGIONAMENTO.....	27
7.4.1	Processo di approvvigionamento	27
7.4.2	Fornitori qualificati.....	28
7.4.2.1	<i>Criteri di qualificazione</i>	28
7.4.3	Gestione degli ordini ai fornitori	29
7.4.3.1	<i>Richiesta di offerta</i>	29
7.4.3.2	<i>Ordini</i>	29
7.4.3.3	<i>Riesame dell'ordine</i>	30
7.4.4	Verifica dei prodotti e dei servizi approvvigionati	30
7.5	EROGAZIONE DEI SERVIZI	31
7.5.1	Tenuta sotto controllo della erogazione del servizio	31
7.5.1.1	<i>Descrizione dei processi di erogazione del servizio</i>	31
7.5.2	Validazione dei processi.....	32
7.5.3	Identificazione e rintracciabilità	32
7.5.4	Proprietà del cliente.....	32
7.5.5	Conservazione	33
7.6	TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE APPARECCHIATURE DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE.....	33
8	MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO.....	34
8.1	GENERALITÀ	34
8.2	MONITORAGGI E MISURAZIONI	34
8.2.1	Soddisfazione del cliente	34
8.2.2	Audit interni.....	35
8.2.2.1	<i>Pianificazione degli audit interni</i>	35
8.2.2.2	<i>Scelta dei verificatori per la conduzione degli audit interni</i>	35
8.2.2.3	<i>Preparazione e comunicazione degli audit interni</i>	35
8.2.2.4	<i>Esecuzione degli audit interni</i>	35
8.2.2.5	<i>Rapporto di audit interno</i>	36
8.2.2.6	<i>Verifica dell'attuazione e dell'efficacia delle azioni correttive intraprese</i>	36
8.2.3	Monitoraggio e misurazione dei processi	37
8.2.4	Monitoraggio e misurazione dei servizi.....	37
8.3	TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI PRODOTTI/SERVIZI NON CONFORMI.....	37
8.3.1	Generalità	37
8.3.2	Classificazione.....	37
8.3.3	Segnalazione.....	38
8.3.4	Trattamento	38
8.3.5	Esito del trattamento.....	38
8.3.6	Azioni successive	39
8.3.7	Registrazione delle NC emesse.....	39
8.4	ANALISI DEI DATI	39
8.5	MIGLIORAMENTO	40
8.5.1	Miglioramento continuo	40
8.5.2	Azioni correttive e preventive	40


 Luca Fasani
 12/12/16

Allegati al Manuale Qualità

Tabella A: Tabella di corrispondenza tra la UNI EN ISO 9001:2008 ed il Manuale Qualità

Tabella B: Elenco modifiche al Manuale Qualità

Allegato MQ_42R – Elenco documentazione

Allegato MQ_53D – Politica per la Qualità

Allegato MQ_551D – Organigramma

Allegato MQ_552D – Nomina Rappresentante della Direzione

Allegato MQ_62D – Requisiti minimi, competenze, mansioni del personale

Allegato MQ_62P – Flusso di processo: Gestione del personale

Allegato MQ_72P – Flusso di processo: Acquisizione utente

Allegato MQ_72D – Carta dei Servizi

Allegato MQ_74P – Flusso di processo: Approvvigionamenti

Allegato MQ_75P – Flusso di processo: Erogazione dei servizi

0. GENERALITÀ, ORGANIZZAZIONE E PRINCIPALI PROCESSI

0.1 GENERALITÀ E MISSION

Per una migliore descrizione del Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA e dei suoi servizi, invitiamo a consultare la nostra CARTA DEI SERVIZI, riportata in Allegato 72D al Manuale.

0.2 DESCRIZIONE GENERALE DEI PROCESSI

I processi individuati si suddividono in Principali e di Supporto:

- processi principali sono quelli diretti alla erogazione del servizio, che si interfacciano direttamente con il cliente e l'utente sia a monte, pianificazione ed erogazione del servizio sulla base dei requisiti richiesti dal cliente e stabiliti dal Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA, che a valle, analisi dei risultati raggiunti dall'utente e della soddisfazione del cliente;
- processi di supporto sono quelli che permettono ai processi principali di essere sempre adeguati alla loro finalità e sono di seguito descritti.

I processi principali sono:

- acquisizione dell'utente;
- gestione reclami e disservizio;
- presa in carico dell'utente ed erogazione del servizio;
- soddisfazione del cliente.

I processi di supporto ai principali sono:

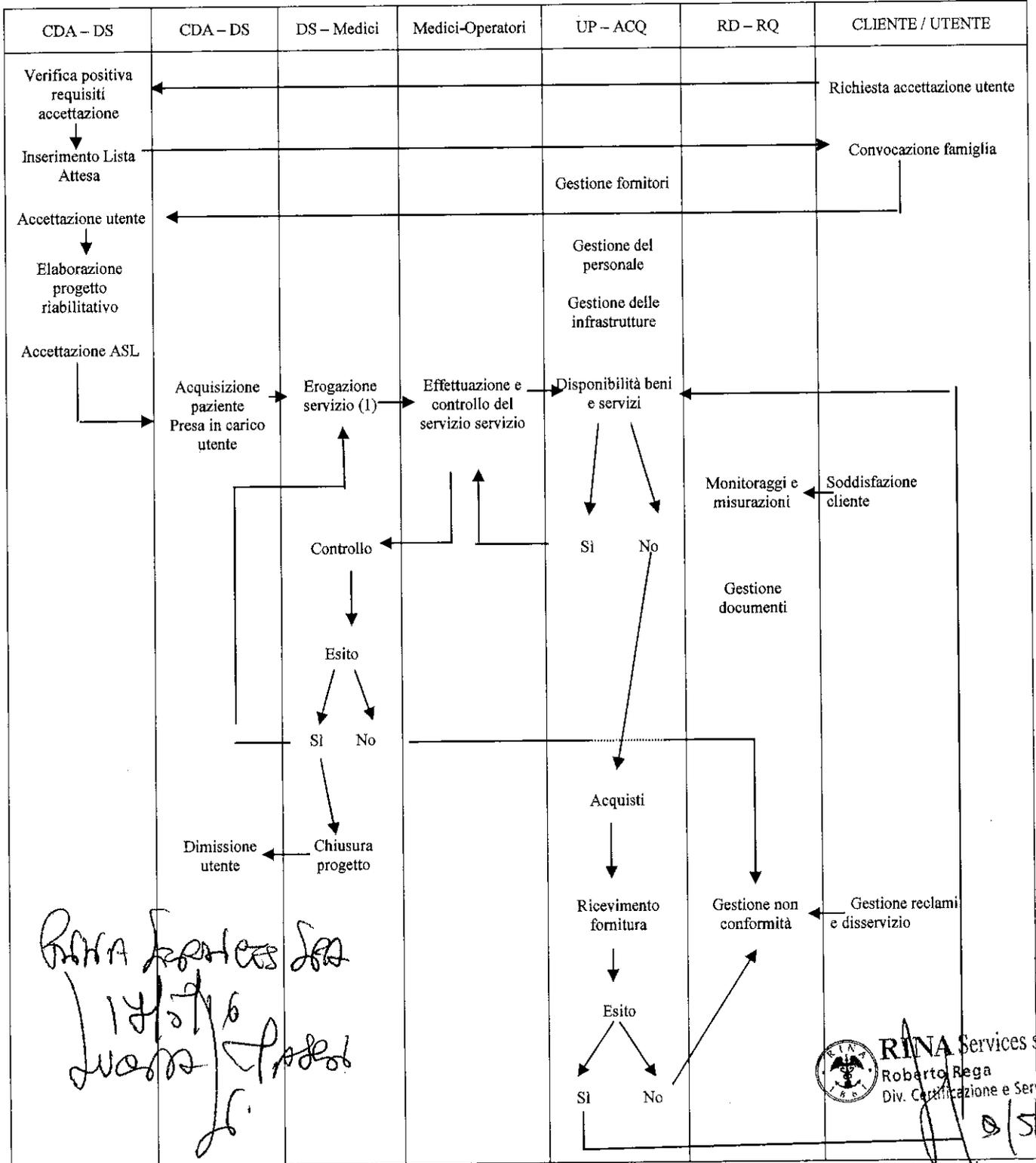
- gestione dei fornitori di prodotti e servizi;
- gestione degli acquisti di prodotti ed acquisizione dei servizi;
- controllo delle forniture di prodotti e servizi;
- identificazione e conservazione delle attrezzature e della documentazione di lavoro;
- gestione della documentazione e delle registrazioni;
- definizione ed attuazione della politica per la qualità, tramite la definizione dei processi e del loro monitoraggio continuo e dell'organigramma interno;
- definizione delle responsabilità, delle competenze e delle mansioni delle funzioni;
- comunicazione interna;
- monitoraggio della soddisfazione del cliente/utente;
- gestione del personale;
- gestione delle infrastrutture di lavoro (mezzi, attrezzature, locali e loro manutenzione);
- monitoraggio dell'ambiente di lavoro;
- autocontrollo del Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), tramite effettuazione di audit interni e la gestione delle non conformità, azioni correttive e preventive.

Tutti i processi sopra descritti sono finalizzati all'ottenimento degli obiettivi prefissati nella erogazione dei servizi, della soddisfazione del cliente/utente e ad un'efficace ed efficiente gestione del Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA, nel rispetto di tutte le prescrizioni cogenti in vigore. Una rappresentazione della interazione esistente tra i processi principali e di supporto è riportata al paragrafo 0.4.

0.3 COMPATIBILITÀ CON ALTRI SISTEMI DI GESTIONE

Il SGQ del Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA non è un Sistema di Gestione Integrato in quanto non sono state applicate tutte le prescrizioni previste dalle altre norme di riferimento. Tuttavia sono state predisposte tutte le prescrizioni scritte e gli adempimenti previsti dalla sicurezza.

0.4 INTERAZIONE TRA I PROCESSI



(1) erogazione servizi di riabilitazione in regime domiciliare, semiresidenziale ed ambulatoriale per persone adulte ed in età evolutiva

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

1.1 SCOPO

Il Manuale della Qualità descrive le modalità in cui l'organizzazione si è strutturata sotto il profilo organizzativo, funzionale e tecnico, allo scopo di assicurare che i servizi erogati al cliente siano conformi ai requisiti espressi e/o impliciti da esso specificati nel contratto o negli accordi di lavoro. L'introduzione del Manuale ha come obiettivo primario la regolamentazione dei processi aziendali, quale strumento guida per l'ottimizzazione interna delle risorse, parallelamente alla definizione di obiettivi di natura qualitativa (riduzione delle situazioni di non conformità) e strategica (crescita dell'organizzazione), che creino i presupposti per un processo di miglioramento continuo e attuabile.

Il presente Manuale della Qualità vuole essere dunque un riferimento documentale che permetta:

- a coloro che operano all'interno o per conto del "Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA" di lavorare per migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi aziendali;
- agli esterni, che vorranno instaurare rapporti concreti di collaborazione, di riconoscere al "Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA" la capacità di erogare servizi che ottemperino ai requisiti del cliente e a quelli cogenti, relativi alla normativa applicabile;
- di dimostrare agli enti preposti la conformità dei processi, dei servizi e delle azioni rispetto alle dichiarazioni dell'organizzazione, attraverso i documenti di registrazione.

Tra gli obiettivi che l'organizzazione si pone, il SGQ mira ad elevare la cultura della qualità nelle persone che operano, coinvolgendole necessariamente nella conoscenza e nella gestione del sistema stesso, cosicché tutti possano partecipare attivamente al progetto di miglioramento continuo per aumentare il soddisfacimento delle esigenze e delle aspettative dei clienti.

1.2 APPLICAZIONE

"Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA" applica il SGQ descritto nel presente Manuale alle seguenti attività:

PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE DI PRESTAZIONI RIABILITATIVE PER PERSONE ADULTE ED IN ETÀ EVOLUTIVA CON DISABILITÀ COMPLESSA IN REGIME SEMIRESIDENZIALE, AMBULATORIALE E DOMICILIARE

Tutti i punti della norma UNI EN ISO 9001:2008 sono ritenuti applicabili.

Roberto Rega
12/15/16
Laura Passarè



RINA Services SpA
Roberto Rega
Div. Certificazione e Servizi

Roberto Rega

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

La Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA, come tutte le organizzazioni, è sempre più soggetta al rispetto di requisiti di terze parti (norme, leggi, ecc...), che quasi sempre la condizionano nelle sue scelte organizzative.

E' pertanto applicato un processo di gestione dei documenti contenenti tali requisiti, che preveda la ricerca, l'identificazione, la verifica periodica della validità e la conoscenza dei soggetti interessati e informati di tali documenti.

La gestione della documentazione può avvenire anche tramite supporti informatici.

Le norme volontarie e cogenti di riferimento del "Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA" sono riportate in **Allegato MQ_42R**.

Delle norme volontarie di cui all'Allegato richiamato, il "Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA" si impegna a rispettare solo le prescrizioni applicabili della ISO 9001:2008; le prescrizioni delle rimanenti norme sono utilizzate solo come riferimento e "Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA" non si assume alcun impegno a rispettarle integralmente.

Le norme cogenti richiamate sono rispettate per quanto applicabile al "Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA" ed ai servizi erogati.

RQ ha la responsabilità dell'aggiornamento, della diffusione agli interessati e della conservazione delle norme di riferimento, così come specificato in **Allegato MQ_42R**

Il rispetto delle prescrizioni di legge (normativa cogente) necessita di metodologie per identificare, avere a disposizione e comprendere tutte le prescrizioni legali e di altro tipo che sottoscrive l'organizzazione e che sono direttamente correlate alla qualità del servizio erogato.

