

MANUALE DEL SISTEMA GESTIONE INTEGRATO QUALITÀ



G. Tonini - G. Boninsegna
Residenza Sanitario-assistenziale per Disabili

COOPERATIVA SOCIALE ONLUS G. TONINI - G. BONINSEGNA - SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE
Via Foro Boari, 4/c Brescia

Registro Imprese e Codice Fiscale 00832170179
REA n. 212494
Albo Società Cooperative n. A142610

Approvato dal CdA in data 29/12/2022

Il Presidente
Stefano Salvoni

Aggiornato al 05/05/2025 – Ver. 04

Verificato da
MAURO PRADELLA
Direttore generale

Rappresentante per la Direzione per il Sistema di Gestione Integrato

*Il presente Manuale del Sistema Gestione Qualità è di proprietà della
Tonini-Boninsegna Cooperativa Sociale Onlus.*

Ogni divulgazione e/o riproduzione e/o cessione di contenuti a terzi deve essere autorizzata dalla società stessa.

Tonini-Boninsegna : Sede Legale e Amministrativa, Via Buttafuoco, 15 -25123 Brescia; C.F. 00832170179
tel. Tel. 030 3756559 – Fax 030 280467; e-mail: info@toniniboninsegna.it; www.toniniboninsegna.it

INDICE GENERALE

PRESENTAZIONE

1. **SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE**
2. **RIFERIMENTI NORMATIVI**
3. **TERMINI E DEFINIZIONI**
4. **CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE**
 - 4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto
 - 4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate
 - 4.3 Determinare il campo di applicazione del Sistema di Gestione Integrato
 - 4.4 Sistema di Gestione Integrato per la Qualità e la Sicurezza delle Informazioni
5. **LEADERSHIP**
 - 5.1 Leadership e impegno
 - 5.1.1 Generalità
 - 5.1.2 Focalizzazione sul cliente
 - 5.2 Politica del Sistema di Gestione Integrato
 - 5.2.1 Stabilire la Politica del Sistema Integrato
 - 5.2.2 Comunicare la Politica del Sistema integrato
 - 5.3 Ruoli, responsabilità, e autorità nell'organizzazione.
6. **PIANIFICAZIONE**
 - 6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità
 - 6.2 Obiettivi per il Sistema di Gestione Integrato e pianificazione per il loro raggiungimento.
 - 6.3 Pianificazione delle modifiche
7. **SUPPORTO**
 - 7.1 Risorse
 - 7.1.1 Generalità
 - 7.1.2 Persone
 - 7.1.3 Infrastruttura
 - 7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi
 - 7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione
 - 7.1.6 Conoscenza organizzativa
 - 7.2 Competenza
 - 7.3 Consapevolezza
 - 7.4 Comunicazione
 - 7.5 Informazioni documentate
 - 7.5.1 Generalità
 - 7.5.2 Creazione e aggiornamento
 - 7.5.3 Controllo delle informazioni documentate
8. **ATTIVITA' OPERATIVE**
 - 8.1 Pianificazione e controlli operativi
 - 8.2 Requisiti per i prodotti e i servizi
 - 8.2.1 Comunicazione con il Cliente
 - 8.2.2 Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi
 - 8.2.3 Riesame dei requisiti relativi ai prodotti e servizi
 - 8.2.4 Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi
 - 8.3 Progettazione e sviluppo
 - 8.3.1 Generalità
 - 8.3.2 Pianificazione della progettazione e dello sviluppo
 - 8.3.3 Input alla progettazione e sviluppo
 - 8.3.4 Controllo della progettazione e sviluppo
 - 8.3.5 Output della progettazione e sviluppo
 - 8.3.6 Modifiche della progettazione e sviluppo
 - 8.4 Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno

- 8.4.1 Generalità
- 8.4.2 Tipo ed estensione del controllo
- 8.4.3 Informazioni ai fornitori esterni
- 8.5 Produzione ed erogazione dei servizi
 - 8.5.1 Tenuta sotto controllo delle attività di erogazione del servizio
 - 8.5.2 Identificazione e rintracciabilità
 - 8.5.3 Proprietà che appartengono ai Clienti o ai fornitori esterni
 - 8.5.4 Preservazioni
 - 8.5.5 Attività post-consegna
 - 8.5.6 Controllo delle modifiche
- 8.6 Rilascio di prodotti e servizi
- 8.7 Controllo degli output non conformi
- 9. VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI**
 - 9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione
 - 9.1.1 GENERALITÀ
 - 9.1.2 SODDISFAZIONE del cliente
 - 9.1.3 Analisi e valutazione
 - 9.2 Audit interno
 - 9.3 Riesame di Direzione del SGI-Q&SI
 - 9.3.1 Generalità
 - 9.3.2 Input al Riesame di Direzione
 - 9.3.3 Output al Riesame di Direzione
- 10. MIGLIORAMENTO**
 - 10.1 Generalità
 - 10.2 Non conformità e Azioni correttive
 - 10.3 Miglioramento continuo

PRESENTAZIONE DELLA COOPERATIVA. CONTESTO ECONOMICO, SOCIALE E CULTURALE NEL QUALE OPERA LA TONINI-BONINSEGNA.

La Tonini-Boninsegna è stata costituita il 4 ottobre 1976 allo scopo di assistere i soggetti affetti da disabilità intellettiva.

La cooperativa non ha scopo di lucro; ai sensi della legge n.381 del 1991 suo fine è il perseguimento dell'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini.

La cooperativa si ispira ai principi che sono alla base del movimento Cooperativo Mondiale ed in rapporto ad essi agisce. Questi principi sono: la mutualità, la solidarietà, la democraticità, l'impegno, l'equilibrio delle responsabilità rispetto ai ruoli, lo spirito comunitario, il legame con il territorio, un equilibrato rapporto con lo stato e le istituzioni pubbliche.

La cooperativa, per poter curare nel miglior modo gli interessi dei soci e della collettività, deve cooperare attivamente, in tutti i modi possibili, con altri enti cooperativi, imprese sociali e organismi del terzo settore, su scala locale, nazionale e internazionale.

La cooperativa opera in forma mutualistica e senza fini speculativi tramite la gestione in forma associata dell'impresa che ne è l'oggetto, proponendosi di far conseguire ai propri soci fruitori i servizi che costituiscono oggetto della sua attività. La cooperativa può operare anche con terzi.

La cooperativa aderisce alla confederazione cooperative italiane con sede in Roma, alla competente federazione nazionale di categoria, alla Confcooperative, unione provinciale di Brescia.

La cooperativa intende realizzare i propri scopi sociali attraverso la gestione di servizi sociosanitari, socioassistenziali, sanitari, ed educativi orientati in via prioritaria ma non esclusiva, alla risposta ai bisogni di persone portatrici di disabilità e con ritardi di apprendimento o che si trovino comunque in condizioni di difficoltà.

In relazione a ciò la cooperativa può gestire stabilmente o temporaneamente, in conto proprio o per conto terzi:

- attività e servizi di riabilitazione;
- servizi diurni e residenziali di accoglienza e socializzazione;
- servizi domiciliari di assistenza, sostegno e riabilitazione effettuati tanto
- Presso la famiglia, quanto presso la scuola o altre strutture di accoglienza;
- **attività di formazione e istruzione;**
- attività di sensibilizzazione ed animazione della comunità locale entro cui opera al fine di renderla più consapevole e disponibile all'attenzione ed all'accoglienza delle persone in stato di bisogno;
- attività di promozione e rivendicazione dell'impegno delle istituzioni a favore delle persone deboli e svantaggiate e di affermazione dei loro diritti.

Nei limiti e secondo le modalità previste dalle vigenti norme di legge la cooperativa potrà svolgere qualunque altra attività connessa o affine agli scopi sopraelencati, nonché potrà compiere tutti gli atti e concludere tutte le operazioni di natura immobiliare, mobiliare, commerciale, industriale e Finanziaria necessarie od utili alla realizzazione degli scopi sociali o comunque, sia direttamente che indirettamente, attinenti ai medesimi, compresa l'istituzione, costruzione, acquisto di magazzini, attrezzature ed impianti atti al raggiungimento degli scopi sociali.

Le attività dovranno essere svolte nel rispetto delle norme in materia di esercizio di professioni riservate per il cui esercizio è richiesta l'iscrizione in appositi albi o elenchi.

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo del Sistema Gestione Integrato (SGI) attuato all'interno della Tonini-Boninsegna e descritto sinteticamente all'interno del presente manuale è quello di definire:

- la Politica (Qualità)
- i requisiti per la realizzazione di controlli interni e assicurare la selezione di controlli di processo adeguati alla cooperativa;
- l'organizzazione della Cooperativa
- i processi
- le responsabilità
- le modalità di svolgimento e le responsabilità specifiche delle attività e dei processi aziendali fondamentali
- l'analisi dei rischi, il contesto interno ed esterno e il rapporto con le parti interessate

Il MSGI è il documento di riferimento:

- per il personale della Cooperativa che trova in esso l'indirizzo e la guida per operare;
- per i clienti e per l'organismo di certificazione che trovano in esso gli elementi per verificare come il consorzio soddisfi i requisiti di gestione per la qualità e di soddisfazione del cliente e delle parti interessate.

Il MSGI-Q&SI è articolato in paragrafi secondo i requisiti previsti dalle norme UNI EN ISO 9001:2015.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

Tonini-Boninsegna per la Gestione del Sistema Integrato e per l'esecuzione delle attività si attiene ai riferimenti normativi meglio identificati nell'allegato n. 1.

3. TERMINI E DEFINIZIONI

Si applicano i termini e le definizioni riportate nelle norme UNI EN ISO 9001:2015.

Qui di seguito vengono riportati i principali acronimi/abbreviazioni utilizzati all'interno del MSGI, i restanti sono raccolti nella PG "Gestione dei documenti e dei dati" o nelle Norme di riferimento.

- | | |
|---------|---|
| - MSGI | Manuale Sistema Gestione Integrato |
| - SGI | Sistema Gestione integrato |
| - PdQ | Piano della Qualità del Sistema di Gestione Integrato |
| - RL | Regione Lombardia |
| - ATS | Agenzia della Tutela della Salute. |
| - MOGC | Modello Organizzazione Gestione e Controllo |
| - CdA | Consiglio di Amministrazione |
| - PG | Procedure Gestionali |
| - SPE | Specifiche Tecniche |
| - REG | Registrazioni |
| - Mod | Moduli/Modelli |
| - GDPR | Regolamento UE 679/2016 |
| - FaSAS | Fascicolo Sanitario Elettronico Regione Lombardia |

4. CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto

4.1.1. Chi siamo

La Tonini-Boninsegna, fondata nel 1976, è una Cooperativa Sociale ONLUS e come tale ha i requisiti specifici dello scopo mutualistico e dell'assenza di finalità speculative.

In base al suo Statuto, essa ha lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini; i suoi principi fondamentali sono quelli della mutualità, della solidarietà, della democraticità e dell'impegno sociale, e intende realizzarli concretamente dando adeguate risposte ai bisogni di persone con disabilità intellettiva e con gravi limitazioni dell'autonomia attraverso la gestione di servizi sociosanitari, socioassistenziali, sanitari ed educativi.

Più in particolare l'azione della Cooperativa si svolge per mezzo della Residenza Sanitaria Assistenziale per Disabili (RSD) da essa gestita, che accoglie persone con disabilità intellettiva di livello moderato, grave e profondo, residenti in Regione Lombardia.

