

Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA

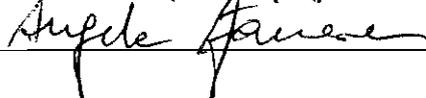
CONTESTO ORGANIZZATIVO

Riferimenti: UNI EN ISO 9001:2015

REVISIONE 1 DEL 12.02.2018

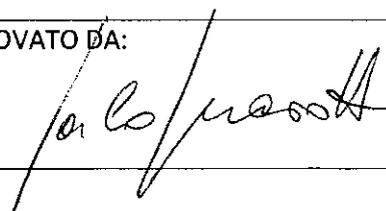
EMESSO DA:

RESPONSABILE QUALITÀ (RQ)



VERIFICATO E APPROVATO DA:

PRESIDENTE C.D.A.



1) SCOPO

Il presente documento, in accordo con quanto richiesto dal punto 4 della Norma ISO 9001:2015 “Contesto dell’organizzazione”, ha l’obiettivo di descrivere il contesto in termini di fattori esterni e fattori interni, individuare le “parti interessate” e le relative aspettative ed esigenze, dettagliare il campo di applicazione del Sistema di Gestione (SG).

Tale analisi sarà sottoposta a verifica in sede di Riesame di Direzione e aggiornata con i dati relativi all’esercizio di riferimento del Riesame stesso e se necessario modificata per accogliere cambiamenti significativi riferiti a fattori interni ed esterni.

2) FATTORI INTERNI

2.1) Nascita della società, tipologia delle attività svolte, loro obiettivi:

Per una migliore descrizione del Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA e dei suoi servizi, invitiamo a consultare la nostra CARTA DEI SERVIZI, indicata in Elenco Informazioni Documentate.

2.2) CAMPO DI APPLICAZIONE:

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

Processi che possono essere affidati all'esterno:

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 rientrino 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/utente, della sua sicurezza e degli 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.

2.3) STRUTTURA SOCIETARIA, ORGANIZZATIVA E RISORSE UMANE

Allegati: Organigramma funzionale e nominativo – Requisiti Minimi, Competenze, Mansioni

2.4) STRATEGIE AZIENDALI E POLITICA

Vedere Politica per la Qualità

2.5) REGOLE AZIENDALI

Allegati: Elenco Informazioni Documentate

2.6) RISORSE MATERIALI

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

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;

- 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 e 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.

2.7) 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 Responsabile Qualità (RQ) 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.

2.8) PARTI INTERESSATE

Descrizione delle Parti Interessate e definizione della Matrice di Correlazione (Vedere Allegato 1); i fattori interni ed esterni sono messi a confronto con le parti interessate ritenuti pertinenti per una valutazione delle loro aspettative; il grado di valutazione è espresso come Non Rilevante (NR), Rilevante (R), Rilevante Critica (RC); le aspettative valutate con grado RC saranno monitorate con maggiore attenzione tramite adozione di indici di monitoraggio (rif.to: Programma di Miglioramento – 62ID) e valutazione del rischio dei relativi processi (rif.to: Analisi dei Rischi e delle Opportunità – 61ID).

2.9) PROCESSI

Mappe dei Processi e descrizione delle loro interazioni
(Vedere Elenco Informazioni Documentate)

2.10) TERMINI E DEFINIZIONI

Il significato dei termini contenuti nel SG corrisponde a quello riportato nella norma UNI EN ISO 9000:2015. In particolare si precisano i seguenti termini per descrivere il flusso dei processi:

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. 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 9001:2015, a cui il SG fa riferimento. In tutto il testo del presente Manuale e della norma internazionale UNI EN ISO 9001:2015, il termine “prodotto”, può significare anche “servizio”; analogamente, il termine “produzione”, può significare anche “erogazione del servizio”.

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

- SG – Sistema di Gestione
- Direzione – Presidente Consiglio di Amministrazione (PCDA)
- CO – Contesto Organizzativo
- All. – Allegato al CO
- P – Documento che rappresenta un processo sotto forma di diagramma di flusso
- D – Documento di consultazione
- ID – Informazione Documentata
- NC – Non Conformità
- RNC – Rapporto di Non Conformità
- AC – Azione Correttiva
- RAC – Rapporto di Azione Correttiva
- URD – Unità Riabilitativa Domiciliare
- UREE – Unità Riabilitativa Età Evolutiva
- URV – Unità Riabilitativa Vascolare
- URA – Unità Riabilitativa Adulti
- URSR – Unità Riabilitativa Semi Residenziale

Per le definizioni usate per le funzioni di cui all’organigramma, si rimanda a 53ID

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.