La normativa cogente è relativa a:

- normativa tecnica, leggi, prassi amministrativa, giurisprudenza, quesiti e pubblicazioni, contratti collettivi di lavoro, gestione dei formulari per i rifiuti, descrizione delle sanzioni, scadenziario degli adempimenti di legge, contratti di locazione e di fornitura

La normativa cogente di interesse al "Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA" può essere così distinta:

- autorizzazioni, licenze, accreditamenti, permessi per l'esercizio dell'attività;
- requisiti minimi e competenze del personale;
- normativa ambientale e sulla sicurezza di applicazione generale, in modo particolare alla gestione della documentazione tecnica e di sicurezza relativa alle attrezzature ed ai prodotti utilizzati.

3. TERMINI E DEFINIZIONI

Il significato dei termini contenuti nel presente Manuale corrisponde a quello riportato nella norma UNI EN ISO 9000:2005.

In particolare si precisa che i seguenti termini, utilizzati nella presente edizione della UNI EN ISO 9001 per descrivere la catena di fornitura, sono stati modificati per uniformarsi alla terminologia di uso corrente:

fornitore → **organizzazione** → **cliente** → **utente**

Il termine “organizzazione” identifica il “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA”, a cui si applica la presente norma internazionale.

Il termine “fornitore” identifica colui che fornisce all’organizzazione prodotti e servizi necessari alla erogazione del servizio; l’organizzazione ed i suoi fornitori sono interdipendenti ed il rapporto di reciproco beneficio, migliora per entrambi la capacità di creare valore.

Il “cliente” rappresenta il richiedente del servizio da erogare, mentre l’utente ne è il fruitore e la loro soddisfazione è l’obiettivo principale della UNI EN ISO 9001:2008, a cui questo Manuale fa riferimento.

In tutto il testo del presente Manuale e della norma internazionale UNI EN ISO 9001:2008, il termine “prodotto”, può significare anche “servizio”; analogamente, il termine “produzione”, può significare anche “erogazione del servizio”.

Nel Sistema documentale del “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” sono utilizzate le seguenti abbreviazioni:

a) definizioni utilizzate nel Manuale della Qualità:

SGQ – Sistema di Gestione per la Qualità

Direzione – Presidente Consiglio di Amministrazione (PCDA)

MQ – Manuale della Qualità

All. – Allegato al MQ

P – Documento che rappresenta un processo sotto forma di diagramma di flusso

D – Documento di consultazione

R – Documento di Registrazione (Modello)

NC – Non Conformità

RNC – Rapporto di Non Conformità

AC – Azione Correttiva

RAC – Rapporto di Azione Correttiva

AP – Azione Preventiva

RAP – Rapporto di Azione Preventiva

URD – Unità Riabilitativa Domiciliare

UREE – Unità Riabilitativa Età Evolutiva

URV – Unità Riabilitativa Vascolare

URA – Unità Riabilitativa Adulti

URSR – Unità Riabilitativa Semi Residenziale

b) definizioni utilizzate per le Funzioni

Per le definizioni usate per le funzioni di cui all'organigramma, si rimanda ad **Allegato MQ_551D**

Terminologia relativa a: prestazioni/interventi in presenza dell'utente – prescrizione SIAR

Valutazione e osservazione	Si intende: attività erogata in presenza del paziente finalizzata alla definizione della diagnosi, del profilo di disabilità complessivo, della disabilità oggetto di intervento e del livello di gravità. Include: Prima visita medica specialistica, visita medica specialistica di controllo, esame neuropsicologico, somministrazione di test di sviluppo intellettuale, di test di memoria, di test delle funzioni esecutive, di test delle abilità visuo-spaziali, di test proiettivi e della personalità, esame psicodiagnostico (compresa l'osservazione di gioco e comportamentale), valutazione ortottica, valutazione protesica.
Terapia psicologica	Si intende: intervento di sostegno psicologico, individuale o di gruppo, a soggetti in età evolutiva, adulta e geriatrica e/o alla famiglia durante il percorso riabilitativo.
Elaborazione/revisione progetto	Si intende: l'elaborazione iniziale del progetto e la sua revisione periodica
Counseling	Si intende: l'attività di supporto alla famiglia, alla scuola (esclusi gli adempimenti previsti dalla L. n. 104/92, già rilevati con specifico item alle variabili n. 37 e n. 41) e per eventuali attività socio-ludico-ricreative, nonché all'orientamento professionale alla conclusione dell'obbligo scolastico (per utenti in età evolutiva).
Riunione d'équipe	Si intende: la riunione di presentazione del caso, di verifica periodica e di programmazione sul singolo utente sia con operatori della propria équipe e/o struttura che con operatori di altri servizi e/o strutture.

4. SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ (SGQ)

4.1 REQUISITI GENERALI

Il “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” ha stabilito e documentato nel presente Manuale, le modalità con le quali attua e mantiene aggiornato il proprio SGQ e ne migliora, con continuità, l'efficacia, in accordo con i requisiti della norma internazionale UNI EN ISO 9001:2008.

Al riguardo il “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA”:

- a) ha identificato nel presente Manuale i processi necessari per il SGQ; tali processi includono quelli relativi alle attività di gestione, quali: le responsabilità proprie della Direzione, i processi relativi alla gestione delle risorse, i processi relativi alla erogazione del servizio, quelli relativi all'analisi dei risultati ed al miglioramento, (vedere le sezioni 5-6-7-8 del Manuale) e la loro applicazione nell'ambito di tutta l'organizzazione;
- b) ha stabilito la sequenza dei suoi processi (documentandola nel presente Manuale e nella documentazione in esso richiamata) e le loro interazioni (vedere il par. 0.4);
- c) ha stabilito i criteri ed i metodi necessari per assicurare l'efficace funzionamento e l'efficace controllo di questi processi, descrivendoli nella documentazione di sistema (Manuale, flussi di processo, documenti di consultazione);
- d) assicura costantemente la disponibilità delle risorse umane, delle risorse infrastrutturali, delle risorse strumentali, dei servizi di supporto (vedere sezione 6) e delle informazioni necessarie per supportare il funzionamento ed il monitoraggio di questi processi (documenti del sistema, norme e leggi applicabili al servizio erogato, specifiche di clienti e fornitori, ecc.);
- e) effettua il monitoraggio, la misurazione e l'analisi di questi processi, come descritto alla sezione 8 del presente Manuale (paragrafi 8.2, 8.3, 8.4);
- f) attua le azioni necessarie per conseguire i risultati pianificati ed il miglioramento continuo di questi processi (come descritto nel par. 8.5).

Il miglioramento continuo dei processi può comportare l'attivazione delle azioni descritte ai precedenti punti a) b) c) e d).

I processi di cui sopra sono gestiti dall'organizzazione in accordo ai requisiti della norma internazionale UNI EN ISO 9001:2008, come descritto nel Manuale e nella documentazione di sistema.

Nota 1: processi affidati all'esterno (Outsourcing)

Identifichiamo come processi affidati all'esterno solo quelli riconducibili a servizi specifici, aventi effetto sulla soddisfazione del cliente, che il “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” invece di erogare internamente decide di affidare all'esterno, ma che, come tali, non rientrano in una logica di acquisti di prodotto o servizi professionali; di questo processo la “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” rimane quindi responsabile nei confronti del cliente, della sicurezza del cliente e dell'utente, per gli impatti ambientali che esso può generare e del rispetto delle leggi in vigore.

A questo scopo il “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” dichiara che non affida all'esterno alcuno dei propri processi principali.

4.2 REQUISITI RELATIVI ALLA DOCUMENTAZIONE

La documentazione del SGQ del “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” comprende:

- la dichiarazione della Politica per la Qualità e degli obiettivi strategici collegati;
- il presente Manuale Qualità (MQ);
- le procedure documentate e relative registrazioni, richieste dalla Norma di riferimento del MQ;
- altri documenti, descritti al par. 4.2.1, che sono ritenuti per assicurare l’efficace pianificazione, funzionamento e tenuta sotto controllo dei propri processi.

Le procedure documentate richieste dalla Norma di riferimento del MQ sono gestite nel SGQ secondo la seguente modalità:

NORMA DI RIFERIMENTO	PUNTO NORMA	PROCEDURA DOCUMENTATA RICHIESTA	DESCRIZIONE NEL SGQ
UNI EN ISO 9001:2008	4.2.3	Tenuta sotto controllo dei documenti	MQ par. 4.2
	4.2.4	Tenuta sotto controllo delle registrazioni	MQ par. 4.2
	8.2.2	Audit interno	MQ par. 8.2.2
	8.3	Tenuta sotto controllo del prodotto non conforme	MQ par. 8.3
	8.5.2	Azioni correttive	MQ par. 8.5.2
	8.5.3	Azioni preventive	MQ par. 8.5.2

4.2.1 Tipologie di documenti

Tutta la documentazione può essere emessa in forma cartacea od elettronica; in entrambi i casi le prescrizioni della presente procedura sono rispettate.

4.2.1.1 Documentazione di origine interna

La documentazione relativa al SGQ comprende:

- Manuale della Qualità (MQ), distribuito in:
 - Copia controllata, distribuita con obbligo di aggiornamento in caso di emissione di nuove revisioni
 - Copia non controllata, distribuita a scopo informativo senza obbligo di aggiornamento in caso di emissione di nuove revisioni
- Allegati al Manuale della Qualità, indicati in indice
- Allegati di accompagnamento alla documentazione, indicati in **Allegato MQ_42R**
- Modulistica per le registrazioni (Modelli)

Tutta la documentazione è descritta in **Allegato MQ_42R** ove è indicato per ogni processo:

- Riferimento al paragrafo della UNI EN ISO 9001:2008 e denominazione del processo
- Riferimento di lettura del processo, revisione in vigore e data di emissione
- Funzioni interessate alla sua applicazione, indicando in “grassetto” il Responsabile del processo
- Documenti di riferimento con relativo codice di identificazione, revisione in vigore, data di emissione
- Funzione aziendale che redige il documento
- Funzione aziendale che lo verifica e lo approva

- Funzione aziendale che lo utilizza e lo conserva
- Tempo minimo di conservazione

4.2.1.2 Documentazione di origine esterna

La documentazione di origine esterna è costituita dalle seguenti tipologie:

- norme volontarie, regolamenti e leggi cogenti di riferimento;
- documenti contrattuali (contratti e convenzioni con il cliente);
- documenti tecnici (uso e manutenzione delle attrezzature);
- documenti informativi (bandi di gara, cataloghi dei fornitori, descrizione delle attrezzature);
- schede di sicurezza dei prodotti chimici eventualmente utilizzati.

La documentazione è elencata in **Allegato MQ_42R**, secondo la descrizione adottata per la documentazione di origine interna.

4.2.1.3 Identificazione dei documenti

Tutti i documenti sono identificati da:

- Logo dell'Organizzazione
- Codice di riferimento (esempio: 42R_1)
 - "P" per la rappresentazione dei flussi di Processo
 - "D" per i documenti informativi e di completamento al MQ
 - "R" o "Modelli" per i documenti di registrazione

a seguito delle lettere P, D, R è indicato un numero che descrive il punto della Norma ed eventualmente un numero progressivo, se ci sono più documenti riferiti allo stesso processo; talvolta il codice di riferimento è composto dalle sole iniziali del titolo del documento.

- Titolo descrittivo
- Numero di revisione
- Numero pagina corrente e pagine totali di cui è composto

Il MQ inoltre è identificato da:

- Numero di Revisione, che varia, a partire da "0", ad ogni modifica apportata al documento;
- Allegati al MQ, richiamati all'interno del MQ stesso, la cui modifica non influisce sulla revisione del MQ; la revisione in vigore degli Allegati al MQ è riportata su **Allegato MQ_42R**.

Il Responsabile della Qualità (RQ) aggiorna **Allegato MQ_42R** ogni volta che è emessa una nuova revisione di un documento.

4.2.1.4 Contenuto dei documenti

Il Manuale della Qualità è il documento nel quale sono descritti lo scopo ed il campo di applicazione del SGQ (con eventuali esclusioni e relative giustificazioni), le interazioni fra i processi del SGQ, le procedure gestionali richieste dalla Norma di riferimento, con rimando ad altra documentazione qualora ve ne sia la necessità.

Gli Allegati al MQ che rappresentano i flussi di processo (P), indicano:

- schema di flusso e descrizione delle attività;
- elementi in ingresso ed in uscita per ogni fase individuata;
- elementi di riferimento o di rimando;
- responsabile per ogni fase individuata.

I documenti di registrazione sono rappresentati da moduli in bianco da utilizzare per la registrazione dei dati richiesti nel modulo stesso; qualora il modulo indichi anche le modalità di registrazione e le relative responsabilità evitando così di dover leggere la procedura per il suo utilizzo è definito “modulo autoportante”.

4.2.2 Tenuta sotto controllo dei documenti

4.2.2.1 Emissione: redazione, verifica ed approvazione

Il MQ è redatto dal Responsabile della Qualità (RQ), verificato ed approvato dal Presidente del Consiglio di Amministrazione (PCDA).

Per tutti gli altri documenti è sufficiente un solo livello di firma, che da evidenza del responsabile della approvazione del documento.

4.2.2.2 Modifica e revisione

Solo il Responsabile della Qualità (RQ) può apportare modifiche ai documenti; tali modifiche sono evidenziate tramite apposizione di una barra laterale a sinistra del testo o delle parti modificate; la presenza della barra laterale sinistra da evidenza solo del testo modificato nella revisione in vigore; al momento di effettuare una ulteriore revisione, si appongono le barre a lato del nuovo testo modificato e si eliminano le barre già esistenti, riferite alle revisioni precedenti.

Per il MQ evidenza della storia delle revisioni effettuate si può avere alla **Tabella B**, mentre per tutti gli altri documenti si conserva in elettronico la copia superata, in cartella predisposta.