La cooperativa Tonini-Boninsegna inoltre progetta ed eroga servizi di formazione e istruzione e aggiornamento professionale per le aziende ed enti, con specifica attenzione alle professioni sociosanitarie, assistenziali e di gestione delle residenze per disabili e per anziani compresi i servizi di supporto e management. Tale attività a come obiettivo: i) la mitigazione del rischio inerente le attività di assistenza sociosanitaria nella residenza; ii) adeguare la struttura alle migliori prassi sociosanitarie e di gestione; iii) sostenere il SSR formando nuovi operatori sociosanitari in grado di migliorare gli standard delle RSA e RSD.

4.1.2 La Mission

La Tonini-Boninsegna ha come principio fondamentale:

perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini; i suoi principi fondamentali sono quelli della mutualità, della solidarietà, della democraticità e dell'impegno sociale, e intende realizzarli concretamente dando adeguate risposte ai bisogni di persone con disabilità intellettiva e con gravi limitazioni dell'autonomia attraverso la gestione di servizi sociosanitari, socioassistenziali, sanitari ed educativi accogliendo nella Residenza Sanitaria Assistenziale per Disabili (RSD) da essa gestita, persone con disabilità intellettiva di livello moderato, grave e profondo, residenti in Regione Lombardia.

Ciò viene perseguito lungo linee direttrici che consentono di:

- operare una presa in carico globale delle persone disabili ed assicurare loro la migliore assistenza sociosanitaria attraverso un progetto personalizzato;
- **Formare il personale e in generale le persone nelle professioni sociosanitarie e di supporto ad esse per migliorare i servizi resi agli ospiti il Servizio Sanitario Regionale e Nazionale e assicurare così la continuità assistenziale;**
- attivare progetti integrati, personalizzati e dinamici e non singole prestazioni;
- stimolare la partecipazione e il sostegno consapevole delle persone e delle loro famiglie;
- finalizzare l'inserimento lavorativo all'emancipazione e all'inclusione sociale;
- assicurare sinergie di competenze, sistemi operativi, metodologie e opportunità di innovazione, pur valorizzando le originalità territoriali

4.1.3 Come opera, con chi collabora e i servizi offerti dalla Tonini-Boninsegna

La cooperativa intende realizzare i propri scopi sociali attraverso la gestione di servizi sociosanitari, socioassistenziali, sanitari, educativi e formativi orientati in via prioritaria ma non esclusiva, alla risposta ai bisogni di persone disabili con ritardi di apprendimento o che si trovino comunque in condizioni di difficoltà.

In relazione a ciò la Cooperativa può gestire stabilmente o temporaneamente, in conto proprio o per conto terzi:

- attività e servizi di riabilitazione;
- servizi diurni e residenziali di accoglienza e socializzazione;
- servizi domiciliari di assistenza, sostegno e riabilitazione effettuati tanto presso la famiglia, quanto presso la scuola o altre strutture di accoglienza;
- **attività di formazione e istruzione in ambito sociosanitario assistenziale rivolta sia al personale che a persone ed enti esterni;**
- attività di sensibilizzazione ed animazione della comunità locale entro cui opera al fine di renderla più consapevole e disponibile all'attenzione ed all'accoglienza delle persone in stato di bisogno;
- attività di promozione e rivendicazione dell'impegno delle istituzioni a favore delle persone deboli e svantaggiate e di affermazione dei loro diritti.

Nei limiti e secondo le modalità previste dalle vigenti norme di legge la Cooperativa potrà svolgere qualunque altra attività connessa o affine agli scopi sopraelencati, nonché potrà compiere tutti gli atti e concludere tutte le operazioni di natura immobiliare, mobiliare, commerciale, industriale e finanziaria necessarie od utili alla realizzazione degli scopi sociali o comunque, sia direttamente che indirettamente, attinenti ai medesimi,

La Cooperativa, inoltre, per stimolare e favorire lo spirito di previdenza e di risparmio dei soci, potrà istituire una sezione di attività, disciplinata da apposito regolamento, per la raccolta di prestiti limitata ai soli soci ed effettuata esclusivamente ai fini dell'oggetto sociale.

La società potrà costituire fondi per lo sviluppo tecnologico o per la ristrutturazione o per il potenziamento aziendale nonché adottare procedure di programmazione pluriennale finalizzate allo sviluppo o all'ammodernamento aziendale, ai sensi della Legge 31.01.1992 n. 59 ed eventuali norme modificative ed integrative e potrà altresì emettere strumenti finanziari secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa.

4.1.4. Analisi SWOT

Al fine di meglio comprendere il contesto nel quale opera la Tonini-Boninsegna, si ritiene opportuno indicare, tramite un'analisi SWOT, i punti di forza e di debolezza della cooperativa

	FATTORI POSITIVI	FATTORI NEGATIVI
INTERNO	- Forte motivazione del personale - Struttura specializzata e riconosciuta - Buon funzionamento dell'area sociosanitaria rispondente ai criteri richiesti - Solidità economica e finanziaria - Realtà riconosciuta e radicata nella cooperazione bresciana - Management sempre più competente; - Progetto formativo attivo e performante; - Garanzia della continuità socioassistenziale nel tempo	- Presenza di ospiti problematici e aggressivi con possibile violazione dei protocolli per garantire il loro contenimento. - Riabilitazione della sede storica di via Buttafuoco che impegna ingenti risorse finanziarie, compreso l'affitto della struttura provvisoria di via Foro Boario; - Progetto formativo non perfettamente integrato nella gestione complessiva della RSD. - Continuità socioassistenziale non garantita.
	OPPORTUNITA'	MINACCE
ESTERNO	- Investire nel miglioramento ed efficientamento della struttura. - Mettere a punto dei protocolli di gestione specifici per gli ospiti aggressivi. - Formare operatori sociosanitari in grado di elevare sempre più gli standard di erogazione dei servizi sociosanitari sia in Tonini-Boninsegna che in altre strutture RSD e RSA. - Garantire livelli di assistenza sempre più elevati.	- Costi di riabilitazione della sede storica fuori controllo, soprattutto riguardo i csd "costi nascosti"; - Violazione dei protocolli di contenimento con intervento delle autorità di controllo e vigilanza oltre che giudiziaria. - Corsi di formazione poco attrattivi a causa della scarsa remunerazione degli operatori sociosanitari in rapporto all'impegno professionale. - Continuità socioassistenziale non garantita.

4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate

Le parti interessate (stakeholder) dall'attività della Tonini-Boninsegna sono molteplici, alcune direttamente interessate altre indirettamente.

Esse sono:

- Soci fruitori;
- Lavoratori;
- Governance;
- **Discenti dei corsi di formazione e istruzione;**
- **Docenti dei corsi di formazione e aggiornamento.**
- **Committenti dei corsi di formazione.**
- Regione Lombardia;
- ATS Brescia;

- Organizzazioni sindacali per il tramite del rappresentante dei lavoratori
- Utenti/ospiti
- Fornitori qualificati strategici
- Confcooperative
- Cittadini/opinione pubblica
- La Banca di Credito Cooperativo del Garda.

Il documento *"Identificazione e coinvolgimento parti interessate"* esplica esaurientemente il tipo di stakeholder interessati, il tipo di relazione che li lega alla Tonini-Boninsegna, l'interesse che essi portano alla cooperativa e le esigenze e aspettative delle parti interessate.

In virtù della particolarità dei servizi erogati dalla Tonini-Boninsegna, essa ha stretti rapporti con la PA, in particolare l'ATS che accreditandola struttura, finanzia le prestazioni destinate agli ospiti secondo un livello di disabilità certificato e controllato.

La Tonini-Boninsegna implementa in modo sistematico i propri servizi adeguandoli e organizzandoli sulla base delle necessità degli ospiti e delle famiglie nonché dei soci fruitori.

La Cooperativa è organizzata secondo il presente organigramma, approvato dal CdA, che prevede un'area amministrativa e un'area sociosanitaria.

4.3 Determinare il campo di applicazione del Sistema di Gestione Integrato

Per quanto riguarda la ISO UNI 9001:2015, le prescrizioni contenute in questo documento hanno validità per tutte le funzioni aziendali che influenzano la qualità delle attività sottoposte a certificazione e precisamente, come da certificato il settore EA38F e settore EA37.

La Tonini-Boninsegna intende aderire alla norma ISO EN 9001, conseguendo e mantenendo la certificazione nei due campi di applicazione di seguito specificati:

- 1. settore EA38F: "Progettazione ed erogazione di servizi residenziali di assistenza, sostegno, riabilitazione, accoglienza e socializzazione, rivolti a persone minori e adulte disabili."**
- 2. Settore EA37: "Progettazione ed erogazione di servizi di formazione e istruzione e aggiornamento professionale per le aziende ed enti, con specifica attenzione alle professioni socio-sanitarie, assistenziali e di gestione delle Residenze per Disabili e per anziani compresi i servizi di supporto e management"**

La Tonini-Boninsegna opera in qualità di struttura sociosanitaria accreditata presso il Servizio Sanitario Regionale ed è sottoposta alla vigilanza dell'AST e delle altre autorità pubbliche deputate al controllo della appropriatezza delle prestazioni erogate agli ospiti.

Le prestazioni sono erogate da personale specializzato (infermieri, medici, educatori, ASA e OSS) in ambiente controllato adottando protocolli e procedure che sono rivisti periodicamente sia dagli organi di vigilanza interni che esterni oltre che dal SSR e dall'ATS.

I trattamenti destinati agli ospiti sono descritti nel FASAS.

La Tonini-Boninsegna opera in qualità di Ente di formazione e istruzione accreditato presso la Regione Lombardia ed è sottoposta alla vigilanza della Regione Lombardia che opera attraverso l'assessorato competente.

L'applicazione del SGI è estesa a tutte le attività sociosanitarie e formative della Tonini-Boninsegna, ai beni e al personale presente esclusivamente nella sede di Brescia, questo al fine di assicurare la gestione operativa e la selezione di controlli adeguati e proporzionati all'attività della cooperativa.

La norma viene applicata nella sua completezza: tutti i controlli suggeriti dalla norma sono applicati senza alcuna esclusione e sono stati oggetto di profonda analisi. Qualora a seguito della loro applicazione si sia riscontrato un rischio residuo, si è proceduto all'analisi e all'accettazione formale.

Nel Manuale vengono presentati per sommi capi i processi (sviluppati e diffusamente descritti nelle Procedure e nelle Specifiche) e le loro interazioni utilizzando la sequenza suggerita dalla norma.