3) FATTORI ESTERNI

3.1) ANALISI DELLA CONCORRENZA

Gli operatori del settore sono costituiti essenzialmente da Centri di Riabilitazione a livello locale.

3.2) ASPETTI NORMATIVI, COGENTI E VOLONTARI

Le normative prevalenti alle quali occorre sottostare sono descritte sul documento "Elenco Informazioni Documentate" (751ID). Operando nel rispetto della normativa di riferimento indicata, su 751ID è riportata la modalità di gestione della tenuta in aggiornamento della suddetta documentazione.

Cenni sulle autorizzazioni relative a questioni di sicurezza e ambientali (SdS, ADR, Antincendio, ecc...)

Per quanto riguarda gli adempimenti di tipo volontario è stato implementato un Sistema di Gestione per la Qualità riferito alla Norma UNI EN ISO 9001:2015, certificato da parte di RINA SERVICES SpA.

RQ ha la responsabilità dell'aggiornamento, della diffusione agli interessati e della conservazione delle norme di riferimento, così come specificato in "Elenco Informazioni Documentate" (751ID).

3.3) ASPETTI SOCIALI – ECONOMICO – AMBIENTALI

La ragione sociale è: Centro di Riabilitazione VACLAV VOJTA Società Cooperativa Sociale.

3.3.1) Inquadramento ambientale

Area di inserimento: urbano

Superficie di territorio occupata: palazzina a 4 piano a uso esclusivo

Vincoli presenti: nessuno

3.3.2) Inquadramento sociale

Considerazione sull'impatto sociale delle Parti Interessate, vedere Allegato 1 al CO.

3.3.3) Aspetti tecnologici e infrastrutturali

Le infrastrutture utilizzate dall'organizzazione risultano essere idonee rispetto alle attività svolte e alle esigenze interne, sia in merito alle attività di produzione/amministrative/gestionali (es: approvvigionamento di energia elettrica, risorse idriche, rete telefonica e internet), sia alla logistica (es: rete stradale per raggiungere la sede, erogare i servizi, ricevere le forniture, detenere deposito di carburanti).

3.4) ANALISI FORNITORI

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 attrezzature (assistenza ascensore interno, 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

Il monitoraggio dei fornitori è gestito su Elenco Fornitori Qualificati.

La lista dei fornitori utilizzati è predisposta da ACQ, che ha il compito di tenerla costantemente aggiornata a seconda della tipologia delle forniture approvvigionate, 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.

Il controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno è riportato su Allegato CO 84P.

3.5) SODDISFAZIONE DEL CLIENTE

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

- 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;
- l'utilizzo di criteri di autovalutazione impliciti/indiretti quali:
 - analisi dei ritomi (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;
- 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;
- i risultati dei riesami del SG 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;
- 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;
- 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.

4) COMUNICAZIONE E GESTIONE DEI RECLAMI

La Direzione ha attivato adeguati strumenti di comunicazione all'interno dell'organizzazione:

- avvisi su tabelloni o bacheche
- mezzi audiovisivi ed elettronici (Fax, Mail, WhatsApp)
- 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 SG (distribuzione e affissione in bacheca o per via elettronica dei risultati relativi al SG e al raggiungimento degli obiettivi misurabili).

Tramite tali strumenti sono chiaramente identificati e documentati:

comunicazioni della Direzione verso il personale (comunicazione verticale o gerarchica);

comunicazioni tra il personale (comunicazione orizzontale);

riunioni di lavoro;

la verifica dell'efficacia delle comunicazioni, ovvero se hanno raggiunto il loro scopo.

Compete al Responsabile Qualità:

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 RQ e raccolte tramite strumenti cartacei od elettronici di analisi dei dati; rendere noti, a tutti i livelli aziendali, i risultati relativi al SG e al raggiungimento degli obiettivi misurabili prestabiliti per ciascun processo/funzione/livello; tale comunicazione può essere effettuata mediante pubblicazione in bacheca o attraverso mezzi informatici o cartacei.