Ove non è possibile apporre la barra laterale (es. flussi di processo), si indica il testo modificato in *corsivo*.

4.2.2.3 Diffusione interna

RQ ha il compito di far pervenire a tutte le funzioni interessate il documento di competenza, aggiornato all'ultima revisione in vigore, accertandosi che tutti conservino tale documentazione in maniera tale da renderla leggibile e nella revisione in vigore.

Il MQ può essere distribuito in copia controllata o non controllata e sempre unitamente ai suoi allegati, mentre tutta l'altra documentazione solo in copia controllata; del MQ ne è predisposta una copia cartacea per la sede operativa, consultabile da tutto il personale.

Altra documentazione non allegata al MQ è distribuita agli interessati; tale documentazione è indicata su **Allegato MQ_42R** ed i relativi destinatari sono indicati alla colonna “utilizza e conserva”.

Ad ogni persona a cui è distribuito un documento è comunicato per iscritto da RQ, utilizzando la seguente modalità:

- documenti cartacei: utilizzo del documento “Distribuzione documentazione per Funzione” in caso di distribuzione di diversi documenti ad una stessa funzione; documento “Distribuzione collettiva documentazione” in caso di distribuzione collettiva a più funzioni dello stesso documento;
- documenti elettronici: copia dei documenti di interesse è disponibile su una cartella di riferimento nel Computer dell'interessato; tali documenti sono consultabili in sola lettura e quindi non modificabili; la comunicazione da parte di RQ di eventuali modifiche ai documenti di interesse, è effettuata tramite “posta elettronica” con avviso di avvenuta lettura da parte del destinatario.

4.2.2.4 Diffusione esterna

La documentazione può essere distribuita esternamente solo da RQ, su autorizzazione di PCDA:

- in copia controllata solo all'Ente di Certificazione
- in copia non controllata a chiunque ne faccia richiesta

Essendoci una unica distribuzione in copia controllata, non occorre che essa sia registrata.

4.2.2.5 Gestione dei documenti superati

Tale gestione è a cura del Responsabile Qualità (RQ).

Qualora sia emessa una nuova revisione di un documento, la copia originale (copia n.1) superata è identificata con la dicitura "SUPERATO" apposta su tutte le pagine.

Le eventuali copie distribuite internamente od esternamente, devono essere ritirate ed eliminate.

I documenti elettronici superati sono identificati con il numero di revisione nell'estensione del file e conservati almeno nella revisione precedente a quella in vigore.

Qualora un documento superato sia in forma sia cartacea che elettronica, la forma cartacea può essere subito eliminata.

4.2.3 Protezione della documentazione

I documenti cartacei sono conservati in appositi contenitori (file) in modo tale da essere sempre leggibili ed in buono stato.

I documenti in elettronico sono tutti protetti da password di accesso ed adeguatamente salvati in back up.

Il dettaglio delle modalità di salvataggio dei dati è riportato nel DPS (Documento Programmatico Sicurezza) in vigore.

5. RESPONSABILITÀ DELLA DIREZIONE

5.1 IMPEGNO DELLA DIREZIONE

La Direzione del “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” fornisce evidenza del suo impegno nello sviluppo e nella messa in atto del SGQ e nel miglioramento continuo della sua efficacia:

- a) comunicando a tutto il personale l'importanza di perseguire i requisiti del cliente e dell'utente del servizio e quelli cogenti applicabili, tramite la diffusione della Politica per la Qualità (vedere paragrafo 5.3), comunicazioni interne (vedere paragrafo 5.5.3), comunicazioni scritte, quali i verbali di riesame del SGQ e dei contratti (vedere paragrafo 5.6 e 7.2.2), incontri con il personale di formazione/informazione;
- b) stabilendo la Politica per la Qualità;
- c) assicurando che, nel corso delle riunioni della Direzione relative ai riesami del SGQ, siano definiti gli obiettivi per la qualità, proposti da lei stessa e/o dai responsabili di funzione (vedere paragrafo 5.6);
- d) effettuando i riesami da parte della Direzione (vedere paragrafo 5.6);
- e) assicurando la disponibilità di risorse per la gestione del sistema e l'erogazione del servizio (vedere paragrafo 6).

5.2 ATTENZIONE FOCALIZZATA AL CLIENTE

La Direzione assicura che i requisiti del cliente siano sempre chiaramente definiti (vedere paragrafo 7.2.1) e soddisfatti (vedere paragrafi 7.2.2 e 8.2.1), allo scopo di accrescerne la soddisfazione.

A riguardo la Direzione ha affidato il compito di identificare, definire e verificare i requisiti disposti dal cliente al Consiglio di Amministrazione (CdA) (vedere paragrafo 7.2).

5.3 POLITICA PER LA QUALITÀ

La Direzione assicura che la Politica per la Qualità, da lei stessa stabilita:

- a) sia sempre appropriata agli scopi dell'organizzazione; nel corso dei riesami del SGQ, la Direzione verifica la coerenza della politica con le proprie prospettive e strategie per il futuro dell'organizzazione;
- b) sia comprensiva dell'impegno al soddisfacimento dei requisiti ed al miglioramento continuo dell'efficacia del SGQ;
- c) preveda un quadro strutturale per definire e riesaminare gli obiettivi per la qualità; tale documento è allegato al verbale della riunione di riesame del SGQ (vedere paragrafo 5.6);
- d) sia comunicata e compresa all'interno dell'organizzazione, attraverso attività di formazione ed informazione, distribuzione documenti in forma cartacea od elettronica, affissione in bacheca;
- e) sia riesaminata nel corso dei riesami del SGQ per accertarne la continua idoneità e per la verifica del raggiungimento degli obiettivi prestabiliti.

La Politica per la Qualità adottata dal “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” è riportata in **Allegato MQ_53D**.

5.4 PIANIFICAZIONE

5.4.1 Obiettivi per la Qualità

La Direzione del “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” assicura che, per i pertinenti livelli e funzioni dell'organizzazione, siano sempre stabiliti gli obiettivi per la qualità, compresi quelli necessari per ottemperare ai requisiti del servizio (vedere paragrafo 7.2), che devono essere correlabili con le caratteristiche relative alla affidabilità connessa al servizio erogato.

La Direzione si accerta ed assicura che gli obiettivi per la qualità siano sempre misurabili e coerenti con la Politica per la Qualità; tali obiettivi sono contenuti nel quadro strutturale degli obiettivi (vedere paragrafo 5.3), elaborato dal Rappresentante della Direzione (RD); questo documento fa riferimento a singole responsabilità, azioni e risorse individuate.

A riguardo, ogni Responsabile di Funzione annualmente può individuare e sottoporre alla approvazione della Direzione, preferibilmente in fase di Riesame del SGQ, gli obiettivi per la qualità di propria competenza, assicurandone poi il raggiungimento attraverso il continuo monitoraggio dei risultati conseguiti nel corso dello sviluppo delle attività lavorative (vedere paragrafo 8.4).

Tale individuazione si basa sull'analisi dei risultati o degli obiettivi raggiunti nel precedente periodo e sulle comunicazioni interne di Politica (a breve, medio e lungo termine), espresse e trasmesse ad ogni Responsabile di Funzione, dalla Direzione.

5.4.2 Pianificazione del Sistema di Gestione per la Qualità

La Direzione del “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” assicura che:

- a) La pianificazione del SGQ sia sempre attuata in modo da:
 - ottemperare ai requisiti generali riportati nel paragrafo 4.1 del presente Manuale e a quanto stabilito nella documentazione del SGQ;
 - raggiungere gli obiettivi per la qualità prestabiliti.
- b) L'integrità del SGQ sia conservata qualora siano pianificate ed attuate modifiche al sistema stesso, ad esempio nel caso di utilizzo di specifici Piani della Qualità elaborati per soddisfare particolari esigenze interne o esterne, quali l'organizzazione dei cantieri operativi, cambiamenti nei processi e/o nelle risorse ad essi destinate o richieste specifiche di servizi particolari da parte dei clienti.

La pianificazione della Qualità, definita dalla Direzione con il concorso di tutti i responsabili di processo, si concentra soprattutto sulla definizione dei processi necessari per raggiungere, in modo efficace ed efficiente, gli obiettivi per la qualità prestabiliti e per soddisfare i requisiti generali del sistema e del servizio, coerentemente con le strategie dell'organizzazione.

Gli elementi in entrata relativi alla pianificazione, che ne assicurano efficacia ed efficienza, comprendono di norma:

- le strategie dell'organizzazione;
- gli obiettivi organizzativi definiti;
- le definite esigenze e aspettative dei clienti e dei fornitori;
- la valutazione dei requisiti di tipo cogente (norme, direttive, leggi, regolamenti, ecc.);
- la valutazione dei dati sulla qualità dei servizi erogati e la prestazione dei processi;
- gli insegnamenti tratti da precedenti esperienze;
- le opportunità individuate per il miglioramento;
- i dati relativi alla valutazione dei rischi ed alla loro riduzione.

Gli elementi in uscita dalla pianificazione, comprendono i processi necessari per la gestione del sistema, i processi per la erogazione dei servizi ed i processi di supporto, precisando ove opportuno:

- le competenze necessarie all'organizzazione (vedere **Allegato MQ_62D**: Requisiti minimi, competenze, mansioni relativi alle risorse umane);
- le risorse necessarie (automezzi, attrezzature, strumenti), comprese quelle finanziarie e le infrastrutture;
- gli indicatori per misurare i progressi nel miglioramento delle prestazioni dell'organizzazione;
- le esigenze per il miglioramento (metodi e strumenti inclusi) e le relative responsabilità ed autorità per garantirne il perseguimento;
- le esigenze per la documentazione dei processi, registrazioni incluse (risorse documentali).

Le modalità e le responsabilità relative alla pianificazione del SGQ sono documentate nel Manuale, nella documentazione ad esso allegata ed in generale nei documenti di pianificazione delle attività, che influenzano la qualità del servizio erogato.

5.5 RESPONSABILITÀ, AUTORITÀ E COMUNICAZIONE

5.5.1 Organizzazione

La Direzione assicura che le responsabilità e le autorità siano sempre chiaramente definite e rese note nell'ambito dell'organizzazione, tramite l'elaborazione, il continuo aggiornamento e la pubblicazione di un mansionario (vedere **Allegato MQ_62D**, sezione Mansionario) e di un organigramma "gerarchico – funzionale" (vedere **Allegato MQ_551D**: Organigramma).

5.5.2 Rappresentante della Direzione

Il rappresentante della direzione è una figura con il potere e la responsabilità per attuare scelte organizzative finalizzate al sistema di gestione; come tale deve essere designato tra i componenti della propria struttura direzionale; sulla base di questo principio non è ammessa la delega di questo ruolo ad un consulente esterno.

Il rappresentante della direzione delega un suo collaboratore, il responsabile qualità, alla gestione operativa del sistema (archiviazione dei documenti, raccolta dei dati, ed altri compiti che non comprendono decisioni strategiche). Il responsabile qualità può essere un consulente esterno purché ci sia un incarico formale e assicuri una presenza continuativa presso l'organizzazione.

La Direzione ha designato come Rappresentante della Direzione (RD) un componente della propria struttura direzionale (vedere **Allegato MQ_552D**), che, indipendentemente da altre sue responsabilità, ha la responsabilità e l'autorità per:

- a) assicurare che i processi necessari per il SGQ siano predisposti, attuati e tenuti aggiornati; per ottemperare a tale prescrizione, esamina e verifica la documentazione del SGQ, gestisce l'attività di verifica ispettiva interna della qualità, raccoglie ed analizza i risultati qualitativi e quantitativi di ogni processo aziendale;
- b) riferire alla Direzione sulle prestazioni del SGQ e su ogni esigenza per il miglioramento, in occasione dei riesami del sistema qualità o quando ritenuto necessario ed opportuno;
- c) assicurare la promozione della consapevolezza dei requisiti del cliente nell'ambito di tutta l'organizzazione (vedere paragrafo 6.2.2), attraverso la verifica delle avvenute comunicazioni interne (informazioni che la Funzione Commerciale deve trasmettere a tutte le Funzioni aziendali in occasione della acquisizione del paziente – vedere paragrafo 7.2) ed i colloqui con il personale aziendale, previsti nel corso dell'effettuazione degli audit interni.

La responsabilità del Rappresentante della Direzione, si estende anche ai collegamenti con organizzazioni esterne su argomenti riguardanti il SGQ, quali ad esempio Enti di Certificazione, fornitori, clienti ed utenti).

5.5.3 Comunicazione

La Direzione ha attivato adeguati strumenti di comunicazione all'interno dell'organizzazione (avvisi su tabelloni o bacheche, mezzi audiovisivi ed elettronici, comunicazioni interne scritte e riunioni dei gruppi di lavoro e del personale dipendente) per assicurare a tutti i livelli aziendali un'immediata informazione sulla erogazione del servizio, sulle politiche e sugli obiettivi prestabiliti e l'efficacia del SGQ (distribuzione ed affissione in bacheca o per via elettronica dei risultati relativi al sistema qualità e al raggiungimento degli obiettivi misurabili).

Tramite tali strumenti sono chiaramente identificati e documentati:

- a) comunicazioni della Direzione verso il personale (comunicazione verticale o gerarchica);
- b) comunicazioni tra il personale (comunicazione orizzontale);
- c) riunioni di lavoro;
- d) la verifica dell'efficacia delle comunicazioni, ovvero se hanno raggiunto il loro scopo.