4.4. Sistema di Gestione Integrato per la Qualità

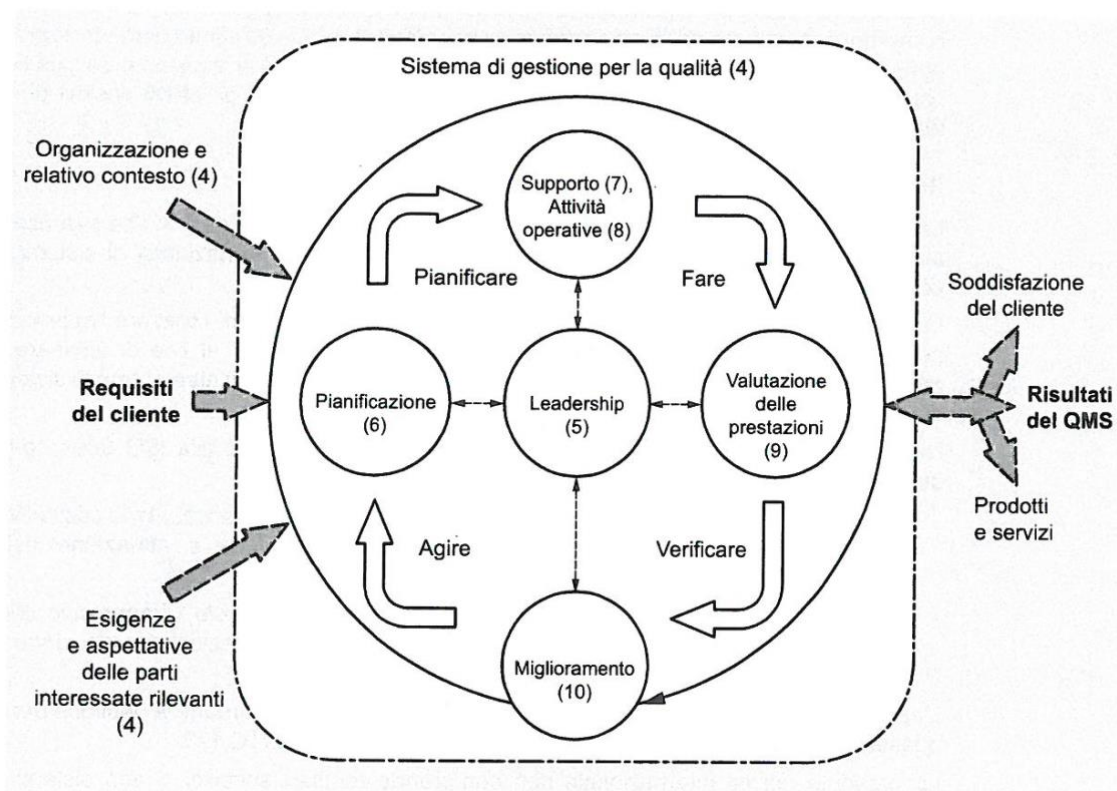
La Cooperativa ha predisposto e mantiene attivo un "Sistema di Gestione" conforme alle Norme UNI ISO 9001:2015 come mezzo per assicurare che i propri processi siano gestiti e tenuti sotto controllo in riferimento al SGI e rispondano alle norme corrispondenti.

Il fine che la Cooperativa persegue con l'applicazione del SGI è di:

- razionalizzare i processi e gli strumenti di lavoro;
- migliorare l'organizzazione per governare meglio i processi in un'ottica di garanzia di soddisfazione dell'utente e per soddisfare i criteri delle autorità di sorveglianza;
- mettere in evidenza la capacità di fornire le garanzie richieste al fine di garantire la soddisfazione degli ospiti, dei loro famigliari e in generale di tutti gli stakeholder in termini di efficacia e di continuità del proprio impegno nel monitoraggio dei processi e nel miglioramento continuo.
- mantenere attivo, aggiornare e migliorare il SGI.

La Cooperativa ha identificato tutti i processi, sottoprocessi e attività che costituiscono e consentono l'erogazione dei servizi sopracitati finalizzati in particolare all'Inserimento Lavorativo

La figura seguente rappresenta lo schema generale della Norma.



I processi principali che la Cooperativa ha identificato sono quelli sottoelencati.

Processi macro e attività sensibili	
Governance e direzione generale	- Gestione Societaria - Gestione accreditamenti. - Conferimenti incarichi legali - Gestione contenzioso - Gestione privacy - Sponsorizzazioni, omaggistica, donazioni

Selezione e Gestione Risorse Umane	- Selezione e assunzione personale - Formazione tecnica/sanitaria/assistenziale - Formazione D.Lgs. 231/01 - Gestione Risorse Umane compresi i docenti dei corsi di formazione - Valutazione e Gestione Sistema Premiale
Amministrazione	- Raccolta e inserimento dati contabili - Predisposizione Bilancio - Approvazione - Conservazione scritture e doc. contabile - Adempimenti fiscali - Fatturazione ai clienti - Recupero crediti - Rimborsi note spese / trasferte
Approvvigionamento e gestione del patrimonio	- Partecipazione Gara Pubblica - Ciclo passivo: Emersione del bisogno - Ciclo passivo: Selezione del fornitore - Emissione e conferma ordine di acquisto - Ciclo passivo: Ricezione e valutazione di conformità merce e/o servizio - Ricezione e contabilizzazione fattura - Ciclo passivo: pagamento fattura - Conservazione documentale - Gestione, verifica, controllo e vigilanza della gestione dei rifiuti - Gestione contratti
Salute e sicurezza	- Valutazione rischi e definizione misure di prevenzione - Gestione operativa rischio - Formazione sicurezza - Gestione verifiche Unità Operative
Gestione sistemi Informativi	- Qualità dei dati - Sicurezza ICT
Area sociosanitaria assistenziale	- Gestione assistenza sanitaria e assistenziale: appropriatezza delle prestazioni - Gestione assistenza psicoeducativa e riabilitativa: appropriatezza delle prestazioni - Gestione, verifica, controllo, monitoring e vigilanza delle conformità, normative specifiche, accreditamenti con il S.S.R e S.S.N. oltre che i privati; - Rapporti con gli enti di accreditamento - Gestione liste di attesa
Area formazione e istruzione	- Accesso ai finanziamenti pubblici e rendicontazione - Accreditamento e certificazioni - Gestione dei docenti e del personale - Erogazione della Formazione, monitoraggio delle presenze, valutazione delle competenze apprese.
Responsabilità della Direzione	- Politica, definizione Processi e flussi - Analisi dei Rischi e delle opportunità - Customer Satisfaction, Reclami, VII - Modifica Documentazione - Riesame della Direzione, Miglioramento Continuo, Indicatori

Ogni processo è descritto all'interno delle singole procedure in termini di :

- elementi in ingresso
- modalità operative
- elementi in uscita
- eventuali vincoli cogenti

Il controllo dei processi è assicurato tramite:

- la definizione delle funzioni responsabili dei processi
- la definizione di procedure descrittive o con flow chart

- la definizione di indicatori di processo e dei relativi valori attesi
- la definizione e l'utilizzo di strumenti di misura e monitoraggio dei processi
- la gestione delle non conformità rilevate
- l'attuazione di verifiche ispettive periodiche.

RSGI (Responsabile del Sistema Gestione Integrato) è responsabile della preparazione, della gestione e della modifica del Sistema Integrato, del presente Manuale, delle PG, delle Specifiche, degli allegati, dei MOD/REG e delle sue successive revisioni. A tale funzione spetta il compito della completa gestione dello stesso, compresa la distribuzione.

Il Direttore Generale è Responsabile della Direzione per la verifica e per l'approvazione del Sistema Gestione Integrato.

Il Manuale del Sistema Gestione Integrato è contraddistinto dal numero di revisione/versione e dalla data di emissione/revisione e distribuito previa approvazione da parte del Responsabile della Direzione, tramite la pubblicazione in rete e diffuso ad ogni livello. L'indice di revisione/versione del Manuale viene progressivamente aggiornato tutte le volte che vengono apportate modifiche o aggiornamenti.

Le modifiche apportate vengono scritte in corsivo/evidenziate in giallo/grigio. Se le modifiche riguardano la globalità della stesura, come in questo caso, si evidenzia semplicemente il numero di versione e la data.

Una mail o una comunicazione per iscritto informa l'avvenuta pubblicazione nella rete aziendale.

Il Manuale del Sistema Gestione Integrato viene emesso e conservato in versione informatica e ai fini storico-documentale vengono conservate tutte le edizioni e le modifiche apportate al Manuale.

5. LEADERSHIP

5.1 Leadership e impegno

5.1.1 Generalità

Il CdA di Tonini-Boninsegna, tramite il suo Direttore Generale, formalmente delegato dal CdA, formula la Politica del "Sistema di Gestione Integrato" definendo gli obiettivi e gli indirizzi generali da perseguire in base alla politica formulata e si impegna a perseguire il mantenimento e il miglioramento del Sistema di Gestione Integrato attraverso:

- l'impiego di risorse adeguate per gestire lo sviluppo, il mantenimento e il miglioramento del sistema di gestione;
- la diffusione all'interno dell'azienda della Politica e degli obiettivi;
- la formazione di tutto il personale coinvolto dall'applicazione del sistema integrato, effettuata attraverso attività di affiancamento con Responsabile SGI e con il responsabile del processo;
- **la sensibilizzazione dei dipendenti verso le esigenze dei clienti/utenti/discenti;**
- **il monitoraggio del livello di soddisfazione del cliente, dei discenti e dell'utente;**
- l'effettuazione periodica del Riesame del sistema di gestione integrato;
- decidere i criteri per l'accettazione dei rischi e i livelli di rischio accettabili;
- assicurare che siano effettuati gli audit interni.

Annualmente, poi, la strategia viene declinata in obiettivi operativi (Matrice di analisi rischio) e nella messa a disposizione di risorse appropriate per raggiungerli. Annualmente viene effettuato un Riesame della Direzione per verificare l'efficacia del sistema di gestione integrato, il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati e per pianificare le eventuali azioni necessarie.

Tutte queste azioni e decisioni da parte della direzione dell'organizzazione sono comunicate e diffuse all'interno dell'organizzazione attraverso canali diversificati (cfr. 5.5.3).

5.1.2 Focalizzazione sull'ospite e le loro famiglie

La Tonini-Boninsegna, nell'ambito del programma teso ad istituire, mantenere e migliorare un Sistema di Gestione per la Qualità, conforme alla norma ISO 9001:2015, intende perseguire l'obiettivo di fornire servizi che soddisfino realmente le esigenze dei propri ospiti, dei loro parenti e delle autorità sociosanitarie nel rispetto:

- delle specifiche contrattuali (vedi § 8.2.2)
- delle informazioni di ritorno degli utenti, dei soci fruitori e delle autorità sociosanitarie (vedi § 8.2.1 e 9.1.2) focalizzandosi sull'aumento della soddisfazione dell'utente;
- degli obiettivi della qualità stabiliti dal Direttore Generale.

La Tonini-Boninsegna pone il massimo impegno nell'individuare, comprendere e soddisfare le aspettative e le esigenze degli ospiti, dei soci oltre che delle autorità sociosanitarie. A tal fine, come indicato al § 4.2, la Tonini-Boninsegna ha:

- identificato le proprie parti interessate;
- individuato le esigenze/fabbisogni di tutte le parti interessate e tradotto tali esigenze/fabbisogni in requisiti;
- determinati e affrontati i rischi e le opportunità che possono influenzare la conformità dei prodotti e servizi e la capacità di accrescere la soddisfazione degli utenti;
- incontri a richiesta per conoscere ed approfondire le loro esigenze;

sono previsti inoltre dei questionari/interviste strutturate per valutare la soddisfazione degli operatori della Tonini-Boninsegna.

In generale, i requisiti di carattere organizzativo, gestionale e tecnico-professionale relativi ai servizi e alle prestazioni erogate dalla Tonini-Boninsegna sono:

- definiti dal Legislatore a livello nazionale e regionale (requisiti cogenti);
- precisati dai documenti contrattuali sottoscritti con la ATS e il sistema sociosanitario regionale;
- definiti da atti aziendali (deliberazioni, regolamenti, procedure, ecc.).

Tali requisiti sono definiti e formalizzati come descritto al § 8.2.

5.1.2 Focalizzazione sui discenti/fruitori dei corsi di formazione

La Tonini-Boninsegna, nell'ambito del programma teso ad istituire, mantenere e migliorare un Sistema di Gestione per la Qualità, conforme alla norma ISO 9001:2015, intende perseguire l'obiettivo di fornire servizi di formazione e istruzione che soddisfino realmente le esigenze dei discenti, dei docenti e di tutte le parti interessate:

- delle specifiche contrattuali (vedi § 8.2.2)
- delle informazioni di ritorno dei discenti e dei docenti, dei soci fruitori e delle autorità regionali (vedi § 8.2.1 e 9.1.2) focalizzandosi sull'erogazione di corsi di formazione capaci di migliorare, direttamente e indirettamente la qualità dei servizi sociosanitari e assistenziali prestati agli ospiti e nel complesso il sistema sanitario regionale;
- degli obiettivi della qualità stabiliti dal Direttore Generale.