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.

5) AUDIT INTERNI

5.1) Programmazione degli audit interni

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

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

5.2) 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;
- 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 a un ciclo completo di audit interni su tutti i processi, già eseguito da parte di personale qualificato.

5.3) 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.

5.4) Esecuzione degli audit interni

Durante l'audit interno le informazioni possono essere raccolte mediante interviste, esame dei documenti e 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 SGQ, egli deve innanzitutto dichiararla verbalmente all'intervistato o 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.

5.5) 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 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.

5.6) Verifica dell'attuazione e dell'efficacia delle azioni correttive intraprese

La modalità di presa in carico di non conformità e/o osservazioni è riportata sul "Rapporto di audit interno"; la risoluzione da intraprendere e i tempi di attuazione devono essere commisurati all'entità del rilievo riscontrato.

Il Responsabile del processo coinvolto da eventuali rilievi, deve assicurare che ogni azione intrapresa sia attuata nei tempi previsti; 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.

La descrizione della documentazione utilizzata, è riportata in "Elenco Informazioni Documentate".

6) TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI PRODOTTI/SERVIZI NON CONFORMI

6.1 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 del cliente, dell'utente e delle relative famiglie.

6.2 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 o istruzione a essere considerata non idonea; in questo caso si emette sempre un'azione correttiva;

NC maggiore

in presenza di anomalie ripetitive;

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

in presenza di prodotti di fornitura non utilizzabili o servizi forniti non idonei;

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.

6.3 Segnalazione

Se trattasi di materiali questi, anche riscontrati nelle forniture, questi devono essere adeguatamente identificati come tali e segregati, ove possibile, in modo tale che non siano utilizzati; le non conformità relative a servizi erogati dai fornitori o dal personale interno sono segnalate per iscritto agli interessati e riportate sul Registro NC-AC.

6.4 Trattamento

RQ determina il trattamento da adottare, registrandone i dati sul Registro NC-AC; 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:

- svolgere nuovamente il servizio / chiedere la sostituzione della fornitura;
- approvare ugualmente il servizio eseguito / utilizzare ugualmente la fornitura;
- destinare il prodotto ad applicazioni diverse dove siano accettati requisiti minori (declassamento);
- 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 il servizio con i requisiti esistenti; la risposta del cliente è annotata sul Registro NC-AC.

In questa fase è indicato sul Registro NC-AC:

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

6.5 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, 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 NC.

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

6.6 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 6.4.

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, da chi ha emesso e gestito la NC stessa.

6.7 Registrazione delle NC emesse

Il Registro NC-AC 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 "Elenco Informazioni Documentate"

6.8 Azioni correttive

Applicazione delle azioni correttive (AC):

- 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.

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 individuando e attivando le AC per evitare il ripetersi di dette NC; di seguito compila il Registro NC-AC, ove riporta la descrizione della NC maggiore verificatasi o di NC anche di peso minore, ma ripetitive e legate a uno stesso processo.

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

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

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.

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.