Compete al Rappresentante della Direzione:

- a) verificare periodicamente che ogni Responsabile di funzione documenti e renda disponibili le informazioni e i dati relativi alle attività di propria competenza (attività in corso, risorse presenti e disponibili, obiettivi prestabiliti, risultati conseguiti); tali informazioni possono essere trasmesse a RD e raccolte tramite strumenti cartacei od elettronici di analisi dei dati;
- b) rendere noti, a tutti i livelli aziendali, i risultati relativi al SGQ e al raggiungimento degli obiettivi misurabili prestabiliti per ciascun processo/funzione/livello; tale comunicazione può essere effettuata mediante pubblicazione in bacheca od attraverso mezzi informatici o cartacei.

5.6 RIESAME DA PARTE DELLA DIREZIONE

5.6.1 Requisiti Generali

“Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” ha istituito Riesami almeno annuali del SGQ.

La Direzione può decidere di convocare ed effettuare ulteriori riunioni di riesame nel corso dell'anno, qualora sorgano problemi inerenti la qualità del servizio erogato, ovvero qualora RD o i Responsabili di processo ne facciano esplicita richiesta alla Direzione.

5.6.6.1 Rapporto Annuale sullo stato della qualità

Annualmente è predisposto da Responsabile della Qualità (RQ) un Rapporto annuale sullo Stato della Qualità, registrato nel documento di Riesame di Direzione, nel quale sono riportati:

- i risultati degli audit interni e dell'Ente di certificazione;
- i dati di ritorno dai clienti come previsto al paragrafo 7.2.3 del MQ, nonché dall'esame della soddisfazione del cliente;
- l'andamento dei processi e della conformità dei prodotti e dei servizi erogati;
- lo stato della azioni correttive e preventive;
- le azioni a seguire di precedenti riesami;
- i cambiamenti che potrebbero influenzare il SGQ.

5.6.6.2 Riesame Annuale del sistema di gestione per la qualità

Almeno una volta l'anno la Direzione Generale convoca una riunione per il Riesame del SGQ, al fine di pianificare gli interventi migliorativi e le eventuali revisioni del Sistema di Gestione per la Qualità.

A detta riunione può partecipare tutto il personale del "Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA"
Nel corso di detta riunione sono trattati i seguenti punti:

- relazione, anche verbale, da parte di RD od RQ sullo Stato della Qualità;
- definizioni eventuali Azioni Correttive non ancora definite;
- definizioni eventuali Azioni Preventive per il periodo successivo;
- approvazione Programma annuale della Qualità (Piano di Miglioramento) per il periodo successivo;
- definizione Programma Audit interni per il periodo successivo;
- definizione Programma annuale formazione ed addestramento.

Le decisioni prese dalla Direzione sono verbalizzate sul "Verbale di Riesame di Direzione", a cura del Rappresentante della Direzione per la Qualità.

Il Verbale della riunione, firmato dalla Direzione, è conservato dalla Funzione Qualità e messo a conoscenza a tutti i Responsabili di Processo.

6. GESTIONE DELLE RISORSE

6.1 MESSA A DISPOSIZIONE DELLE RISORSE

“Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” mette a disposizione risorse materiali ed umane necessarie ad ottenere la soddisfazione dei clienti e degli utenti ed ad attuare e migliorare i processi attraverso:

- le infrastrutture, l’ambiente di lavoro e le risorse umane iniziali descritte ai successivi punti 6.2, 6.3 e 6.4;
- le eventuali modifiche conseguenti ai risultati dei riesami del SGQ ed alle attività di riesame dei contratti con i clienti.

6.2 RISORSE UMANE

6.2.1 Requisiti minimi per il personale

“Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” ha identificato i requisiti minimi, le competenze e le mansioni per la copertura delle posizioni aziendali in relazione ai compiti e responsabilità assegnati per ogni funzione, secondo quanto indicato nella tabella riportata in **Allegato MQ_62D**.

Qualora si abbia la necessità di inserire nuovo personale, UP effettua la selezione mediante colloquio, per la verifica della idoneità tecnica e psicologica del candidato.

La selezione del personale, una volta accertata la rispondenza ai requisiti tecnico-professionali, prosegue con un periodo di prova pratica, durante il quale la persona inserita è affiancata da un Operatore esperto.

6.2.2 Competenza, formazione – addestramento, consapevolezza

Nel punto precedente sono stati individuati i requisiti minimi iniziali di formazione, addestramento, qualifica e certificazione; il “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA”, puntando ad una riqualificazione continua del personale, identifica annualmente le esigenze di formazione ed addestramento e riporta le decisioni a riguardo in Programmi Annuali di formazione ed addestramento redatti da UP ed autorizzati dal Consiglio di Amministrazione.

Le attività di formazione ed addestramento, così come stabilite nei Programmi, svolgono l’importante funzione di monitorare e mantenere adeguato il grado di competenza delle persone a seconda del ruolo che ricoprono, rendere tutto il personale consapevole e in grado di divulgare quei contenuti teorici e di esperienza si ritenga importante estendere al maggior numero possibile di destinatari finali.

La valutazione dell’efficacia della formazione e dell’addestramento forniti avviene ad opera di chi ha effettuato la formazione o l’addestramento, al termine di ogni periodo previsto per ogni funzione, tramite breve colloquio in caso di formazione od attività di sorveglianza in caso di addestramento; tale valutazione avviene anche in occasione del riesame del SGQ, sulla base dell’assenza o meno di Rapporti di non conformità e/o di Azioni Correttive in relazione all’operato dei singoli destinatari delle attività di formazione ed addestramento.

Registrazione di tale valutazione compare rispettivamente nella Scheda della Persona e nel Verbale di Riesame del SGQ.

La descrizione del processo di gestione del personale è riportata in **Allegato MQ_62P**.

6.3 INFRASTRUTTURE

“Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” si avvale di infrastrutture idonee ad assicurare la qualità e la conformità alle leggi vigenti ed alla Norma di riferimento dei servizi erogati.

Le infrastrutture comprendono:

a) infrastrutture propriamente dette costituite da:

- uffici direzionali e di ricevimento per il pubblico, locali ove si svolge l'attività di cui al campo di applicazione, compresi gli impianti e le attrezzature di cui sono dotati;
- automezzi per il trasporto delle persone;
- attrezzature professionali di lavoro, compreso l'hardware

b) servizi di supporto che comprendono a loro volta:

- sistemi operativi, software licenziati e/o freeware per il controllo dei processi e l'archiviazione dei dati;
- connessioni di posta elettronica ed accesso al web;
- fax e telefono.

L'idoneità delle infrastrutture è valutata da ACQ tramite individuazione degli elementi soggetti a manutenzione, di cui è contrattualmente responsabile il Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA; ACQ informa il CDA della necessità di interventi di manutenzione da effettuare, che può decidere circa l'idoneità di quanto richiesto, sia a livello tecnico, che economico, sentito AMM, e quindi provvede a quanto richiesto, valutando l'efficacia degli interventi eseguiti.

ACQ può redigere un piano di manutenzione ordinaria, in cui sono definite le operazioni necessarie per la tenuta in efficienza delle infrastrutture, definendone il calendario e le responsabilità; la registrazione avviene su appositi documenti, ove è riportata anche l'eventuale manutenzione straordinaria, in modo tale da avere sempre un quadro aggiornato sull'efficacia e l'efficienza delle infrastrutture e sui quantitativi economici impegnati per il loro mantenimento.

6.4 AMBIENTE DI LAVORO

La Direzione del “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” ha definito le condizioni dell'ambiente di lavoro necessarie per assicurare la conformità ai requisiti dei prodotti realizzati e della Norma di riferimento e ne ha affidato la gestione ai responsabili di processo, secondo competenza.

La creazione di un ambiente di lavoro adatto, che armonizzi fattori umani e fisici, prende in considerazione regole e guide per la sicurezza, incluse quelle sulla eventuale utilizzazione di dispositivi di protezione, tali fattori sono:

- aspetti ergonomici;
- localizzazione dei luoghi di lavoro e di residenza da parte degli utenti;
- attrezzature per il personale;
- calore, umidità, luminosità, flussi d'aria;
- igiene, pulizia, rumori, vibrazioni ed inquinamento;
- regole e guide per la sicurezza, incluse quelle sull'utilizzazione di dispositivi di protezione.

Le condizioni di cui sopra sono monitorate nel corso degli audit interni, a cura del Rappresentante della Direzione per la Qualità (RD) o da persona qualificata dallo stesso delegata.

Nelle attività eseguite presso le sedi operative spetta al coordinatore garantire tali requisiti, in conformità a quanto previsto dai documenti relativi alla garanzia della sicurezza dei lavoratori ed al rispetto dell'ambiente; a tale scopo devono essere disponibili i documenti di valutazione dei rischi, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di sicurezza.

7 – EROGAZIONE DEL SERVIZIO

7.1 PIANIFICAZIONE DELLA EROGAZIONE DEL SERVIZIO

PCDA, come responsabile di tutti i servizi, pianifica i processi necessari per la erogazione del servizio richiesto dal cliente/utente.

La pianificazione dei processi che interagiscono nella erogazione del servizio è stata effettuata in modo da risultare coerente con i requisiti degli altri processi del SGQ.

Nella pianificazione dei servizi, si è operato e si opera all'occasione nel seguente modo:

- a) definire obiettivi per la qualità (risultati quantitativi e qualitativi) ed i requisiti relativi al servizio che deve essere erogato (eventuale progettazione, selezione del personale competente, verifiche periodiche di Equipe e monitoraggio della soddisfazione del cliente/utente, con registrazione delle evidenze nei modelli di verbale previsti;
- b) nel definire quanto sopra si tiene conto dei requisiti specifici del cliente (bando di gara, requisiti del progetto definiti dal cliente), dei requisiti cogenti e di quelli stabiliti dal Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA (vedere par. 7.2.1);
- c) stabilire i processi per la erogazione del servizio, i documenti di supporto e riferimento (analisi del flusso di processo e documenti di consultazione che descrivono le fasi di attuazione del servizio) e le risorse specifiche che devono essere rese disponibili (risorse umane, attrezzature di lavoro, documenti, infrastrutture da utilizzare)
- d) definire le attività di monitoraggio del servizio ed i relativi criteri di accettazione, documentate nei verbali di riunione e nei regolamenti interni, stabilendo i controlli da effettuare e le relative registrazioni, necessarie a fornire evidenza che i processi realizzati ed i servizi risultanti, soddisfino effettivamente i requisiti stabiliti nella fase di progetto e quelli richiesti dal cliente e dall'utente.

Gli elementi in uscita di questa pianificazione (pianificazione del servizio, regolamenti, documenti di registrazione), sono sempre presentati in una forma adeguata, tale da assicurarne l'immediata comprensione da parte degli operatori interessati.

Per quanto relativo ai servizi standard erogati dal Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA, la loro pianificazione è così schematizzata:

1. acquisizione della richiesta di accettazione da parte della famiglia dell'utente o dall'utente stesso, effettuata da CDA e DS per quanto di propria competenza, su requisiti già approvati dal Cda (Allegato MQ_72P, MQ par. 7.2);
2. elaborazione del progetto riabilitativo, pianificazione ed erogazione dei servizi di riabilitazione, in modo tale da ottimizzare l'utilizzo delle risorse e delle attrezzature di lavoro, effettuata dalle Equipe mediche su responsabilità di DS (Allegato MQ_75P, MQ par. 6, 7.3, 7.5);
3. approvvigionamento di prodotti e/o servizi che assicurino un lavoro ed una accoglienza agli utenti qualitativamente elevata e nel pieno rispetto di quanto richiesto dall'utente stesso, effettuato da ACQ su segnalazione dei reparti (Allegato MQ_74P, MQ par. 7.4.1, 7.4.2, 7.4.3, 7.4.4);
4. monitoraggio dei servizi di riabilitazione allo scopo di verificare che questi siano svolti secondo quanto pianificato; monitoraggio della soddisfazione del cliente e dell'utente (Allegato MQ_75P_1, MQ par. 7.5, 8.2.1).

7.2 PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE

7.2.1 Determinazione dei requisiti relativi al servizio

Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA identifica i requisiti dei clienti attraverso:

- analisi delle informazioni fornite dalle famiglie degli utenti per la pianificazione tecnica dei servizi richiesti, acquisite tramite Enti pubblici o direttamente dalle famiglie stesse;
- analisi dei requisiti non forniti dalle famiglie, ma necessari per l'efficacia nella erogazione del servizio richiesto (vedere "carta dei servizi" – Allegato MQ_72D);
- analisi della normativa vigente per identificare e soddisfare gli adempimenti richiesti per la erogazione dei servizi forniti dal Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA (leggi vigenti, regolamenti, accreditamenti).

Sulla base dei suddetti punti, CDA e DS effettuano l'analisi della fattibilità delle richieste pervenute, ovvero se le caratteristiche dell'utente richiedente siano compatibili con le competenze del Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA, riservandosi di avvertirlo qualora dette richieste non potessero essere soddisfatte.

7.2.2 Riesame dei requisiti relativi al servizio

La fornitura di servizi da parte del Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA è a seguito di contatto da parte di Enti pubblici competenti, con a seguire l'analisi della necessità espressa.

Il Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA prima di impegnarsi ad erogare servizi, controlla quindi l'idoneità dell'utente, ovvero che quanto richiesto dal cliente sia fattibile in termini di competenza delle professionalità interne e di disponibilità di risorse e tempo (riesame della richiesta sulla base di quanto stabilito nella carta dei servizi e su esperienze precedenti similari), per verificare che:

- i requisiti del servizio richiesto siano precisati e confermati dalle famiglie degli utenti prima della sua accettazione;
- non vi siano differenze tra quanto richiesto dalle famiglie degli utenti e quanto riportato sia nella carta dei servizi, che nella richiesta presentata dalle famiglie stesse;
- tutti i soggetti coinvolti nel definire il percorso riabilitativo possiedano le competenze e le abilità necessarie al suo corretto svolgimento e si attengano alle prescrizioni definite dai regolamenti interni ed in **Allegato MQ_62D**.