La Tonini-Boninsegna pone il massimo impegno nell'individuare, comprendere e soddisfare le aspettative e le esigenze degli ospiti, dei soci, dei discenti, dei docenti oltre che delle autorità sociosanitarie e regionali. A tal fine, come indicato al § 4.2, la Tonini-Boninsegna ha:

- identificato le proprie parti interessate;
- individuato le esigenze/fabbisogni di tutte le parti interessate e tradotto tali esigenze/fabbisogni in requisiti;
- determinati e affrontati i rischi e le opportunità che possono influenzare la conformità dei prodotti e servizi e la capacità di accrescere la soddisfazione degli utenti;
- incontri a richiesta per conoscere ed approfondire le loro esigenze;

sono previsti inoltre dei questionari/interviste strutturate per valutare la soddisfazione degli operatori della Tonini-Boninsegna.

In generale, i requisiti di carattere organizzativo, gestionale e tecnico-professionale relativi ai servizi e alle prestazioni erogate dalla Tonini-Boninsegna sono:

- definiti dal Legislatore a livello nazionale e regionale (requisiti cogenti);
- precisati dai documenti contrattuali sottoscritti con la ATS, il sistema sociosanitario regionale e il sistema formativo regionale;
- definiti da atti aziendali (deliberazioni, regolamenti, procedure, ecc.).

Tali requisiti sono definiti e formalizzati come descritto al § 8.2.

5.2 Politica del Sistema di Gestione Integrato

Il Consiglio di Amministrazione della Tonini-Boninsegna ha elaborato e definito la Politica del Sistema di Gestione Integrato che indirizza l'organizzazione dal punto di vista strategico a medio-lungo termine, delegando al RDPQ il suo aggiornamento.

La Politica è descritta nel documento *“Politica del sistema di gestione”* facente parte del SGI e allegato al riesame della direzione. **Essa si compone di macro-obiettivi che trovano la loro espressione concreta all'interno del documento *“Matrice Analisi del rischio”* che declina anche gli obiettivi annuali dei vari settori coinvolti dall'applicazione del sistema.**

5.2.1 Stabilire la Politica del Sistema Integrato

La Politica viene rivista dalla Direzione ogni qualvolta lo ritenga necessario e comunque con cadenza almeno triennale. Ogni anno, comunque, il CdA, prefissati degli obiettivi specifici, valuta se i contenuti della politica sono adeguati al raggiungimento di tali obiettivi entro tempi prestabiliti. La politica e il PdQ annuale, con i relativi obiettivi, scaturiscono da un'analisi attenta e oggettiva della situazione interna, dei risultati conseguiti e degli obiettivi futuri, nonché dell'ambiente esterno e delle richieste dei clienti e delle parti interessate.

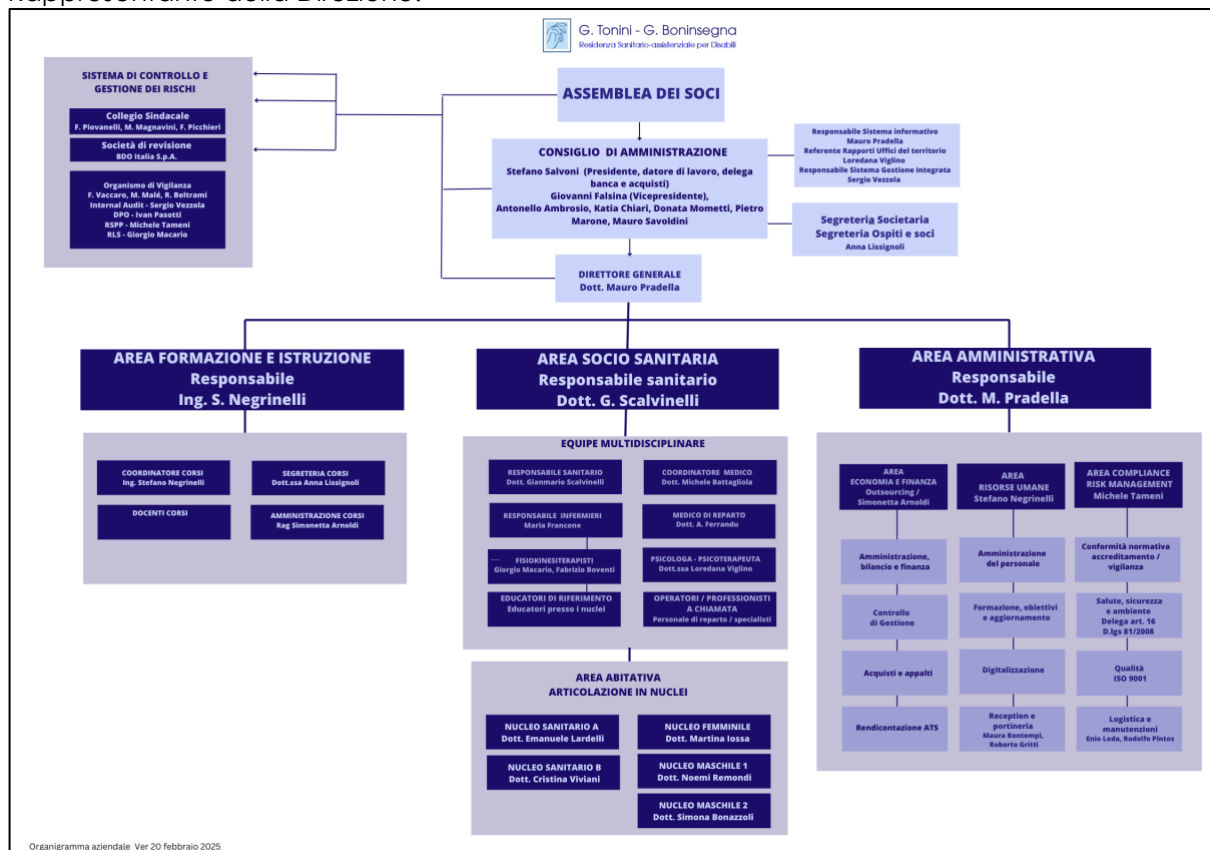
5.2.2 Comunicare la Politica del Sistema integrato

La politica è pubblicata sul sito aziendale ed è disponibile, tanto in forma cartacea che elettronica a tutti i soggetti interessati.

5.3 Ruoli, responsabilità, e autorità nell'organizzazione.

In questo paragrafo sono descritti, in relazione all'organigramma, i compiti, le responsabilità e le autorità delle funzioni organizzative la cui attività ha influenza diretta sulla definizione e sulla messa in atto della Politica aziendale per il SGI e del personale che dirige, esegue e verifica le attività che influenzano il SGI.

Le interazioni tra le diverse funzioni sono riportate nell'organigramma funzionale che illustra l'articolazione organizzativa della Cooperativa nel suo complesso.
I Compiti e responsabilità delle Funzioni sono esplicitati nella *Procedura "RUM-PG07- Processo gestione profili professionali"*, alla quale si rimanda.
In questa sede si è scelto di riprendere solo le funzioni del Responsabile SGI e del Rappresentante della Direzione.



5.3.1 Il Responsabile della Sistema di gestione Integrato (RSGI)

La funzione di RSGI della Tonini-Boninsegna, in staff al Direttore Generale, è preposta per la gestione e la sorveglianza del SGI della Cooperativa, con lo scopo di garantire che i servizi realizzati siano conformi alle specifiche, soddisfino le aspettative degli utenti e assicurino la sicurezza delle informazioni. Egli è nominato con delibera del CdA con i seguenti compiti, nello svolgimento dei quali si avvarrà della collaborazione delle Funzioni via via competenti:

- Predisporre e gestire il SGI dell'azienda come descritto nel presente Manuale;
- Gestire il Manuale;
- Gestire la documentazione del SGI assicurandone l'aggiornamento in funzione dell'evoluzione dei processi aziendali;
- Verificare l'adeguatezza del SGI;
- Identificare e registrare i problemi inerenti il SGI;
- Raccomandare e fornire soluzioni per i problemi inerenti il SGI;
- Verificare la corretta attuazione ed efficacia delle azioni correttive e preventive;
- Gestire il piano delle verifiche ispettive interne;
- Promuovere le azioni occorrenti per prevenire il verificarsi di non conformità;
- Mantenersi costantemente aggiornato sulle tematiche del SGI riferite all'ambito dei servizi della Cooperativa, con la partecipazione a seminari, convegni, corsi, scambi, pubblicazioni, sperimentazioni, ecc.;
- Tenere i rapporti con gli organismi di certificazione organizzando le verifiche periodiche prescritti ed elaborando la documentazione richiesta;

- Rappresentare la Cooperativa in tutte le tematiche riguardanti il SGI, nei confronti di tutte le organizzazioni esterne. In particolare, è l'interlocutore del Responsabile Qualità del Consorzio di appartenenza;
- Riferisce sull'andamento del SGI della Cooperativa in sede di Riesame della Direzione.

5.3.2 Rappresentante della Direzione per la Qualità (RDPQ)

Il C.d.A. ha delegato al Rappresentante della Direzione (nella persona del Direttore Generale) l'autorità e la responsabilità per assicurare che quanto prescritto nella norma UNI EN ISO 9001:2015 sia applicato e mantenuto attivo. In particolare:

- **Assicura** che i processi dei servizi oggetto di certificazione siano predisposti, attuati e tenuti aggiornati
- **Riferisce** al CdA sulle prestazioni del sistema di gestione integrato e su ogni esigenza, anche in termini di acquisizione di nuove risorse, per il miglioramento.
- **Promuove** la consapevolezza e la diffusione del Sistema di Gestione Integrato all'interno di tutti i livelli dell'organizzazione, con particolare attenzione ai requisiti del cliente.

6. PIANIFICAZIONE

6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità

È stata identificata una metodologia di valutazione del rischio nei documenti "Criteri adottati nella valutazione dei rischi".

A seguito della puntuale analisi delle attività, dei controlli messi in atto, delle procedure e dei documenti creati, il Responsabile della Direzione per il SGI, ha accettato (stabilendo il criterio adottato) i rischi residui per quanto riguarda il D. Lgs. 231/01 e la UNI EN ISO 9001:2015.

Nella implementazione del SGI i rischi sono stati:

- identificati, analizzati, ponderati e trattati;
- scelti gli obiettivi di controllo e i controlli per il loro trattamento;

Per ottemperare in modo puntuale a quanto richiesto dalla Norma e Legislazione, sono stati creati e integrati nel SGI i documenti:

- Carta dei servizi;
- Piano di lavoro annuale
- Documento gestionale organizzativo;
- Protocolli sanitari obbligatori così come elencato a pag. 10;
- Piano per l'erogazione dei corsi di formazione e aggiornamento sia a personale interno che a discenti esterni.

L'organizzazione ha identificato le azioni gestionali, le risorse, le responsabilità e le priorità per gestire i rischi relativi alla sicurezza delle informazioni; attua costantemente il piano di trattamento del rischio e i controlli definiti.

Predisporre momenti formativi specifici e gestisce le risorse per la conduzione del SGSI

6.2 Obiettivi per il Sistema di Gestione Integrato e pianificazione per il loro raggiungimento.

Gli obiettivi, compresi quelli per la sicurezza delle informazioni, vengono stabiliti ogni anno e definiti all'interno del documento "Matrice di analisi rischio". Tali obiettivi sono misurabili, supportati da indicatori e strumenti di misura e coerenti con la Politica Sistema di Gestione Integrato e traducono operativamente e nel dettaglio le direttive generali indicate nella politica della Cooperativa.