Parti interessate	Fattori interni ed esterni		Competenza e professionalità	Tecnologie e innovazione, risorse e materiali (idee)	Qualità del prodotto/servizio e adeguatezza alla concorrenza	Rispetto delle tempistiche	Controllo e prestazione dei processi	Affidabilità economico-finanziaria	Redditività	Territoriale e geografico Rispetto ambiente	Salute e sicurezza ambiente di lavoro	Comportamento etico e trasparenza	Requisiti cogenti sui prodotti/servizi, autorizzazioni, licenze, permessi	Processi di comunicazione	Riservatezza
	Esigenza / Aspettative Rilevanti Critiche: RC Rilevanti: R Non Rilevanti: NR (1*)	Rilevanti: P Non rilevanti: NP													
Società collegate/controllate	P	NP	(1*)	(1*)	(1*)	(1*)	(1*)	(1*)	(1*)	(1*)	(1*)	(1*)	(1*)	(1*)	(1*)
Società controllanti	NP	NP													
Organismi controllo societari	2	P	R	NR	R	R	NR	R	NR	NR	R	R	R	R	R
Direzione Sanitaria	3	P	R	R	R	R	R	R	NR	R	R	R	R	R	R
Lavoratori	4	P	R	R	R	R	R	R	NR	R	R	R	R	R	R
Finanziatori		NP													
Donatori	5	P	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	R	NR	R	R	R	NR
Consulenti esterni	6	P	R	R	R	R	NR	NR	NR	R	R	R	R	R	R
Famiglie	7	P	R	R	R	R	NR	NR	NR	R	NR	R	R	R	R
Utenti	8	P	R	R	R	R	NR	NR	NR	R	NR	R	R	R	R
Fornitori	9	P	NR	NR	NR	NR	NR	R	NR	NR	NR	R	R	R	R
Istituti finanziari e di credito	10	P	NR	NR	NR	NR	NR	R	NR	NR	NR	R	R	R	R
Enti (Inail, ASL, Locali)	11	P	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	R	R	R	R	R	R
Associazioni sindacali	12	P	R	NR	NR	NR	NR	R	R	NR	R	R	R	R	R
ONG		NP													
Collettività Territorio	13	P	R	NR	NR	NR	NR	NR	NR	R	NR	R	NR	R	NR
Mass media	14	P	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	R	NR	R	R
Utilizzatori finali servizio		NP													
Associazioni categoria clienti		NP													
Vicini		NP													
Concorrenza	15	P	R	R	R	NR	NR	R	R	NR	NR	R	R	R	R

COMUNICAZIONE CON LE PARTI INTERESSATE:

COSA SI VUOLE COMUNICARE	QUANDO COMUNICARE	CON CHI COMUNICARE	COME COMUNICARE	CHI COMUNICA
Informazioni documentate di origine interna (procedure, regolamenti, modulistica, ec.)	Prima emissione o variazioni successive	Personale interessato e descritto su Elenco Informazioni Documentate	Posta Elettronica con avviso di avvenuto ricevimento	Responsabile Qualità
Norme e leggi di riferimento	Prima emissione o variazioni successive	Personale interessato e descritto su Elenco Informazioni Documentate	Posta Elettronica con avviso di avvenuto ricevimento; riunioni informative in caso di comunicazione di informazioni più dettagliate	Consiglio di Amministrazione
Informazioni di carattere fiscale ed amministrativo	Gestione stipendi, contributi, qualifiche	Personale interessato	Posta Elettronica con avviso di avvenuto ricevimento; riunioni informative in caso di comunicazione di informazioni più dettagliate	Amministrazione ed ufficio economato
Informazioni di carattere fiscale ed amministrativo	Gestione convenzioni, autorizzazioni, norme sanitarie, sicurezza e igiene sul lavoro	ASL, Regione, Comune	PEC, Posta Elettronica	Consiglio di Amministrazione
Comunicazione al cliente e agli utenti compresi i reclami	Necessità di comunicazione relativa ai servizi erogati, turnazioni, assenze, iniziative	Famiglie utenti minori e disabili, direttamente con gli altri utenti	Posta Elettronica, comunicazione scritta e verbale	Rappresentante Legale per comunicazioni legali Direttore Sanitario e/o Medici Responsabili per altre comunicazioni



Data
18/07/2018

NS. RIF
CITRM/694963/GAM

Da
Rome Management System Certification

A
**CENTRO DI RIABILITAZIONE
VACLAV VOJTA SOCIETA'
COOPERATIVA SOCIALE**

Att.
Sig.ra ANGELA FANARA

N° FAX / INDIRIZZO
06 92913259

CC:

OGGETTO **Certificazione del Sistema di Gestione per la Qualità**
Pratica N. 18 RM 147 MQ

Con riferimento all'audit effettuato al Vostro Sistema di Gestione per la Qualità , Vi confermiamo l'esito positivo dello stesso.

Il prossimo audit sarà effettuato entro 09/05/2019 .

Distinti saluti.

AMILCARE RINI

Area Rome Management System Certification
Tel. +39 06 54228658
Fax
E-mail segreteria_rm@rina.org

RINA Services S.p.A.
Società coordinata dal Socio unico RINA S.p.A.
Via Corsica, 12 - 16128 Genova
Tel. +39 010 53851 - Fax +39 010 5351000 - www.rina.org
C.F. / P. Iva / R.I. Genova N. 03487840104
Cap. Soc. Eur 35.000.000,00 i.v.