Il riesame è effettuato da CDA, evidenziandone l'esito tramite fornitura alla famiglia dell'utente delle indicazioni su come effettuare la richiesta e successivo inserimento nella "lista di attesa".

Al momento in cui è possibile l'effettivo inserimento dell'utente, si avverte la famiglia, si effettua un controllo medico dell'utente e si da seguito all'apertura del Progetto Riabilitativo Individuale.

In presenza di richieste di modifiche ad un servizio già in fase di erogazione, provenienti dalla ASL di competenza, siano esse di tipo tecnico, organizzativo od economico, la valutazione e l'autorizzazione delle stesse avviene ad opera di CDA e DS, che valuteranno le operazioni da svolgere per il proseguimento del servizio; l'esito è riportato sul Progetto Riabilitativo Individuale.

Il flusso di processo relativo a definizione e riesame dei requisiti relativi al servizio è riportato in:

- **Allegato MQ_72P** – Acquisizione dell'utente

7.2.3 Comunicazione con il cliente e gestione reclami

Per il Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA è fondamentale un continuo contatto con i propri clienti e per tale motivo attua quanto nelle proprie possibilità per evadere prontamente ogni richiesta attraverso l'informazione sui servizi erogati; le modalità di comunicazione sono relative a:

- informazioni relative ai servizi erogati (accoglienza, accesso ai servizi, descrizione delle strutture e dei servizi); tali informazioni sono contenute nella "Carta dei Servizi" (**Allegato MQ_72D**) a disposizione delle famiglie degli utenti;
- persone referenti del Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA a cui egli può rivolgersi in caso di richiesta informazioni od altra necessità;
- informazioni di ritorno da parte del cliente/utente, inclusi i suoi reclami.

Gestione dei reclami

I clienti, gli utenti e/o i loro familiari possono presentare osservazioni, denunce o reclami contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano l'accesso e la fruibilità delle prestazioni dovute.

I reclami possono essere generati da:

- carenze organizzative;
- comportamenti scorretti da parte del personale;
- tutto ciò che può essere ricondotto ad una violazione di un diritto dell'utente

I reclami possono essere presentati mediante:

- colloquio con il responsabile del servizio di cui si usufruisce;
- comunicazione telefonica o via fax (con riferimenti sulla "carta dei servizi")
- compilazione e sottoscrizione di apposito modulo per osservazioni, opposizioni, denunce e reclami distribuito presso la sede del Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA;
- lettera in carta semplice indirizzata, inviata o consegnata presso gli uffici del Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA.

Le osservazioni o i reclami presentati o ricevuti nei modi sopra indicati, qualora non trovino immediata soluzione, avranno risposta entro i termini e le modalità riportate nella Carta dei Servizi e nella modulistica a disposizione del cliente presso il Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA.

I reclami ricevuti (anche a voce o telefonicamente) sono registrati e archiviati, come forma di documentazione disponibile per verifiche e controlli.

7.3 PROGETTAZIONE E SVILUPPO

La committenza pubblica definisce le specifiche di servizio da erogare, attraverso la pubblicazione di standard produttivi cogenti; tali specifiche non sono modificabili ed esplicitano anche le modalità di attuazione, lasciando al Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA l'impegno della stesura del progetto di riabilitazione e della pianificazione dei servizi da erogare.

La progettazione e sviluppo si articola secondo le seguenti fasi:

- analisi delle caratteristiche dell'utente;
- elaborazione del progetto riabilitativo;
- riesami e verifiche del progetto;
- validazione del progetto riabilitativo;
- modifiche al progetto riabilitativo.

7.3.1 Pianificazione del progetto

Per ogni nuovo paziente DS predisporre un Progetto Riabilitativo Individuale, ove si riportano tutte le fasi che costituiscono il progetto stesso e le relative tempistiche.

In particolare è indicato:

- titolo del progetto, suoi obiettivi e responsabile della sua elaborazione;
- descrizione delle singole fasi progettuali, specificando per ognuna di esse:
 - elementi in entrata da valutare;
 - elementi in uscita, quale risultato di quanto svolto in quella fase;
 - note e considerazioni sulle attività svolte, indicando i momenti di riesame e verifica previsti e, successivamente i relativi risultati;
 - funzioni interessate;
 - data prevista di inizio e termine della attività da svolgere.

7.3.2 Elementi in ingresso alla progettazione

Sono elementi in ingresso per la progettazione:

- requisiti imposti dalla normativa nazionale e regionale di riferimento;
- informazioni relative all'utente, acquisite in fase di colloquio iniziale;
- le informazioni relative a progetti di riabilitazione similari, già esistenti.

Nel caso DS riscontri l'inadeguatezza di alcuni dati in ingresso, reperisce i dati mancanti.

7.3.3 Elementi in uscita dalla progettazione

Per ogni nuovo Progetto Riabilitativo Individuale sono previsti i documenti che dovranno essere prodotti durante lo sviluppo del progetto stesso e che costituiranno i documenti in uscita dalla progettazione stessa.

Tali documenti sono indicati dalla normativa nazionale e regionale di riferimento e riportati nel Progetto Riabilitativo Individuale dell'utente.

DS assicura che i documenti in uscita dalla progettazione:

- siano coerenti con i requisiti in ingresso;
- forniscano informazioni adeguate per la erogazione ed il controllo del servizio (paragrafo 7.5)

7.3.4 Riesame e verifica del progetto

Nel corso della elaborazione del Progetto Riabilitativo Individuale, tutta l'Equipe, costituita da DS, Medici ed Operatori, per assicurare che il servizio da erogare sia in grado di rispettare i requisiti richiesti dal Progetto Riabilitativo Individuale, effettuano delle riunioni periodiche per verificarne la conformità ai requisiti imposti dalla normativa nazionale e regionale di riferimento ed alle informazioni relative all'utente, acquisite in fase di colloquio iniziale; a tali riunioni possono partecipare anche i genitori degli utenti stessi; in questa fase sono apportate al Progetto Riabilitativo Individuale tutte le modifiche ritenute necessarie.

I risultati del riesame e della verifica di progetto sono registrati dai Medici e da DS sul Progetto Riabilitativo Individuale di riferimento.

7.3.5 Validazione del progetto

Ogni nuovo Progetto Riabilitativo Individuale indica tutti i requisiti per assicurare che il servizio di riabilitazione sia in grado di rispettare i requisiti richiesti e contenuti nei dati in entrata della progettazione; la struttura del Progetto Riabilitativo Individuale è definita da normativa nazionale e regionale e quindi non modificabile.

La validazione del progetto è effettuata prima della sua attuazione e può ricondursi a:

- verifica del progetto di riabilitazione da parte della ASL competente territorialmente attraverso il criterio del silenzio/assenso;
- confronto con efficaci progetti simili già esistenti;
- effettuata sulla base delle competenze degli operatori coinvolti.

I risultati della validazione sono esaminati, registrati ed archiviati da tutta l'Equipe coinvolta su appositi Verbali di riunione.

7.3.6 Modifiche alla progettazione

Le modifiche del Progetto Riabilitativo Individuale possono essere necessarie in fase di erogazione del servizio a seguito di comprovata inadeguatezza di alcuni aspetti dello stesso, segnalata in fase di reclamo dall'utente o riscontrata a seguito di mancato conseguimento dei risultati previsti.

DS verifica le eventuali conseguenze che le modifiche del Progetto Riabilitativo Individuale possono produrre.

Documento in uscita consiste in un nuovo Progetto Riabilitativo Individuale, da sottoporre nuovamente a tutte le fasi di approvazione previste (paragrafo 7.3.5).

7.4 APPROVVIGIONAMENTO

Il flusso di processo relativo alla gestione degli approvvigionamenti è riportato in **Allegato 74P**.

7.4.1 Processo di approvvigionamento

Il Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA identifica i fornitori di prodotti e servizi ritenuti importanti per la qualità dei servizi erogati, per assicurare che questi risultino conformi ai requisiti stabiliti. I prodotti/servizi da approvvigionare sono relativi alle seguenti tipologie:

- Servizio di disinfestazione, lavanderia
- Servizio di taratura
- Servizio di manutenzione automezzi ed attrezzature (assistenza ascensore interno, elettrauto, carrozziere, gommista, autoricambi, gestione centralino telefonico, attrezzature cucina)
- Servizio di smaltimento rifiuti speciali
- Farmaci e parafarmaci
- Servizi di manutenzione hardware e software
- Servizio di manutenzione impianti (manutenzione estintori ed imp. antincendio, imp. elettrico, imp. climatizzazione, imp. idraulico)
- Altri servizi consulenza professionale (Legale, Commercialista, Qualità, Sicurezza Privacy, HACCP, Medicina del Lavoro, Legge 231/2001, ecc.)
- Fornitura prodotti medicali e sanitaria (ausili protesici, carrozzine, tutori, attrezzature di supporto, ecc.)
- Fornitura di prodotto per Igiene e Pulizia
- Fornitura di prodotti alimentari
- Fornitura di Prodotti Sw ad hoc

La lista dei fornitori utilizzati è predisposta da ACQ, che ha il compito di tenerla costantemente aggiornata a seconda della tipologia delle forniture approvvisionate, in occasione dell'ingresso di nuovi fornitori o della cancellazione di un fornitore e sulla base di considerazioni emerse in occasione delle forniture, che debbano essere prese in considerazione per le forniture successive e per la gestione del rapporto con il fornitore stesso; tutti i fornitori sono verificati nel mantenimento dei requisiti richiesti in occasione di ogni fornitura.

7.4.2 Fornitori qualificati

7.4.2.1 Criteri di qualificazione

L'approvvigionamento dei prodotti/servizi necessari avviene solo tramite fornitori che sono qualificati da Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA secondo le seguenti modalità:

- Sono Fornitori qualificati quelli:
 - che abbiano effettuato almeno una fornitura e che rispettino i requisiti di qualificazione di seguito riportati;
 - storici, ovvero già utilizzati da più di un anno;
 - certificati secondo le Norme UNI EN ISO 9000;
 - segnalati direttamente dal cliente.
- Sono Fornitori da qualificare tutti gli altri che si devono utilizzare per la prima volta; la qualificazione avviene dopo la verifica della conformità della prima fornitura ai requisiti stabiliti e di seguito indicati.

Il mantenimento della qualifica avviene tramite verifica delle forniture effettuate ed avviene ad ogni fornitura, verificando il rispetto dei seguenti criteri:

Modalità di pagamento – Il tempo intercorrente tra la fornitura ed il pagamento della stessa deve essere quello concordato in fase di accordo commerciale con il fornitore interessato;

Prezzi applicati – I prezzi praticati non devono differire più del 10% da quelli di mercato;

Errori riscontrati al ricevimento – Eventuali difformità sulla quantità e la qualità dei materiali consegnati o servizi erogati non deve comportare disservizi o ritardi nella erogazione del servizio, che possano avere conseguenze sulla soddisfazione del cliente/utente;

Rispetto dei tempi di consegna – La fornitura deve essere effettuata nei tempi concordati in sede di ordine e comunque eventuali ritardi non devono comportare disservizi o ritardi nella erogazione del servizio, che possano avere conseguenze sulla soddisfazione del cliente/utente;

Capacità di assistenza tecnica del fornitore – Il fornitore deve essere in grado di fornire consulenza tecnica sui prodotti o servizi da esso forniti garantendo il rispetto della normativa vigente.

Qualora siano riscontrate difformità sulla forniture, tali da non rispettare i requisiti sopra descritti, ACQ registra sull'Elenco dei Fornitori Qualificati quanto necessario sia da ricordare prima di effettuare forniture successive con il fornitore interessato.

ACQ informa il fornitore interessato tramite comunicazione scritta, in cui descrivono il materiale od il servizio non conforme, il trattamento adottato per evitare effetti negativi sulle attività interessate e la proposta di azione correttiva per evitare il ripetersi delle anomalie riscontrate, della quale il fornitore comunicherà la modalità di presa in carico; la verifica dell'efficacia delle azioni intraprese è effettuata alla fornitura successiva.

7.4.3 Gestione degli ordini ai fornitori

La gestione degli acquisti avviene in maniera indipendente nelle sedi del Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA, ma utilizzando le stesse modalità, così come descritte in questo paragrafo.

ACQ seleziona fra i fornitori qualificati quelli che rispondono meglio alle esigenze del momento ed applica la procedura descritta ai paragrafi successivi.

In caso di acquisti ordinari questo può essere effettuato direttamente dagli Operatori, utilizzando liste predisposte ove sono riportati i prodotti e le quantità ritenute necessarie; l'Operatore che effettua l'acquisto firma la lista relativa alla spesa effettuata; tale lista è successivamente consegnata ad ACQ che appone firma di controllo.

Per tutti gli altri tipi di acquisti la responsabilità è di ACQ.

ACQ ed AMM effettua il controllo finale sull'entità degli acquisti effettuati, al fine della contabilità aziendale.

Per l'approvvigionamento di servizi di prestazione professionale, la documentazione consiste in:

- lettera di incarico;
- documentazione richiesta al fornitore (in modo particolare il curriculum vitae del prestatore, che deve essere sempre richiesto).

I contenuti minimi della lettera d'incarico per l'acquisizione di risorse professionali esterne sono:

- tipologia di incarico da effettuare;
- tipologia di attività della prestazione;
- la durata dell'incarico;
- il compenso lordo (orario e/o complessivo);
- i tempi e le modalità di pagamento delle prestazioni.

7.4.3.1 Richiesta di offerta

Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA utilizza la Richiesta di Offerta per approvvigionamenti di prodotti/servizi e qualora si debbano valutare più offerte scegliendo tra diversi fornitori.

Per le tipologie di forniture previste (vedere par. 7.4.1 del Manuale), ACQ sceglie tra i fornitori indicati in "Elenco Fornitori Qualificati"; successivamente comunica verbalmente ai fornitori i termini della fornitura.