Tonini-Boninsegna pianifica il Sistema di Gestione Integrato (obiettivi, tempi, responsabilità, risorse...) attraverso il Piano della Qualità del Sistema di Gestione Integrato della Cooperativa che costituisce parte integrante del Riesame della Direzione.

Per la tipologia dei processi della Cooperativa, si è deciso di non realizzare Piani della Qualità relativi ad ogni singolo processo, in quanto, normalmente, non vi sono variazioni significative nel genere, nell'importanza, nella criticità e nel rischio.

6.3 Pianificazione delle modifiche

Lo strumento effettivo per la pianificazione e il controllo della qualità è, come detto sopra, la "Matrice di analisi rischio" della Cooperativa, che viene aggiornato ogni anno.

In particolare, all'interno di questo documento vengono specificati:

- Processo
- Sottoprocesso
- Valore rischio inerente
- Descrizione rischio inerente
- Obiettivo
- Tempi di realizzazione
- Azioni di mitigazione del rischio
- Indicatore obiettivamente misurabile e fonti di verifica
- Responsabilità
- Valore obiettivo raggiunto
- Valore Rischio residuo

Tutto questo permette di implementare nell'anno in corso la Politica aziendale del Sistema di Gestione Integrato.

Il direttore generale, nonché RDPQ, della Cooperativa verifica, approva, monitora e riesamina periodicamente gli obiettivi contenuti nella Matrice di analisi del rischio. Nel caso in cui il direttore generale ritenga che il mancato raggiungimento di un singolo obiettivo possa seriamente compromettere quanto stabilito in termini di obiettivi di funzione e/o rappresentare un serio ostacolo all'attuazione delle politiche, valuterà di volta in volta le opportune azioni da intraprendere sempre in coerenza con la Politica del Sistema di Gestione Integrato.

Lo sviluppo operativo della Matrice di analisi del rischio si realizza per mezzo della pianificazione, del controllo e della sorveglianza delle attività e dei servizi. Gli obiettivi da inserire della Matrice di analisi del rischio sono definiti dal Direttore Generale recependo le indicazioni del CdA.

Il Piano della Qualità del Sistema di Gestione Integrato:

- viene redatto sulla base delle indicazioni e degli obiettivi declinati dettagliatamente dal Direttore generale e dal Responsabile SGI;
- viene sottoposto all'attenzione del Consiglio di Amministrazione nelle periodiche riunioni;
- elenca le caratteristiche chiave di importanza strategica per l'attività oggetto del Piano;
- individua gli indicatori correlati a tali caratteristiche;
- descrive le modalità di raccolta dei dati che permettono di monitorare gli indicatori;
- stabilisce i valori target degli indicatori in modo di permettere un'effettiva "misurazione e controllo della qualità";
- descrive e assicura:
 - le risorse necessarie;
 - le attività di misura e controllo;
 - le attività di verifica;
 - i criteri di accettazione dei risultati

che sono necessarie a garantire il soddisfacimento degli obiettivi.

Tutte le modifiche al Sistema di gestione Integrato sono effettuate in modo pianificato, analizzando le loro potenziali conseguenze, la disponibilità delle risorse e la ridefinizione eventuale delle responsabilità.

7. SUPPORTO

7.1 Risorse

7.1.1 Generalità

Il direttore generale della Cooperativa, tramite la definizione di modalità di acquisizione e gestione delle risorse, assicura che tutte le attività che influenzano la qualità del servizio erogato siano tenute sotto controllo attraverso l'utilizzo di risorse umane e materiali adeguate allo scopo.

Il direttore generale si impegna quindi ad individuare e rendere disponibili risorse per accrescere la soddisfazione del cliente, ottemperando ai requisiti dei clienti stessi.

Egli inoltre stabilisce e fornisce le risorse necessarie per:

- Stabilire, attuare, condurre, monitorare, riesaminare, mantenere attivo, aggiornato e migliorare il SGI

- Assicurare che le procedure supportino la gestione della sicurezza delle informazioni
- Siano identificati tutti gli obblighi legali, contrattuali e normativi in relazione alla sicurezza delle informazioni
- mantenere un livello di sicurezza adeguato
- riesaminare e migliorare (ove richiesto) il SGI

7.1.2 Persone

Il direttore generale, in collaborazione con i responsabili di funzione e con il RSGI, ha il compito di determinare il grado di preparazione e conoscenza, esperienza e qualifica, che le singole risorse umane aziendali devono possedere per poter svolgere i compiti loro affidati con competenza ed efficacia.

Le responsabilità, l'autorità ed i rapporti reciproci di tutto il personale che dirige, esegue e verifica attività che influenzano la qualità, sono riportate nelle singole procedure, nelle quali sono stati definiti mezzi adeguati ad esse ed assegnato personale addestrato.

La competenza degli operatori viene assicurata dai corsi di formazione interni e/o esterni

7.1.3

Infrastruttura

Il Direttore generale, in collaborazione con i responsabili di funzione e con il rappresentante della sicurezza sui luoghi di lavoro, garantisce lo svolgimento del servizio delle attività oggetto di certificazione in contesti adeguati allo scopo (ambiente, strutture...) nel rispetto delle leggi vigenti (D.Lgs. 81/08 e s.m.i.) e prevedendo l'utilizzo delle attrezzature necessarie e idonee allo scopo:

- **Impianti, apparati, ambienti dedicati agli ospiti per lo svolgimento delle attività sociosanitarie ed educative:**
- **Impianti ed ambienti (impianti speciali apparati, aule e attrezzature didattiche) per l'erogazione di servizi di formazione e istruzione e aggiornamento professionale per le aziende ed enti, con specifica attenzione alle professioni sociosanitarie, assistenziali e di gestione delle Residenze per Disabili e per anziani compresi i servizi di supporto e management"**

7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi

Il Direttore generale e l'RSPP, ciascuno per la propria competenza, assicurano e mantengono ambienti di lavoro congrui agli scopi dell'organizzazione al fine di garantire la corretta realizzazione del servizio.

La Tonini-Boninsegna ha sede in Via Foro Boario 4C a Brescia e gli ambienti sono strutturati per:

- **Progettare ed erogare servizi residenziali di assistenza, sostegno, riabilitazione, accoglienza e socializzazione a persone afflitte da disabilità cognitiva, così come previsto dalla norme regionali e statali;**
- **Progettare ed erogare servizi di formazione e istruzione e aggiornamento professionale per le aziende ed enti, con specifica attenzione alle professioni sociosanitarie, assistenziali e di gestione delle Residenze per Disabili e per anziani compresi i servizi di supporto e management, così come previsto dalla norme regionali e statali;**

7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione

La Cooperativa attualmente non utilizza per l'erogazione del servizio strumenti di misura necessari a fornire evidenza della conformità del prodotto ai requisiti determinati.

Qualora si verificasse la necessità di utilizzare strumenti di misura, tali apparecchiature saranno:

- Verificate ad intervalli specificati
- Identificate
- Protette da danneggiamenti o deterioramenti

Nel caso di utilizzo di software, di ambienti di prova o di tools (utilità) per monitorare specifici requisiti, la loro adeguatezza verrà verificata prima dell'impiego previsto.

Le registrazioni delle verifiche saranno conservate.

7.1.6 Conoscenza organizzativa

La Cooperativa attraverso la procedura "RUM-PG07- Processo gestione profili professionali" ha definito le conoscenze necessarie per il funzionamento dei processi.

Attraverso la pianificazione annuale definisce inoltre le conoscenze da integrare e sviluppare per mantenere il proprio settore di mercato, ampliarlo e migliorarlo.

7.2 Competenza

Il direttore generale, tenuto conto delle esigenze normative, definisce per ogni funzione il profilo relativo alle competenze professionali necessarie allo svolgimento delle attività.

Per quanto riguarda il personale della cooperativa, lo stesso possiede i titoli di studio richiesti dalle norme vigenti e dagli organi di controllo e vigilanza. Il direttore generale identifica inoltre le esigenze relative alle Verifiche Ispettive Interne della Qualità che vengono affidate al RSGI. Il personale che effettua le verifiche ispettive interne (VII) è appositamente addestrato.

Le caratteristiche e le competenze richieste ad ogni funzione sono descritte in dettaglio all'interno della procedura "RUM-PG07- Processo gestione profili professionali".

7.3 Consapevolezza

La consapevolezza da parte di ogni funzione operante all'interno della Cooperativa della rilevanza delle proprie attività e di quanto queste influenzino la qualità generale dei servizi è assicurata dai seguenti fattori:

- la comunicazione relativa all'andamento generale delle attività e al grado di raggiungimento degli obiettivi, che aumenta il senso di appartenenza alla Cooperativa;
- l'attribuzione e la condivisione degli obiettivi individuali, definiti coerentemente con il Piano della Qualità del Sistema di Gestione Integrato, che esplicita l'importanza dell'apporto di ciascuno;
- la definizione di risultati attesi per gli indicatori di processo (inserita nel documento "Analisi del rischio e obiettivi per la qualità") facilita l'attribuzione di incarichi e responsabilità in modo da assicurare efficacia ed efficienza nel raggiungimento degli obiettivi
- l'effettuazione di incontri con il personale e la rilevazione della soddisfazione dello stesso, i cui dati vengono utilizzati per l'attuazione di piani di miglioramento delle risorse umane.

In accordo con la propria politica della qualità, la Cooperativa, in quanto ente di formazione e istruzione accreditato dalla Regione Lombardia, ha definito le modalità per l'individuazione, la definizione, la pianificazione, l'attuazione e la registrazione delle attività di addestramento, formazione e aggiornamento di tutto il personale che esegue attività che influenzano la qualità dei servizi, così come definito nel documento di programmazione dell'attività di erogazione di corsi di formazione.

Ogni Responsabile di funzione è deputato alla gestione del personale che fa capo a lui; successivamente il responsabile dell'area Formazione e istruzione in coordinamento con il responsabile delle risorse umane, raccoglie le esigenze formative e organizza corsi necessari così come previsto dalla PG "Processo di Gestione corsi".

L'efficacia del corso viene valutata, in base alla PG "Processo di Gestione corsi" che prevede sempre e comunque un test finale di apprendimento.

In particolare, l'organizzazione assicura che tutto il personale che ha responsabilità in merito al SGI possieda le competenze adatte e a tal fine ha ridefinito i Profili professionali.

7.4 Comunicazione

La direzione assicura un'adeguata comunicazione sull'andamento, sulla gestione e sull'efficacia del SGI all'interno dell'organizzazione, in quanto ritiene fondamentale sviluppare una politica del personale, mirata a coinvolgere le risorse così da sviluppare un senso di appartenenza all'ente e una consapevolezza maggiore delle proprie responsabilità e di riflesso dei propri diritti e doveri.

Riferisce attraverso incontri specifici, assemblee, consiglio di amministrazione, riunioni, a tutti i membri dell'organizzazione coinvolti dall'applicazione del SGI il risultato dei riesami e la conseguente pianificazione delle azioni di miglioramento previste.

Altre informazioni riguardanti il Sistema di Gestione Integrato vengono formalizzate dal direttore generale o dal Responsabile SGI, ognuno per le proprie competenze, in documenti distribuiti direttamente ai pertinenti livelli dell'organizzazione. Questo facilita il passaggio di informazioni anche tra le diverse funzioni che interagiscono all'interno dello stesso processo. Altre

informazioni e indicazioni vengono infine inviate telematicamente e esposte in bacheca al fine di facilitarne la consultazione e di favorirne la circolazione e la diffusione nella Cooperativa.

All'assunzione di nuovo personale, questo viene informato e formato in merito al SGI e a tutti i documenti di pertinenza.