Ricevute le offerte, valuta quelle ritenute di maggior interesse e, dopo aver avuto, se necessaria, l'approvazione del CDA, invia al Fornitore prescelto un ordine scritto o restituisce l'offerta approvata (conferma d'offerta).

Talvolta è stipulato un contratto con il fornitore prescelto definente le dimensioni minime della fornitura ed i relativi prezzi concordati o facente riferimento a Listini Prezzo del fornitore in vigore. Nell'ambito di detti contratti, stipulati da PCDA, si attivano direttamente ordini di acquisto (vedere par. 7.4.3.2 del Manuale).

E' possibile ricevere dai fornitori anche delle offerte verbali.

7.4.3.2 Ordini

L'approvvigionamento avviene tramite emissione di ordini di acquisto, che possono essere costituiti da un documento emesso dal Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA o dall'approvazione dell'offerta di un fornitore (conferma di offerta).

Qualora l'offerta di un fornitore sia emessa verbalmente, l'ordine di acquisto corrispondente deve essere controfirmato per accettazione dal fornitore stesso.

Il documento di ordine può essere riferito a più forniture consecutive e per un determinato periodo di tempo; in questo caso può essere costituito da un contratto o da un ordine aperto.

Gli ordini di acquisto contengono tutte le informazioni necessarie ad identificare (ove applicabile):

- gli estremi del fornitore;
- la descrizione dei prodotti o dei servizi forniti;
- quantità richiesta e prezzo concordato;
- luogo e data di consegna (o di effettuazione in caso di servizi);
- modalità di pagamento.

L'ordine può essere emesso anche da un Agente del fornitore direttamente presso il Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA, dopo che ACQ ne abbia preso visione, tramite l'Agente stesso, delle condizioni di vendita in vigore od in riferimento a Listini in vigore emessi dal fornitore.

Possono essere effettuati acquisti direttamente presso la sede del fornitore; in questo caso non si emette l'ordine di acquisto e quindi quanto descritto al paragrafo 7.4.3.1 del Manuale; chi effettua l'acquisto prende visione direttamente dei prezzi praticati dal fornitore e su quanto acquistato riceve Fattura accompagnatoria, DDT o scontrino fiscale.

7.4.3.3 Riesame dell'ordine

Prima di emettere l'ordine di acquisto o firmare un contratto di fornitura, occorre che chi lo abbia emesso verifichi che:

- contenga tutti i dati necessari;
- qualora sia stata emessa offerta scritta, la cui approvazione costituisce ordine, quanto contenuto nell'offerta coincida con quanto effettivamente necessario e richiesto.

L'evidenza della effettuazione del riesame è data dalla firma di emissione dell'ordine di acquisto, se cartaceo, o dalla notifica di invio (ad esempio nella casella "posta inviata") se inviato tramite posta elettronica.

In caso di eventuali modifiche agli ordini si emettono nuovi ordini, sempre con riferimento all'offerta od all'ordine iniziale.

7.4.4 Verifica dei prodotti e dei servizi approvvigionati

I controlli in accettazione sono relativi alla verifica dei prodotti/servizi approvvigionati di cui al paragrafo 7.4.1 del Manuale e sono effettuati sulla base dei seguenti criteri di accettazione:

- corrispondenza della quantità e tipologia richiesta e della integrità, per quanto riguarda i prodotti, verificando la rispondenza tra merce consegnata e DDT e successivamente tra DDT ed ordine;
- presenza della certificazione di prodotto per gli articoli ove è richiesta (es. giocattoli) o del rispetto delle date di scadenza per gli alimenti;
- corrispondenza di quanto stabilito contrattualmente con il servizio effettivamente erogato, per quanto riguarda i servizi.

La competenza per l'effettuazione di tali controlli è di chi ha effettuato l'acquisto; l'evidenza dei controlli effettuati è riportata:

- per i prodotti, sul DDT o Fattura accompagnatoria, firmandoli per accettazione e riserva di ulteriori controlli;
- per i servizi, nella documentazione di registrazione relativa al controllo dei servizi erogati.

Qualora il prodotto/servizio non risulti conforme ai suddetti controlli in accettazione, si informa il fornitore, così come previsto al par. 7.4.2.1 del Manuale.

Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA non prevede verifiche presso i propri fornitori.

7.5 EROGAZIONE DEI SERVIZI

7.5.1 Tenuta sotto controllo della erogazione del servizio

I processi di erogazione del servizio che hanno diretta influenza sulla qualità degli stessi e sulla soddisfazione del cliente/utente, sono riportati negli allegati di seguito descritti.

Tali processi sono attuati con condizioni tali da prevederne il controllo della compatibilità dei risultati conseguiti con:

- la conoscenza e la verifica delle esigenze e delle condizioni di partenza dell'utente, in relazione alle attività da svolgere;
- i regolamenti e/o le istruzioni di lavoro predisposte;
- le registrazioni (evidenze) fornite dalla documentazione predisposta.

Se a seguito dell'attività di monitoraggio da parte di RQ, dei Medici Responsabili e di DS, si rilevassero anomalie, queste devono essere discusse in sede di riunione del gruppo di lavoro, ove si valutano le azioni di miglioramento da intraprendere.

7.5.1.1 Descrizione dei processi di erogazione del servizio

Sono di seguito indicati i documenti ove sono descritti i processi principali che regolano l'erogazione ed il controllo del servizio.

- **Allegato MQ_75P** – Flusso di processo: Erogazione dei servizi di riabilitazione;

il flusso di processo descrive:

- schema di flusso con rappresentazione di ogni singola fase ed il relativo collegamento con le altre fasi;
- elementi in entrata ed in uscita per ogni fase;
- funzioni responsabili per ogni singola fase.

Il controllo del servizio erogato consiste nella verifica del raggiungimento degli obiettivi di progetto prefissati ed avviene secondo le modalità indicate su:

- flusso di processo di riferimento;
- Progetto Riabilitativo Individuale;
- regolamenti interni;
- criteri stabiliti di volta in volta nelle riunioni di Equipe e riportati sui relativi Verbali.

I Verbali di riunione, quale strumento che fornisce evidenza dello stato di controllo di un processo e/o di un servizio, devono riportare:

- nominativo dei presenti, qualifica e loro firma di presenza;
- argomenti trattati;
- decisioni intraprese;
- eventuali azioni da intraprendere per risolvere anomalie verificatesi o prevenirne di potenziali;
- responsabilità, tempi e modalità per l'attuazione di queste azioni;
- evidenza della presa in carico di tali azioni e della loro efficacia.

7.5.2 Validazione dei processi

Sono soggetti a validazione i processi che si definiscono “speciali”, ovvero che non possono essere verificati nel corso del loro svolgimento, ma solamente in un secondo tempo; per questo motivo tali processi sono eseguiti da personale qualificato od in possesso delle competenze necessarie, utilizzando attrezzature di lavoro ed infrastrutture idonee e materiali certificati dal produttore (ove necessario).

I processi relativi alla erogazione del servizio, sono attuati in condizioni controllate, durante tutte le fasi di attività:

- continuamente dai singoli operatori;
- a campionamento da parte della funzione interessata (vedere par. 7.5.1.1 del Manuale).

Le attività svolte dagli Operatori sono coperte da assicurazione R.C.T. (Responsabilità Civile su Terzi).

La validazione dei processi è assicurata dalla preventiva qualificazione degli operatori, che avviene sulla base delle competenze possedute e dell'esperienza sul campo.

7.5.3 Identificazione e rintracciabilità

Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA predispone e mantiene attivi i processi documentati per identificare il servizio con mezzi adeguati durante tutte le attività da svolgere.

I documenti relativi alle varie fasi del processo e attestanti la natura del servizio erogato sono elencati in **Allegato MQ_42R** (vedere par. 4.2 del Manuale) e conservati in modo tale da garantirne l'integrità nel tempo (archivio Progetti Riabilitativi Individuali).

Al fine di garantire l'identificazione e la rintracciabilità della documentazione e dei servizi erogati, è disponibile un Progetto Riabilitativo Individuale per ogni utente contenente un codice di riferimento; in esso si riportano, oltre alle informazioni sull'utente, anche tutti i dati utili per il buon svolgimento del servizio, come quelli relativi al servizio inviante e alla rete dei referenti esterni che sono coinvolti nel lavoro di rete per il reinserimento.

Nel Progetto Riabilitativo Individuale sono riportate tutte le azioni svolte per l'erogazione del servizio a cura dell'Operatore responsabile di ciascuna attività.

La gestione documentale del Progetto Riabilitativo Individuale, le modalità di consultazione, di riproduzione, di rilascio, di conservazione, sono descritte su apposito documento (vedere **Allegato MQ_42R**).

Nei “Verbali di riunione di Equipe” sono riportate tutte le azioni svolte per il controllo della erogazione del servizio.

Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA predispone e conserva le registrazioni che forniscono evidenza che il servizio è stato pianificato e controllato; queste registrazioni indicano in modo chiaro se il servizio corrisponde ai requisiti richiesti dal cliente e dell'utente ed agli obiettivi del Progetto Riabilitativo Individuale.

Nel caso in cui il servizio si discosti dagli standard, si applicano i processi per il trattamento correttivo delle prestazioni non conformi (vedere par. 8.3 del Manuale).

7.5.4 Proprietà del cliente

Al fine di garantire l'adeguata riservatezza delle informazioni relative al cliente ed all'utente, tutta la documentazione contenente i dati personali e quelli relativi al percorso di inserimento sono conservate sotto il controllo dei soli operatori membri dell'Equipe e visionabili solo da loro, in conformità alla normativa vigente in materia di tutela della Privacy.

In particolare la documentazione cartacea è conservata sotto chiave e in locali il cui accesso è consentito ai soli operatori dell'Equipe, mentre i file sono protetti da password.

Per quanto riguarda la necessità di passaggio di informazioni sull'utente tra i referenti dell'Equipe e nei confronti degli enti pubblici ai quali il Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA deve rendere conto, in fase di avvio dell'inserimento si richiede il consenso dell'utente interessato.

Per quanto attinente invece alla sicurezza informatica dei dati del cliente, è compito del CDA verificare costantemente l'aderenza alla normativa vigente e attuare tutte le azioni necessarie perché questo requisito sia mantenuto.

Il personale è istruito affinché le informazioni ricevute in via riservata dal cliente, siano gestite nel rispetto delle esigenze del cliente e della normativa vigente (vedere **Allegato MQ_42R**).

Per la gestione del servizio fornito al cliente/utente, il Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA stipula e tiene aggiornate apposite polizze assicurative.

Il dettaglio delle modalità di gestione dei dati riservati è riportato nel DPS (Documento Programmatico Sicurezza) in vigore.

7.5.5 Conservazione

L'unico requisito da soddisfare in merito, è quello relativo alla conservazione delle attrezzature di lavoro e della eventuale documentazione allegata, le cui modalità sono già state descritte al paragrafo 6.3 del Manuale.

7.6 TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE APPARECCHIATURE DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE

Il Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA identifica e mantiene in efficienza le apparecchiature di monitoraggio e misurazione utilizzate, quali:

- Termometri per la misurazione delle temperature dei frigoriferi per la conservazione dei cibi in cucina, dei farmaci in infermeria e dell'acqua della piscina
- Strumenti per la misurazione dei valori di acidità (PH) e del contenuto di Cloro dell'acqua della piscina
- Misuratori della velocità dei pulmini utilizzati per il trasporto degli utenti

Le suddette apparecchiature, a seconda della loro tipologia, possono essere soggette ad uno o più delle seguenti attività di verifica:

- taratura, con periodicità definita, attraverso operazioni documentate di verifica e confronto, utilizzando analoghe apparecchiature la cui affidabilità di misurazione è garantita con riferibilità a campioni di riferimento certificati con riferibilità secondo le normative applicabili;
- programmi di manutenzione ordinaria con periodicità e tipologia d'intervento definiti dalla documentazione fornita dal costruttore;
- manutenzione straordinaria, in caso di guasti o malfunzionamenti imprevisti;
- controllo di hardware e software specifico (ove applicabile), attraverso il corretto funzionamento alla sua accensione e/o messa in opera e la verifica della corretta presentazione dei dati.

Tutte le apparecchiature che hanno prodotto risultati di dubbia validità, che hanno manifestato difetti di funzionamento, o che risultano non verificate, devono essere appositamente identificate come non utilizzabili, fino al momento in cui ulteriori prove e verifiche non ne garantiscano il corretto funzionamento.

8 – MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO

8.1 GENERALITÀ

“Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” per assicurare la conformità dei propri prodotti/servizi e ottenere i miglioramenti, ha pianificato sia le misurazioni e i monitoraggi da effettuare, sia la Gestione delle “non conformità”, sia le modalità per le analisi dei dati e per realizzare il miglioramento, così come rispettivamente descritto ai successivi punti 8.2, 8.3, 8.4, 8.5.