Ogni tipo di comunicazione, il relazione al SGI, è regolamentata dalla PG " *RUM-PG06-Processo gestione selezione-assunzione-dimissioni personale*".

7.5 Informazioni documentate

7.5.1 Generalità

Per descrivere e documentare il proprio "Sistema di Gestione Integrato", la Tonini-Boninsegna ha predisposto e diffuso una serie di documenti che, in funzione del loro contenuto, del loro grado di definizione e del livello di divulgazione, si suddividono in:

- Manuale
- Procedure
- Specifiche
- Allegati
- Moduli/Schede/Registrazioni
- Documenti di origine interna
- Documenti di origine esterna

7.5.2 Creazione e aggiornamento

Procedure

Le procedure sono documenti primari, anche di carattere interfunzionale, che disciplinano e coordinano le attività, definiscono modalità operative, risorse e responsabilità al fine di garantire la qualità dei servizi e dei processi. Costituiscono l'ossatura del Sistema di Gestione Integrato, sono il completamento naturale del presente manuale e vengono richiamate tutte le volte che si rende necessario esplorare il sistema nei dettagli. Esse possono essere in forma descrittiva, in parte tabellare, in parte con flow chart, a seconda della complessità dell'attività e del grado di preparazione del personale. Il format per la creazione di procedure è quello previsto dal modello "MOD 03 PG17" così come previsto dalla procedura "SGI-PG17-Processo gestione Documenti e dati"

Specifiche

A completamento delle procedure, laddove necessario, sono state redatte apposite specifiche, che indicano in dettaglio, passo per passo, le modalità di svolgimento delle varie attività.

Registrazioni/Schede/Moduli

Sono strumenti utilizzati per la registrazione di precise attività di controllo e verifica regolamentate da procedure/specifiche e rappresentano la dimostrazione oggettiva e documentata della loro applicazione. Ogni documento di registrazione è identificato, archiviato e conservato secondo quanto previsto da un'apposita procedura documentata.

Documenti di origine esterna

Si tratta dei documenti provenienti dall'esterno indispensabili allo svolgimento delle attività: norme, linee guida, documenti emessi da clienti, fornitori, bandi di gara, materiale didattico, ecc. Tutto il materiale di documentazione è tenuto sotto controllo tramite idonea archiviazione che ne garantisce la rintracciabilità.

Tutta la documentazione:

- è redatta in accordo con i requisiti delle Norme UNI EN ISO 9001:2015 e la Politica Aziendale per il sistema integrato di gestione;
- definisce i requisiti, ciò che deve essere fatto e da chi;

- è esposta con un grado di dettaglio che dipende dalla complessità del processo descritto, dalla metodologia utilizzata, dalla capacità e dall'addestramento del personale chiamato a svolgere le rispettive attività;
- viene generalmente preparata da Responsabile SGI o da persona da lui delegata, in collaborazione con le funzioni di competenza e con eventuali consulenti, verificata ed approvata dal direttore generale;
- si avvale di una struttura ed un formato standard.

Il **Manuale del Sistema Gestione Integrata** risponde ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001: 2015, descrivendo come la Tonini-Boninsegna intende soddisfarli: costituisce dunque un elemento fondamentale nel processo di definizione e razionalizzazione del Sistema di Gestione Integrato della Cooperativa. Le indicazioni contenute nel presente Manuale devono sempre essere garantite e rispettate.

Esso mostra, in sintesi, i processi primari e di supporto e le interazioni tra di essi. È strutturato in modo da dare un'idea generale dei processi aziendali, rimandando, per quanto riguarda il dettaglio completo, alle Procedure, alle Istruzioni e a tutti i Documenti creati a supporto.

Lo "Stato dei Documenti del SGI-Q&SI" rappresenta l'elenco dei documenti del SGI con la data di revisione.

La Tonini-Boninsegna ha predisposto e mantiene attive procedure documentate per tenere sotto controllo i dati e i documenti attinenti le prescrizioni delle Norme di riferimento, comprendendo, oltre ai documenti di origine interna, anche i documenti di origine esterna e i documenti in formato elettronico.

I documenti del Sistema di Gestione Integrata si suddividono in: documenti di origine esterna e documenti di origine interna.

I **documenti di origine interna** sono tutti i documenti generati all'interno dell'Organizzazione e fanno parte del Sistema di Gestione Integrato; comprendono i documenti di pianificazione, contengono istruzioni sulle attività da compiere e su come devono essere eseguite. Fanno parte di questa categoria il Manuale, le Procedure, i Piani della Qualità, i Documenti Tecnici (Specifiche, Schede ecc.), gli Allegati ad essi e i Moduli.

Prima dell'emissione i documenti di origine interna vengono verificati e approvati da personale preventivamente autorizzato ai fini della loro adeguatezza.

In funzione delle diverse tipologie di documenti viene mantenuto tempestivamente aggiornato e reso disponibile un elenco che indica tutti i documenti emessi e lo stato dei documenti in vigore per impedire che vengano utilizzati documenti non più validi o superati.

La Tonini-Boninsegna genera e conserva altresì documenti utili e necessari al suo funzionamento operativo e istituzionale. Si tratta dei documenti redatti all'interno e indispensabili allo svolgimento delle attività: statuto, codice etico, bilanci, MOGC, regolamenti, linee guida, documenti emessi dalle funzioni aziendali, materiale didattico, ecc. Tutto il materiale di documentazione è tenuto sotto controllo tramite idonea archiviazione che ne garantisce la rintracciabilità.

I **documenti di origine esterna** comprendono le norme, gli standard, le linee guida scientifiche, i documenti emessi dai Clienti, dai Fornitori e da altri Enti esterni.

I documenti di origine esterna vengono gestiti solo in configurazione. Vengono perciò controllati a cura del Responsabile SGI in termini di catalogazione secondo il loro livello di aggiornamento (revisione, versione, ecc.), di distribuzione, di archiviazione e di conservazione in appositi luoghi.

Non richiedono nessuna verifica e approvazione ad eccezione dei casi in cui essi sono documenti contrattuali.

Le procedure adottate garantiscono che:

1. siano disponibili edizioni aggiornate dei documenti in tutti i luoghi ove questi siano necessari alla corretta applicazione del Sistema Integrato;
2. vengano prontamente rimossi da tutti i centri di emissione o di utilizzazione i documenti non validi e/o superati; venga inoltre evitato un loro uso indesiderato;
3. siano adeguatamente identificati i documenti superati che vengono volutamente conservati per qualsiasi motivo (per esempio: conservazione delle conoscenze, obblighi contrattuali, ecc.).

Il supporto di riferimento dei documenti del Sistema di Gestione Integrato di origine interna è normalmente quello informatico; peraltro, alcuni documenti sono gestiti e conservati in formato cartaceo.

Le regole per la gestione (identificazione, responsabilità di redazione, verifica e approvazione, modalità di aggiornamento e di distribuzione) dei documenti del SGI e la loro gestione in termini di sicurezza, salvataggio e di privacy sono definite nella PG "Gestione dei Documenti e dei dati"

7.5.3 Controllo delle informazioni documentate

La Cooperativa ha predisposto e mantiene attiva la procedura "SGI-PG17-Processo gestione Documenti e dati" per la raccolta, la catalogazione, l'accesso, l'archiviazione, l'aggiornamento, la conservazione e l'eventuale eliminazione gestione delle registrazioni SGI.

Le Registrazioni sono state suddivise in categorie:

- registrazioni relative alla verifica interna dell'efficacia e dell'efficienza del Sistema di Gestione Integrato (es. rapporto di Riesame della direzione)
- registrazioni generate durante il normale svolgimento delle attività.

Qualora previsto contrattualmente, tali registrazioni possono essere tenute a disposizione del committente per eventuali valutazioni.

8. ATTIVITA' OPERATIVE

8.1 Pianificazione e controlli operativi

Il "Sistema di Gestione Integrato" descritto nel presente manuale e nelle procedure, supportato dalla compilazione della modulistica, fornisce gli elementi di base per la pianificazione dei servizi erogati.

I processi di servizio erogato sono tenuti sotto controllo per soddisfare i requisiti del SGI.

La Direzione individua i propri servizi e le relative modalità di realizzazione facendo riferimento alla Vision, alla Mission e alle strategie indicate nel presente manuale.

Il Responsabile di ogni processo declina gli orientamenti della Direzione in una pianificazione distinta per ogni progetto e/o percorso formativo o percorso di inserimento dell'utente fissando obiettivi operativi e di qualità di medio-lungo periodo e le relative azioni.

Essa, inoltre, individua la necessità di attivare processi, quali gli approvvigionamenti di servizi e risorse, il processo di monitoraggio, il processo di formazione e le relative modalità di comunicazione e documentazione in collaborazione con le Funzioni Responsabili e le modalità definite dalle Procedure e dalle Specifiche.

Gli elementi in ingresso della pianificazione esecutiva sono costituiti dall'analisi del progetto e dall'analisi della situazione contingente in cui il servizio viene realizzato.

Gli obiettivi di qualità del processo di erogazione del Servizio sono stabiliti in sintonia con le priorità indicate dalla direzione e descritti nel documento "Analisi dei rischi e obiettivi della qualità" nel quale vengono specificati metodologie di monitoraggio, indicatori e valori target per garantire il raggiungimento degli obiettivi stessi.

8.2 Requisiti per i prodotti e i servizi

Riguardi le attività sociosanitarie assistenziali: comunicazione con l'utente (ospiti, parenti e soci) e i discenti dei corsi

Le modalità di comunicazione con l'utente dei servizi sociosanitari assistenziali sono diversificate a seconda dell'utente.

Per gli ospiti ogni comunicazione riguardante il loro stato di benessere psico-fisico deve essere annotato nel diario e riportato nel FASAS ed è coordinata dal responsabile sanitario coadiuvato dalle funzioni responsabili identificate e previste.

I parenti degli ospiti devono essere informati periodicamente dello stato di benessere psico-fisico dei loro cari. Il responsabile sanitario coordina questa comunicazione ed è coadiuvato dalle funzioni responsabili.

I soci devono essere informati periodicamente sia dello stato di benessere psico-fisico dei loro cari che dell'evoluzione della cooperativa sotto ogni aspetto; gestionale, finanziario e

patrimoniale. La comunicazione è svolta congiuntamente dal responsabile sanitario e le funzioni responsabili per la parte sociosanitaria mentre spetta al Presidente e al direttore generale informare i soci sui fatti gestionali e patrimoniali.

Riguardo i discenti/fruitori dei corsi di formazione, essi sono informati così come previsto dalla PG "Processo di Gestione nuovo corso" e comunque in maniera continuativa.

Inoltre, la cooperativa possiede un sito internet a cui si può accedere per qualsiasi informazione e ottenere ogni informazione relativa ai servizi sociosanitari erogati oltre che consultare svariati documenti.

Per quanto attiene alla gestione dei reclami, è disponibile presso il RSGI, nonché l'internal audit e l'ODV, un sistema di raccolta di tutti i reclami o segnalazioni scritte e verbali. Tale sistema è in grado di mantenere l'anonimato del segnalante.

I reclami o segnalazioni relativi al SGI, possono essere raccolti da ogni persona che esercita le attività e sono convogliati a RSGI. Nel caso in cui i reclami siano fondati, viene aperto un rapporto di Analisi del Reclamo e il segnalante viene aggiornato sia durante la fase di analisi che in relazione all'esito finale.

Riguardo l'attività di erogazione di corsi di formazione e aggiornamento : comunicazione con discenti e docenti.

Per i discenti ogni comunicazione riguardante i corsi erogati ai quali partecipano deve essere annotato nel registro di presenza, nel libretto didattico e riportato sul registro del corso.