8.2 MONITORAGGI E MISURAZIONI

8.2.1 Soddisfazione del cliente

“Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” gestisce il monitoraggio della soddisfazione del cliente, tramite uno o più dei seguenti strumenti:

- a) la sistematica analisi dei reclami pervenuti, la loro risoluzione e la rimozione, tramite l’avvio di opportune azioni correttive, delle cause all’origine di tali reclami; tale analisi è effettuata da RQ, secondo quanto definito nei paragrafi 8.3 “Tenuta sotto controllo dei prodotti non conformi” e 8.5 “Miglioramento”;
- b) l’utilizzo di criteri di autovalutazione impliciti/indiretti quali:
 - analisi dei ritorni (commenti, osservazioni) degli enti invianti e delle strutture che partecipano alla presa in carico dell’utente;
 - analisi dei Riesami di Direzione e dei Verbali di Riunione;
- c) criteri di valutazione espliciti/diretti ricavabili da contatti diretti con l’utente; a tale proposito gli operatori che curano la presa in carico dell’utente effettuano colloqui in prima persona e telefonici con la famiglia, l’esito dei quali è riportato costantemente nelle riunioni mensili;
- d) i risultati dei riesami del SGQ che prevedono un confronto tra le informazioni indicate negli obiettivi per la qualità, idonei a migliorare l’efficacia del sistema di gestione della qualità, ed i risultati effettivamente conseguiti;
- e) informazioni di ritorno sul servizio attraverso la richiesta della compilazione di una scheda di soddisfazione volta alla valutazione del percorso effettuato e su cui riportare opinioni sulla gestione dello stesso, da analizzare nel corso delle riunioni di Equipe per una valutazione sul servizio offerto all’utente;
- f) questionario di autovalutazione interna in cui i singoli operatori esprimono una valutazione di come “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” nel suo insieme consenta di erogare il servizio.

La gestione delle informazioni di ritorno dai questionari di soddisfazione dei clienti è responsabilità di RQ, che informa CDA.

I risultati ottenuti con l’impiego di tali strumenti sono discussi nel corso del Riesame di Direzione le cui modalità gestionali sono descritte al punto 5.6 del presente Manuale.

8.2.2 Audit interni

8.2.1.1 Programmazione degli audit interni

Analizzando, inizialmente, l'importanza dell'attività di ciascun settore ed il suo relativo impatto sul SGQ, RQ programma, generalmente ad inizio anno, una serie di audit interni (minimo uno per ciascun processo), riservandosi di modificarne la frequenza di interventi sulla base di NC riscontrate od eventi speciali.

A tal fine, RQ utilizzerà il "Programma degli audit interni", che è poi trasmesso al PCDA per la verifica ed approvazione, prima della sua entrata in vigore.

8.2.1.2 Scelta dei verificatori per la conduzione degli audit interni

La conduzione degli audit interni è affidata da PCDA; il ruolo di Verificatore può essere ricoperto da:

- personale esterno qualificato, a seguito della frequentazione di un corso sulla conduzione degli audit interni e superamento del relativo esame presso Ente di formazione accreditato;
- a personale interno al "Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA", in possesso di una conoscenza dei concetti, criteri e tecniche relative alla valutazione dei SGQ e non direttamente coinvolto nel processo oggetto dell'audit interno; tale competenza deve essere documentata e può essere soddisfatta, a titolo di esempio, dall'avvenuto affiancamento ad un ciclo completo di audit interni su tutti i processi, già eseguito da parte di personale qualificato.

8.2.1.3 Preparazione e comunicazione degli audit interni

Oltre a raccogliere il maggior numero possibile di dati relativi al settore da verificare, il Verificatore può condurre l'audit interno sulla base della guida costituita da una o più liste di riscontro, allo scopo di non tralasciare nessuno dei processi che devono essere verificati; deve sempre registrare le evidenze dell'audit interno.

Nel rispetto dello spirito di collaborazione, teso al continuo miglioramento del SGQ, si evidenzia che le persone da intervistare, devono essere preavvertite con opportuno anticipo, affinché siano presenti all'incontro tutte le persone interessate.

Il Verificatore comunica a ciascun interessato, coinvolto nei processi oggetto dell'audit interno, con almeno una settimana di anticipo, il programma di dettaglio relativo (Piano di audit interno) contenente:

- obiettivi e ragioni;
- modalità di verifica e processi da verificare;
- funzioni responsabili dei processi da verificare;
- attività da verificare e documenti di riferimento interessati;
- data di effettuazione, eventualmente anche l'orario, e durata prevista.

8.2.1.4 Esecuzione degli audit interni

Durante l'audit interno le informazioni possono essere raccolte mediante interviste, esame dei documenti ed osservazioni dirette sulle attività svolte e deve essere dato particolare rilievo all'individuazione delle non conformità; queste devono essere preferibilmente riconosciute come tali sia dal Verificatore, che dalla persona verificata; le informazioni raccolte devono essere registrate dal Verificatore, utilizzando un foglio osservazioni.

Qualora nel corso dell'audit interno il Verificatore rilevi degli scostamenti rispetto ai requisiti specificati nel Manuale Qualità, egli deve innanzitutto dichiararla verbalmente all'intervistato od al Responsabile del processo verificato e poi sintetizzarla per iscritto.

Ogni audit interno comprende:

- verifica dell'applicazione conforme della documentazione del SGQ;
- controllo dell'attuazione e dell'efficacia di Azioni Correttive richieste a seguito di precedenti audit interni;
- verifica della disponibilità e dello stato di aggiornamento della documentazione del SGQ;
- verifica della conoscenza delle "procedure" da parte del personale che le applica.

8.2.1.5 Rapporto di audit interno

Dopo la chiusura dell'audit interno, raccogliendo tutte le informazioni registrate, il Verificatore redige il "Rapporto di audit interno.", utilizzando un linguaggio semplice, chiaro e diretto allo scopo; sul "Rapporto di audit interno" devono essere indicate le eventuali "Osservazioni" e/o "Non Conformità" emerse nel corso dello stesso.

Il "Rapporto di audit interno" deve essere firmato dal Verificatore e da PCDA, o da RD, e distribuito, o reso noto, a tutte le funzioni interessate dall'audit interno.

Si indicano, di seguito, le definizioni relative ai vari tipi di scostamenti possibili, rilevabili nel corso dell'audit interno:

- Osservazione: rilievo di entità limitata, che non fa venire meno il controllo di un processo, ma che necessita comunque di risoluzione, per evitare che questo comporti l'insorgere di Non Conformità;
- Non Conformità Minore: mancato rispetto di un requisito del processo verificato; il processo risulta comunque ancora sotto controllo;
- Non Conformità Maggiore: mancato rispetto di uno o più requisiti del processo verificato, tali da far mancare un sistema di controllo;

Il Verificatore può segnalare nel "Rapporto di audit interno" anche ogni altra osservazione, che pur non costituendo una non conformità nei confronti del SGQ, è comunque ritenuta utile ai fini del suo miglioramento.

8.2.1.6 Verifica dell'attuazione e dell'efficacia delle azioni correttive intraprese

Per la presa in carico delle Osservazioni, possono essere emesse Azioni Preventive, mentre per la presa in carico delle Non Conformità, devono essere intraprese idonee Azioni Correttive per eliminare la causa della Non Conformità stessa ed evitare il suo ripetersi in futuro; la risoluzione da intraprendere ed i tempi di attuazione devono essere commisurati alla gravità del rilievo riscontrato (vedere par. 8.5).

Il Responsabile del processo coinvolto da eventuali rilievi, deve assicurare che ogni azione intrapresa sia attuata nei tempi previsti e senza indebito ritardo; la verifica dell'attuazione e dell'efficacia delle azioni adottate può essere effettuata in occasione degli audit interni successivi, predisponendo quesiti mirati sulle relative "Liste di riscontro".

I risultati degli audit interni effettuati e delle azioni di miglioramento intraprese, sono periodicamente esaminati da PCDA e costituiscono elementi in entrata per la discussione del Riesame di Direzione (vedere par. 5.6).

La descrizione della documentazione utilizzata, è riportata in **Allegato MQ_42R**.

8.2.3 Monitoraggio e misurazione dei processi

La definizione di un sistema di misurazione e monitoraggio dei processi è, e resta, uno degli aspetti chiave del sistema di gestione; un sistema di indicatori dovrebbe essere tale da fornire dati significativi e oggettivi almeno sull'andamento di tutti i processi principali e, se possibile, di supporto.

Il sistema di indicatori è alimentato da dati continui, significativi e attinenti il processo di riferimento; l'analisi dei dati derivanti dagli indicatori (vedi par. 8.2.4) deve fornire al CDA informazioni oggettive tali da poter comprendere l'andamento dell'organizzazione, ove poter prendere decisioni.

“Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” gestisce le misurazioni ed i monitoraggi dei processi attraverso un Piano di controllo approvato da PCDA per ogni processo individuato, inserito nel documento di Riesame di Direzione, ove sono stabiliti i controlli/obiettivi ed i criteri di accettazione/indicatori relativi.

I dati sono raccolti tramite i documenti di registrazione previsti per ogni processo e sono analizzati almeno annualmente da RQ, per la verifica dell'andamento del processo stesso e la definizione di eventuali Azioni Correttive e/o Preventive atte al miglioramento delle prestazioni e documentati sul Piano di Miglioramento.

Tutti i dati raccolti e le valutazioni periodiche di RQ sono esaminate in fase di Riesame di Direzione per la definizione delle azioni atte al perseguimento del miglioramento continuo.

8.2.4 Monitoraggio e misurazione dei servizi

Il monitoraggio dei servizi erogati implica l'applicazione di tutte le attività ed i controlli volti ad assicurare che quanto sia stato definito con l'utente e prescritto dalle norme vigenti, sia attuato in modo soddisfacente.

Il controllo è di fatto svolto attraverso le riunioni di Equipe, svolte con la supervisione di DS; in tali riunioni sono monitorati i percorsi dei singoli utenti ed è compito dell'Equipe verificare che siano rispettati i tempi e le modalità previsti dalle procedure per i singoli servizi erogati.

Il processo di monitoraggio e di misurazione dei servizi erogati è integrato nelle attività di cui al paragrafo 7.5.

8.3 TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI PRODOTTI/SERVIZI NON CONFORMI

8.3.1 Generalità

L'emissione delle Non Conformità (NC) avviene quando nell'ambito di un'attività si verifichi un evento che produca un disservizio che abbia conseguenze dirette sulla qualità del servizio erogato, sul raggiungimento degli obiettivi e sulla soddisfazione dell'utente, dell'utente e delle relative famiglie.

8.3.2 Classificazione

- NC di servizio – quando è l'attività operativa del “Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA” o dei fornitori a far riscontrare anomalie;
- NC di sistema – quando è una procedura, documento di consultazione od istruzione ad essere considerata non idonea; in questo caso si emette sempre una azione correttiva o preventiva (vedere par. 8.5);

- NC maggiore
 - a) in presenza di anomalie ripetitive;
 - b) in presenza di mancato rispetto dei requisiti prestabiliti da parte del personale, che abbia provocato disservizi tali da causare reclami da parte del cliente/utente;
- NC minore
 - a) in presenza di prodotti di fornitura non utilizzabili o servizi forniti non idonei;
 - b) tutti gli eventi negativi da segnalare relativi all'attività del personale, non riconducibili ai casi previsti dalle NC maggiori.

La NC minore e maggiore deve essere presa in carico con un trattamento.

In caso di NC maggiore, occorre che ne siano individuate le cause in modo tale da evitarne il ripetersi; per questo si necessita di un piano di azione correttiva (vedere par. 8.5).

8.3.3 Segnalazione

I prodotti non conformi rilevati nelle forniture, sono adeguatamente identificati da RQ in sede, per mezzo di un apposita indicazione con la scritta "NON CONFORME" e segregati, ove tecnicamente possibile; le non conformità rilevate durante l'erogazione del servizio sono identificate, descrivendo quanto accaduto sul Registro NC-AC-AP.

8.3.4 Trattamento

RQ determina il trattamento da adottare, registrandone i dati sul Registro NC-AC-AP; il trattamento consiste in una decisione da assumere nel più breve tempo possibile relativamente alla eliminazione degli effetti della NC.

Tale decisione si riferisce alle seguenti opzioni:

1. svolgere nuovamente il servizio / chiedere la sostituzione della fornitura;
2. approvare ugualmente il servizio eseguito / utilizzare ugualmente la fornitura;
3. destinare il prodotto ad applicazioni diverse dove siano accettati requisiti minori (declassamento);
4. annullare i servizi previsti / scartare la fornitura.

Qualora si scelga la prima o la seconda opzione, chi ha emesso la NC è tenuto a valutare la necessità di procedere in modo tale da garantire la permanenza dei requisiti di qualità del prodotto fornito o dei servizi erogati.

Qualora le modifiche comportino la perdita di uno o più requisiti previsti dalle richieste del committente, PCDA o RQ richiede autorizzazione al cliente/utente, allo scopo di poter portare a termine i lavori con i requisiti esistenti; la risposta del cliente è annotata sul Registro NC-AC-AP.

In questa fase è indicato sul Registro NC-AC-AP:

- trattamento adottato;
- nominativo di chi lo attua ed i tempi previsti;
- eventuale richiesta di azioni correttive e/o preventive per la ricerca delle cause nelle NC maggiori, riportando i dati relativi ai rapporti da utilizzare;
- firma e data di approvazione delle decisioni intraprese.

8.3.5 Esito del trattamento

Alla scadenza prevista, è verificato da chi ha emesso la NC, l'esito del trattamento intrapreso, che è riportato sul Registro NC-AC-AP, ove è stato segnalato l'evento.

Qualora l'esito sia positivo si può considerare chiusa la NC; se l'esito è negativo occorre stabilire un nuovo piano di intervento applicando nuovamente la presente procedura dall'inizio, predisponendo una nuova Non Conformità.

A questo punto può essere stabilito un momento successivo di verifica dell'efficacia del trattamento adottato, da indicare sul Registro NC-AC-AP ove è stato segnalato l'evento.

8.3.6 Azioni successive

Il verificarsi di una NC presuppone che sia attuato un controllo sugli altri prodotti già acquistati o sugli altri servizi già eseguiti, allo scopo di individuare altre possibili anomalie; gli eventuali altri prodotti o servizi NC che si dovessero individuare, sono trattati come descritto al punto 8.3.4.

In un secondo tempo sarà valutata l'efficacia del trattamento adottato, in termini di mancata ripetizione dell'evento così come si era verificato; la verifica dell'efficacia è registrata sul Registro NC-AC-AP, da chi ha emesso e gestito la NC stessa.

8.3.7 Registrazione delle NC emesse

Il Registro NC-AC-AP è conservato da RQ in evidenza fino alla loro chiusura e può essere reso disponibile a tutto il personale; le informazioni contenute possono essere visionate periodicamente per effettuare rilievi statistici o verifiche periodiche, come ad esempio il "Riesame del SGQ".

La descrizione della documentazione utilizzata, è riportata in **Allegato MQ_42R**.

8.4 ANALISI DEI DATI

"Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA" raccoglie ed analizza, per stabilire l'adeguatezza e l'efficacia del proprio SGQ e per individuare possibili miglioramenti, i seguenti dati:

- valutazione dei servizi erogati;
- valutazione della adeguatezza delle risorse umane ed infrastrutturali;
- valutazione delle forniture e dei servizi erogati non conformi;
- valutazione dei problemi occorsi e dei reclami del cliente.

I dati sono raccolti tramite i documenti di registrazione relativi ad ogni attività ed utilizzati per la valutazione degli obiettivi di processo stabiliti (vedere par. 5.4 del Manuale).

Per ogni obiettivo è misurato il valore attuale all'inizio del periodo di riferimento (in genere l'anno solare) e fissato un valore da raggiungere in un determinato intervallo di tempo; durante questo periodo si ha il monitoraggio e la raccolta dati, quindi l'analisi vera e propria.

L'analisi dati si articola in tre fasi distinte; nella prima fase RQ raccoglie i dati rilevati dai vari Responsabili di funzione; nella seconda fase si analizzano tali dati evidenziando tutte le componenti che li caratterizzano, al fine di individuare, in caso di esito negativo, le possibili cause che possano aver fatto ottenere o far pensare di ottenere dei risultati diversi da quelli attesi; la terza fase è sviluppata nel caso in cui l'analisi eseguita in quella precedente fornisca esiti negativi e deve consistere nel rimuovere le relative cause; in tal caso, RQ e i Responsabili dei processi, insieme alla Direzione, concordano le opportune azioni per il miglioramento.

I dati, derivanti dall'azione di monitoraggio e misurazione, devono fornire informazioni in merito agli obiettivi della Politica per la Qualità, alla soddisfazione del cliente, alla conformità dei servizi erogati a quanto richiesto dal cliente, alle caratteristiche e andamento dei processi e ai fornitori.

8.5 MIGLIORAMENTO

8.5.1 Miglioramento continuo

Gli strumenti adottati per il miglioramento continuo dell'organizzazione sono:

- la gestione delle Non Conformità e dei Rapporti di Azione Correttiva e Preventiva;
- la gestione degli audit interni;
- la gestione dei reclami;
- la gestione dei Questionari di valutazione dei clienti;
- il monitoraggio dei Processi;
- il Riesame annuale del Sistema di Gestione per la Qualità.

8.5.2 Azioni correttive e preventive

Tale procedura si applica alla determinazione delle modalità e delle responsabilità relative a:

A) Azioni correttive:

- descrizione e riesame della NC;
- individuazione delle cause della NC e del relativo peso;
- progettazione ed attuazione delle azioni necessarie alla eliminazione delle cause;
- riesame e verifica dell'efficacia delle azioni correttive intraprese.

B) Azioni preventive:

- descrizione delle problematiche individuate e definizione degli obiettivi da perseguire;
- individuazione delle cause della NC e del relativo peso;
- progettazione ed attuazione delle azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi;
- riesame e verifica dell'efficacia delle azioni preventive intraprese.

a) Azioni Correttive (AC):

Le AC si adottano per rimuovere le cause che hanno generato NC ed evitare di conseguenza il loro ripetersi in futuro, o per risolvere rilievi effettuati in sede di audit interno.

RQ valuta le condizioni ritenute critiche per la qualità (vedere paragrafo 8.3 del Manuale), individuando ed attivando le AC per evitare il ripetersi di dette NC; di seguito compila il Registro NC-AC-AP, ove riporta la descrizione della NC maggiore verificatasi o di NC anche di peso minore, ma ripetitive e legate ad uno stesso processo.

L'esame delle NC verificatesi permette di risalire alle relative cause:

- NC di prodotto: quando è un prodotto ad essere non conforme (vedere par. 8.3 del Manuale);
- NC di sistema: quando la non conformità è stata determinata dall'utilizzo di documentazione di sistema non adeguata alle necessità.

RQ ed il responsabile del processo interessato collaborano all'analisi di dette cause, riportandone le informazioni su Registro NC-AC-AP; l'esame delle NC verificatesi permette di risalire alle relative cause.

RQ ed il responsabile del processo interessato, collaborano all'analisi di dette cause, riportandone le informazioni sul Registro NC-AC-AP.

Le AC da intraprendere sono definite da RQ e dal responsabile del processo interessato.

PCDA decide circa l'autorizzazione alla decisione intrapresa.

La AC adottata e la relativa autorizzazione di PCDA è riportata sul Registro NC-AC-AP.

RQ alla data prestabilita per l'attuazione delle AC, si accerta della relativa esecuzione.

Qualora il risultato sia giudicato positivo, le AC sono chiuse, altrimenti si apre una nuova AC.

Successivamente sarà valutata l'efficacia delle AC intraprese, in termini di mancata ripetizione di NC le cui cause siano riconducibili alle precedenti.

Le informazioni relative a questa fase sono anch'esse registrate sul Registro NC-AC-AP.

b) Azioni Preventive (AP):

Le AP si adottano per individuare le azioni necessarie ad eliminare le cause di NC potenziali, evitando in tal modo che possano verificarsi, influenzando negativamente i risultati relativi ai prodotti ed ai processi.

Altre motivazioni che giustifichino l'adozione di AP sono le seguenti:

- modifiche delle esigenze del cliente;
- adozione di nuove procedure interne;
- valutazione dei risultati degli audit interni;
- informazioni e reclami del cliente;
- esigenze relative alla gestione delle risorse.

RQ valuta le difettosità o le inefficienze che sono state rilevate (NC documentate, risultati di audit interni, attività di sorveglianza) e definisce gli obiettivi da intraprendere per evitare che queste problematiche continuino a verificarsi o causino eventi più critici; di seguito compila il Registro NC-AC-AP, riportandovi quanto rilevato.

L'esame delle problematiche verificatesi permette di risalire alle relative cause.

RQ ed il responsabile del processo interessato collaborano all'analisi di dette cause, riportandone le informazioni sul Registro NC-AC-AP.

Le AP da intraprendere per perseguire i risultati definiti negli obiettivi sono definite da RQ e dal responsabile del processo interessato; PCDA decide circa l'autorizzazione alla decisione intrapresa.

Le AP adottate e la relativa autorizzazione è descritta sul Registro NC-AC-AP.

RQ alla data prestabilita per l'attuazione delle AP, si accerta della relativa esecuzione; qualora il risultato sia giudicato positivo, le AP sono chiuse, altrimenti si apre una nuova AP.

Successivamente sarà valutata l'efficacia delle AP intraprese, in termini di mancata ripetizione delle problematiche le cui cause siano riconducibili alle precedenti.

Le informazioni relative a questa fase sono anch'esse registrate sul Registro NC-AC-AP.

Il Registro NC-AC-AP è conservato da RQ in evidenza fino alla loro chiusura e possono essere resi disponibili a tutto il personale

CdA (Consiglio di Amministrazione)
Maurizio Scolari, Carlo Mariotti, Arianna Piccotti,
Raffaella Di Landro, Angela Fanara

Rappresentante dei
Lavoratori per la Sicurezza
(RLS) Giovanni Calandriello

Collegio Sindacale
Mangini (Pres)
Tagliati
Urbani

**Collegio dei Revisori dei
Conti**
Sireco-BDO

**Presidente (PR) e
Rappr. Legale**
Carlo Mariotti

**Responsabile
Qualità (RQ)**
Angela Fanara

**Rappresentante
della Direzione (RD)**
Angela Fanara

**Responsabile Servizio Protezione
e Prevenzione (RSPP)**
Alberto Capecconi

Ufficio del Personale (UP)
Raffaella Di Landro
Arianna Piccotti

**Acquisti e Manutenzione
(ACQ)**
Angela Fanara

**Amministrazione e ufficio
Economato (AMM)**
Angela Zicchittu

**Organo di Vigilanza
(OdV)**
Alberto Capecconi

Hardware e Software
Angela Fanara (HW-SW)
Outsourcing (tre ingenia)

**Organizzazione del Lavoro
(ORG)**
Maurizio Scolari

Front Office (FO)
Francesco Palumbo
Stefania Perotti
Judith Bucciarelli
Claudio Pasciuti

Back-Office (BO)
Patrizia Tadioli (Diurno)
Marco Mille (URV)
Rosaria Savino (URD-UREE-
URA)

**Direttore Sanitario
(DS)**
Stefania Cruciani

Pulizie (PUL)
Angela Fanara
18 ausiliarie

**Cucina Diurno
(CUC)**
Convivio
(Fabrizio Vona)

Piscina
Andreucci
Peparini
(Assistenti
bagnanti) +
Terapisti

Autisti Diurno
Giancarlo Alfonsi
Vincenzo Caputo
Angelo Di Canio
Giuseppe Di Paola
Massimiliano Re
Giovanni Zumbà
Palmò Cirulli

**Rapporti Esterni
(RE)**
Cristiana Apetecchi
Silvia Di Bartolomei

**Unità Riabilitativa
Domiciliare (URD)**
Marila Servidio
(MR)

**Unità Riabilitativa Età
Evolutiva (UREE)
"Ambulatorio Bambini"**
Letizia Bianco (MR)

**Unità Riabilitativa
Vascolare (URV)**
Antonio Mander (MR)

**Unità Riabilitativa
Adulti (URA)**
Stefania Cruciani
(MR)

**Unità Riabilitativa Semi
Residenziale (URSR) "Diurno"**
Domenico Serranò (MR)

Terapisti URD
5 terapisti domiciliari
(lib. prof.)
Fausto Rossini
(tecnico laureato)

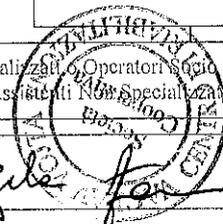
Terapisti UREE
14 terapisti -- dip. + p.iva
2 tecnici laureati (psicologi
e pedagogisti)

Terapisti Vascolari
Francesca Santambrogio
Anna Paola Merlino
Antonietta Rivoli
Aurora Karuc
+ (psicologi)

Terapisti Adulti
+ 10 terapisti
+ 1 psicologo

8 Laboratori (Educatori)
5 Terapisti riabilitazione
(psicomotricista, etc.) + p.iva
1 tecnico laureato
2 medici

15 Assistenti Specializzati, Operatori Servizio Sanitari (OSS)
14 Assistenti Non Specializzati





POLITICA PER LA QUALITA'

Il "Centro Vaclav Vojta" rappresenta da oltre trenta anni un centro di riferimento per la riabilitazione fisica, psichica e sensoriale degli utenti romani, vantando una struttura moderna e tecnologica in cui l'applicazione del metodo Vojta (da cui prende il nome) è inteso quale contributo indispensabile nella prospettiva di un cammino culturale più vicino ai bisogni dell'Utente diversamente abile.

Il Centro eroga trattamenti riabilitativi ambulatoriali ospedalieri per patologie complesse (ex art. 26 legge 833/78) attraverso l'Unità Riabilitativa per Adulti (URA), l'Unità Riabilitativa Età Evolutiva (UREE), l'Unità Riabilitativa Vascolare (URV), l'Unità Riabilitativa Semi Residenziale (URSR), offrendo anche attività riabilitative in piscina, Gait Analysis, Eco Color Doppler e diversi servizi aggiuntivi di qualità, tra cui anche l'assistenza domiciliare e la mensa.

L'azienda tutta è volta a soddisfare i bisogni (espliciti ed impliciti) della propria Utenza: la nostra Missione è quella di offrire servizi riabilitativi che garantiscano una qualità di vita migliore, anche nella prospettiva di una concreta integrazione sociale. Tale missione è supportata da una strategia aziendale imperniata sul continuo miglioramento della qualità del servizio erogato, rafforzata dall'applicazione di un Sistema di Gestione di Qualità in conformità alla norma ISO 9001.

In quest'ottica, la Direzione si impegna su diversi fronti:

- ❖ nel miglioramento dei processi e delle prestazioni attraverso:
 - lo sviluppo continuo della professionalità e delle competenze del personale impiegato, anche nell'ambito della condivisione dell'applicazione dei principi di Qualità,
 - il monitoraggio periodico e sistematico di soluzioni che garantiscano l'igiene e la sicurezza di utenti ed operatori,
 - un'intensa attività di ricerca e intervento nel settore della riabilitazione neuromotoria sia per l'età adulta che per l'età evolutiva,
 - investimenti finalizzati alla realizzazione e al mantenimento di un centro all'avanguardia, dotato di attrezzature sofisticate e moderne;
 - valutazioni di nuove opportunità ;
- ❖ nell'area della soddisfazione dell'Utente, perseguita attraverso:
 - la continuità nell'erogazione del servizio,
 - rapporti caratterizzati da trasparenza e chiarezza (Carta dei Servizi), nonché nel rispetto dei principi di uguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta e partecipazione dell'Utenza,
 - il monitoraggio delle osservazioni e valutazioni della propria Utenza,
 - un'efficiente gestione dei reclami.

La Direzione si impegna a mantenere attiva e riesaminare periodicamente questa Politica e gli obiettivi in essa contenuti, allo scopo di verificarne la sempre attuale idoneità. Tale politica viene comunicata e diffusa a tutti i livelli aziendali.

Roma, 10.01.2014

Il Consiglio di Amministrazione