- **I discenti devono essere sempre informati sullo stato di avanzamento del corso, sugli strumenti didattici utilizzati, sui tirocini laddove previsti, sull'accesso alle piattaforme e-learning e sull'accesso alla struttura.**
- **Per i docenti ogni comunicazione riguardante i corsi erogati ai quali partecipano deve essere annotato nel registro di presenza e nel registro del corso .**
- **I docenti devono essere sempre aggiornati sullo stato di avanzamento del corso, sull'uso degli strumenti didattici utilizzati, compreso l'accesso e la gestione delle piattaforme e-learning.**

8.2.2 Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi

Nel determinare i requisiti dei prodotti e dei servizi, Tonini-Boninsegna assicura che siano definite valutazioni riguardanti:

- ogni requisito cogente applicabile;
- I requisiti ritenuti necessari dalla Tonini-Boninsegna;
- I requisiti indispensabili necessari fissati dalle autorità in materia di assistenza sociosanitaria;
- le risorse umane e professionali necessarie;
- le risorse economiche necessarie;
- le risorse tecnologiche (strumenti, mezzi, strutture) necessarie;
- eventuali forniture esterne necessarie;
- il chiarimento in merito alle richieste contrattuali e/o modifiche all'offerta o a contratti già esistenti e in generale che la Tonini-Boninsegna sia in grado di soddisfare quanto richiesto dal Contratto.

La Cooperativa stipula contratti con enti pubblici, enti privati e singoli committenti o utenti privati.

I contratti stipulati dalla Cooperativa riguardano:

- I servizi sociosanitari somministrato in regime di convenzione con il SSR;
- L'assistenza a soggetti rientranti nelle categorie di disabilità trattate dalla Tonini-Boninsegna;
- **I servizi di formazione e istruzione così come previsto dal sistema di accreditamento della Regione Lombardia;**
- La gestione di servizi necessari e indispensabili alla continuità aziendale (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: servizi infermieristici e sanitari; servizi mensa e somministrazione pasti; servizio lavanderia; consulenze mediche, legali e professionali; servizi di erogazione gas e e.e.; servizi informatici; servizi di manutenzione degli immobili e degli impianti ad essi afferenti; ecc.)

La definizione del contratto si effettua in modo diversificato a seconda del servizio e della tipologia di utenza trattata.

La Cooperativa non accetta ordini/contratti verbali; qualsiasi richiesta verbale, quand'anche venisse accettata, richiede sempre un ordine/contratto scritto.

Le possibili tipologie di contratto con gli enti pubblici sono: convenzione, trattativa privata, appalto concorso, licitazione privata e pubblico incanto.

8.2.3 Riesame dei requisiti relativi ai prodotti e servizi

Le relative fasi di riesame si effettuano in modo diversificato a seconda del servizio erogato e ricevuto. Nel caso dei servizi sociosanitari somministrati ai soggetti disabili ospitati nella struttura, essi sono erogati secondo i principi enunciati nella carta dei servizi.

Nel caso dei servizi di formazione e istruzione, essi sono riesaminati secondo quanto previsto dalla normativa regionale e dalla PG "Processo di Gestione nuovo corso".

Scopo del riesame della carta dei servizi è quello di rendere chiari i rapporti fra la Tonini-Boninsegna e l'ospite e i suoi famigliari, assicurando che quanto richiesto dall'ospite e di chi ne rappresenta legalmente la volontà, sia determinato in maniera corretta in modo da soddisfare gli utenti in coerenza con la carta dei servizi e gli standard determinati dalle autorità sociosanitarie.

8.2.4 Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi

Prima di procedere alla modifica sostanziale di un processo sociosanitario assistenziale e/o di formazione/istruzione, è necessario procedere al riesame del processo stesso o di tutti i processi al fine di assicurare che:

- a) tutti i requisiti siano chiari, non ambigui, adeguatamente definiti e documentati; eventuali informazioni mancanti, inattendibili o poco definite vengano evidenziate in modo da ottenere i necessari chiarimenti
- b) nel caso di contratti e convenzioni, eventuali scostamenti rispetto alla corrispondente offerta siano risolti e la Tonini-Boninsegna abbia la capacità di soddisfare i requisiti descritti.

Il riesame dell'offerta/contratto contiene valutazioni riguardanti:

- ogni requisito cogente applicabile;
- I requisiti ritenuti necessari dalla Tonini-Boninsegna;
- le risorse umane e professionali necessarie;
- le risorse economiche necessarie;
- le risorse tecnologiche (strumenti, mezzi, strutture) necessarie;
- eventuali forniture esterne necessarie;
- il chiarimento in merito alle richieste contrattuali e/o modifiche all'offerta o a contratti già esistenti;
- In che modo e in che forma la Tonini-Boninsegna soddisfa quanto richiesto dal contratto.

Il modulo viene firmato dalla Direzione e da ogni funzione interessata per la parte che gli compete. Viene quindi archiviato insieme alla documentazione dell'offerta/contratto.

8.3 Progettazione e sviluppo

8.3.1 Generalità

Riguardo gli ospiti e l'erogazione di servizi sociosanitari assistenziali

La Tonini-Boninsegna eroga servizi con modalità da tempo consolidate e soggette a continuo controllo da parte delle autorità preposte e dagli stessi soci oltre che i soggetti che esercitano la volontà legale degli assistiti. Ogni ospite è oggetto di un progetto personalizzato che prende in conto gli specifici aspetti sociosanitari dell'ospite.

Per ogni nuovo ingresso, l'equipe multidisciplinare redige una anamnesi psico-sociale-sanitaria (cogente e prevista dalle norme) del soggetto disabile e quindi attiva i necessari servizi sociosanitari adeguati alla situazione riscontrata. La verifica delle condizioni psico-sociali-sanitarie dell'ospite è svolta ogni sei mesi dalla stessa equipe che può modificare i servizi erogati adattandoli alla situazione riscontrata. L'evidenza della progettazione è data

dall'apertura e presenza di un fascicolo sociosanitario (FASAS: Fascicolo Sanitario Assistenziale) reso obbligatorio dalle autorità sociosanitarie.

L'output della progettazione è quindi rappresentato dalla procedura e dalla specifica dei servizi oggetto di certificazione, che sono state validate nel tempo e periodicamente aggiornate. Il risultato della progettazione è perciò costituito dalla costruzione della procedura e delle specifiche del servizio (questa documentazione rappresenta la metodologia generale che permette di essere sempre applicata).

A tal fine il SGI ha redatto e adottato le seguenti procedure:

- SSC-PG10 Processo gestione inserimento nuovo ospite;
- SSC-PG11 Processo gestione liste d'attesa;
- SSC-PG12 Processo gestione funzionamento equipe multidisciplinare;
- SSC-PG18 Processo gestione vigilanza criteri organizzativi e gestionali;
- SSC-PG20 Processo gestione vigilanza criteri di appropriatezza.

Qualora la Cooperativa avesse la necessità di modificare la metodologia di erogazione del servizio o di progettare nuovi servizi, si utilizzeranno le modalità di progettazione di seguito esposte: la progettazione si struttura secondo diverse fasi che a partire dagli elementi in ingresso (ad es: leggi, Convenzioni, analisi dei bisogni...) portano alla predisposizione di una nuova specifica; queste fasi prevedono l'elaborazione di un piano di progetto indicante le azioni previste tra cui si individuano le necessarie attività di verifica, riesame, validazione).

In questo caso il CdA nomina il responsabile di progetto o l'equipe di progetto composto da personale avente conoscenza dei servizi da riprogettare o da somministrare.

Riguardo l'erogazione di servizi di formazione e aggiornamento

La Tonini-Boninsegna eroga corsi di formazione e aggiornamento con le modalità previste dalle normative regionali e nazionali vigenti e soggette a continuo controllo da parte delle autorità preposte, dai soci oltre che dagli organi di controllo interni e secondo le modalità previste dalla PG "Processo di Gestione nuovo corso".

La proposta di realizzazione di un nuovo corso di formazione può provenire da:

- l'organo amministrativo;
- direttore generale;
- responsabile sanitario;
- responsabile del personale e della formazione;
- uno degli organi di controllo interno (OdV, collegio sindacale, internal audit);
- organizzazioni sindacali rappresentate;
- una richiesta specifica di un cliente/ente esterno;
- una richiesta da parte del docente;
- in base alle opportunità offerte dai bandi di finanziamento pubblico;

La progettazione di un nuovo corso deve rispettare quanto previsto dalla PG "Processo di Gestione nuovo corso".

Qualora la Cooperativa avesse la necessità di modificare la metodologia di erogazione del servizio o di progettare nuovi servizi, si utilizzeranno le modalità di progettazione di seguito esposte: la progettazione si struttura secondo diverse fasi che a partire dagli elementi in ingresso (ad es: leggi, Convenzioni, analisi dei bisogni...) portano alla predisposizione di una nuova specifica; queste fasi prevedono l'elaborazione di un piano di progetto indicante le azioni previste tra cui si individuano le necessarie attività di verifica, riesame, validazione).

In questo caso il CdA nomina il responsabile di progetto o l'equipe di progetto composto da personale avente conoscenza dei servizi da riprogettare o da somministrare.

8.3.2 Pianificazione della progettazione e dello sviluppo

Nella Tonini-Boninsegna il processo di progettazione è applicato per ogni ospite (progetto personalizzato) per ogni corso di formazione che viene deciso di essere erogato. Le varie fasi sono pianificate e tenuto sotto controllo stabilendo regole e responsabilità per la definizione dei seguenti aspetti:

- il ciclo delle fasi di progettazione;
- la metodologia per lo sviluppo del progetto;

- la suddivisione del progetto in fasi e, all'interno, in attività, associando a ciascuna di queste i criteri di verifica degli output;
- la definizione del contenuto della documentazione di progetto;
- il riesame e verifica del progetto nei punti stabiliti;
- la preparazione delle specifiche.

Il ciclo di progettazione definisce le diverse fasi di lavoro da svolgere, i requisiti (dati e documenti in ingresso) sui quali basare le attività delle singole fasi ed i risultati/obiettivi corrispondenti in uscita per il proseguo dello sviluppo del progetto.

In funzione delle esigenze specifiche del progetto il responsabile di progetto o il coordinatore del gruppo di progetto, elabora una pianificazione temporale attraverso il "Piano della Progettazione" inerente alle singole fasi e attività di progettazione (fasi di sviluppo del progetto), al fine di controllare che il rispetto dei tempi consenta di mantenere quelli previsti dalle norme e/o dai soggetti coinvolti. A cura del responsabile/coordinatore di progetto vengono definiti l'elenco dei documenti, delle responsabilità e degli elaborati tecnici da produrre, indicando i termini del loro approntamento. L'assegnazione delle attività viene effettuata a personale di adeguata capacità e qualificazione, quando necessario, e viene dotato di mezzi idonei.

Il piano della progettazione viene aggiornato man mano che la progettazione procede.

L'assegnazione delle attività, nel caso di più funzioni/aree coinvolte nel progetto, viene garantita attraverso la costituzione di un "Gruppo di Progetto" coordinata dal responsabile/coordinatore del progetto. Le informazioni tra i diversi gruppi sono trasmesse in modo documentato e ciascun membro provvede alla verifica dei documenti prima di intraprendere le relative attività.

8.3.3 Input alla progettazione e sviluppo

Presupposto fondamentale per una realizzazione soddisfacente di un progetto, è individuare in modo completo e corretto i dati e requisiti di base della progettazione. I suddetti dati e requisiti di base comprendono:

- le eventuali specifiche/richieste dalla controparte;
- le caratteristiche funzionali, le modalità e le risorse necessarie per l'erogazione del servizio;
- tutte le normative, leggi, regolamenti di riferimento per il settore;
- tutte le caratteristiche essenziali relativamente alla sicurezza ed al rispetto della privacy;
- gli eventuali elementi consolidati utilizzati nell'erogazione di servizi similari;
- progetti similari;
- tutti gli altri requisiti essenziali per la progettazione e lo sviluppo.

Sotto la responsabilità del responsabile/coordinatore di progetto viene effettuata una attività di verifica, finalizzata a identificare, valutare e documentare problemi e non conformità derivanti da ambigua o incongruente definizione di dati e requisiti di base. Tali problemi vengono affrontati e risolti sotto la diretta responsabilità della funzione aziendale che li ha originati.

8.3.4 Controllo della progettazione e sviluppo

La qualità del progetto viene identificata nella rispondenza del progetto stesso ai requisiti del contraente. Essa viene verificata durante il processo della progettazione. Il rispetto dei requisiti di base viene garantito attraverso la pianificazione e l'esecuzione di riesami e verifiche.

Dal piano di progettazione risultano:

- le fasi ed i momenti nei quali i controlli (riesame, verifica e validazione) devono essere eseguiti e i risultati della progettazione che devono essere sottoposti al controllo;
- i tipi di controllo (riesame, verifica e validazione) da eseguire in funzione della complessità e del rischio del progetto;
- il responsabile della specifica attività di controllo.

Per ciascun progetto pertanto si individuano:

- La fase in cui effettuare il riesame formale e documentato della progettazione, (al fine di valutare se i risultati della progettazione ottemperino ai requisiti, individuare gli eventuali problemi e proporre le azioni necessarie) che coinvolge tutte le funzioni interessate alla progettazione e, se necessario, il cliente.

- Le appropriate fasi della progettazione in cui eseguire verifiche della progettazione (al fine di assicurare che gli elementi in uscita siano compatibili con i relativi requisiti in ingresso). Le verifiche vengono eseguite prevalentemente sul contenuto dei risultati della progettazione e viene data evidenza.
- Le modalità di validazione della progettazione (al fine di assicurare che il servizio risultante sia in grado di soddisfare i requisiti) che viene effettuata attraverso una fase pianificata appositamente. Viene effettuata una validazione, definita intermedia, al termine della progettazione, ma prima dell'erogazione del servizio. Nella prima fase di erogazione del servizio il progetto viene validato definitivamente.

Tutte le attività di controllo descritte sono eseguite da personale competente e i risultati vengono registrati.

Si rimanda alle Procedure sopra menzionate e ai relativi allegati per la gestione delle registrazioni/modelli e dei documenti di progettazione inerenti i progetti personalizzati per gli ospiti.

8.3.5 Output della progettazione e sviluppo

Lo sviluppo del progetto si conclude con l'approntamento di tutti i documenti necessari alla sua realizzazione; tali documenti contengono i risultati della progettazione. Gli elementi in uscita dalla progettazione del servizio sono:

- la definizione delle caratteristiche del progetto o del nuovo servizio o del corso, le modalità di controllo, le risorse strutturali, umane e strumentali necessarie al fine di garantirne la corretta erogazione;
- le necessità di approvvigionamento di prodotti/servizi, anche di collaboratori/consulenti esterni;
- i criteri secondo cui il servizio/progetto si ritiene accettabile.

I documenti contenenti tutti gli elementi in uscita della progettazione sono:

- la procedura di erogazione del servizio/progetto individuale (PG "Processo gestione inserimento nuovo ospite");
- la procedura di erogazione di un nuovo corso (PG "Processo di Gestione nuovo corso").
- Seguendo il piano di progettazione si individua per ciascuna fase o attività il tipo di documento da produrre e il relativo contenuto.
- I risultati della progettazione sono pertanto adeguatamente registrati in una forma standard che ne agevola la verifica a fronte dei corrispondenti dati e requisiti di base e la soddisfazione degli stessi.
- Nei documenti sono inoltre contenuti i criteri di accettazione del progetto o comunque il riferimento a tali criteri. I documenti contenenti i risultati della progettazione vengono verificati prima della loro emissione a cura di personale autorizzato.

8.3.6 Modifiche della progettazione e sviluppo

Ogni modifica o cambiamento alla progettazione viene identificata, documentata, riesaminata ed infine approvata, per garantire che tutte le implicazioni dirette o indirette vengano prese in considerazione e per mantenere traccia delle evoluzioni del progetto.

Le registrazioni delle modifiche e delle eventuali azioni necessarie vengono conservate. Le modifiche apportate al servizio in termini di caratteristiche, necessità di risorse, attività di controllo, modalità di erogazione, trovano riscontro nella corrispondente procedura/specifica.

8.4 Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno

8.4.1 Generalità

La Tonini-Boninsegna ha predisposto e mantiene attive procedure per assicurare l'acquisto prodotti e servizi conformi ai requisiti specificati attraverso un'adeguata pianificazione del processo di approvvigionamento nelle sue fasi di:

- valutazione, approvazione e sorveglianza dei fornitori
- gestione di un elenco dei fornitori approvati
- definizione dei dati di acquisto

8.4.2 Tipo ed estensione del controllo

La Tonini-Boninsegna sulla base dell'impatto dei prodotti e servizi acquistati sulla qualità e sicurezza delle informazioni relative al servizio erogato, classifica i fornitori in due categorie:

- fornitori di prodotti e servizi critici
- fornitori di prodotti e servizi non critici

8.4.3 Informazioni ai fornitori esterni

La formalizzazione ed emissione degli ordini di approvvigionamento, con particolare riguardo a tutti i servizi influenzanti la qualità, fa riferimento ad un ordine nel quale vengono riportate le seguenti informazioni:

- data di emissione e dati identificativi del fornitore,
- caratteristiche del prodotto / servizio acquistato,
- prezzo convenuto e quantità,
- eventuali tempi previsti per la consegna/erogazione del servizio ed eventuali condizioni specifiche,
- eventuali richieste di rispetto di particolari procedure di garanzia di qualità e di codici di comportamento,
- quanto altro sia ritenuto necessario ed utile ad evitare "malintesi" con i fornitori.

Gli ordini di acquisto, prima dell'inoltro ai fornitori, vengono sempre controllati e siglati dalla funzione responsabile in base alla propria competenza, per verificarne la correttezza e la completezza dei dati riportati (tecnici, qualitativi, gestionali, economici) al fine di evitare ogni possibile errore o ambiguità.

Le copie di tutti gli ordini di acquisto sono conservate in amministrazione fino al ricevimento della fattura ed al controllo della conformità della consegna da parte del fornitore.

Tutti necessari passaggi relativi all'acquisto e fornitura di beni e servizi esterni, sono regolati dalle procedure *AMM-PG01-Processo gestione approvvigionamento beni servizi*, *ALG-PG02-Processo gestione valutazione dei fornitori* e *ALG-PG19-Processo gestione contratti e adempimenti*.

8.4.4 Fornitori di prodotti/servizi critici

I fornitori di prodotti/servizi critici sono quelli riguardanti i servizi di:

- Assistenza infermieristica e sociosanitaria in genere;
- Fornitura di pasti e servizio mensa;
- Servizio lavanderia e stireria;
- Servizio di pulizia degli ambienti della struttura;
- Assistenza medica;
- Assistenza psicologica;
- **Docenza per i corsi in catalogo.**
- **Docenze esterne;**
- Gestione della rete informatica, delle risorse informatiche e assistenza software;
- Docenze e consulenze per formazione/orientamento lavoro ed addestramento;
- Consulenze legali, professionali e tecniche;
- Gestione SCI-GR;
- Gestione privacy;

I criteri di selezione e valutazione dei fornitori sono esplicitati nella procedura "ALG-PG02-Processo gestione valutazione dei fornitori" che prevedono:

- dati storici delle precedenti esperienze con il fornitore per altri prodotti e/o categorie di prodotto;
- valutazione di campioni o esempi di fornitura/somministrazione servizio;

- raccolta informazioni sulle competenze tecnico/specialistiche con cui il fornitore realizza le forniture;
- la valutazione dei curriculum forniti da docenti e/o consulenti;
- eventuale valutazione e verifiche ispettive del Sistema Qualità del fornitore;

Il MOGC, nella specifica sezione "Parte Speciale, Reati contro la P.A. declina in maniera esaustiva gli obblighi da rispettare per procedere agli acquisti e/o avvalersi di forniture di beni e servizi. Sono specificate le soglie autorizzative, la separazione dei poteri e i controlli da effettuarsi nelle varie fasi della procedura.

8.5 Produzione ed erogazione dei servizi

8.5.1 Tenuta sotto controllo delle attività di erogazione del servizio

Il processo operativo della Tonini-Boninsegna riguarda l'erogazione di attività e servizi diurni e residenziali di assistenza, sostegno, riabilitazione, accoglienza e socializzazione, effettuati principalmente presso la sede della Tonini-Boninsegna, quanto presso la famiglia del disabile, la scuola o altre strutture di accoglienza (ambito EA 38F). Riguarda inoltre l'erogazione di servizi di formazione e aggiornamento (ambito EA 37).

La gestione del processo relativo all'ambito EA 38F avviene attraverso le prescrizioni delle seguenti procedure:

1. SSC-PG20-Processo gestione vigilanza criteri di appropriatezza
2. SSC-PG10-Processo gestione inserimento nuovo ospite
3. SSC-PG11-Processo gestione liste d'attesa
4. SSC-PG12-Processo gestione funzionamento equipe multidisciplinare
5. SSC-PG18-Processo gestione vigilanza criteri organizzativi e gestionali

La gestione del processo relativo all'ambito EA 37 avviene attraverso le prescrizioni delle seguenti procedure:

- **FOR-PG22-Processo di Gestione nuovo corso.**

Tale Procedura definisce:

- 1. le modalità di pianificazione ed erogazione del servizio, ovvero l'organizzazione del lavoro, individuando tutti gli elementi che caratterizzano e definiscono le attività del processo, compresa il riesame, la valutazione e la validazione dei corsi erogati;**
- 2. la messa a disposizione e l'utilizzo di adeguate risorse umane e competenze e di idonee apparecchiature necessarie per sviluppare l'attività di formazione così come progettata;**
- 3. la messa a disposizione e l'utilizzo di adeguate e idonee prassi e pratiche formative e didattiche oltre che di utilizzo di strumenti di e-learning;**
- 4. la conformità secondo quanto previsto dalla specifica qualifica professionale raggiunta attraverso la formazione, operando in scienza, coscienza e professionalità il monitoraggio e il controllo di appropriati parametri del servizio.**

8.5.2 Identificazione e rintracciabilità

La Cooperativa ha predisposto e mantiene attive procedure documentate per:

- identificare il servizio ed assicurare la rintracciabilità delle relative risorse (operatori ed attrezzature);
- identificare e rintracciare tutti i documenti del Sistema gestione Integrato e le registrazioni della qualità.

Tale identificazione e rintracciabilità viene registrata ed archiviata secondo le modalità descritte nelle rispettive procedure della Qualità e dal FASAS, per quanto riguarda i servizi sociosanitari assistenziali.

Tutto il materiale cartaceo prodotto nell'ambito dell'erogazione del servizio viene adeguatamente catalogato in apposito database contenente anche i riferimenti della sua

ubicazione fisica all'interno dell'ufficio. Il materiale è depositato in appositi armadi adeguatamente tenuti sottochiave.

8.5.3 Proprietà che appartengono agli utenti o a chi li rappresenta legalmente.

Tutto il materiale prodotto nell'ambito del servizio viene utilizzato solo da personale autorizzato. Il materiale cartaceo e informatico viene custodito in appositi armadi chiusi a chiave e nel caso dei dati sanitari e sensibili degli utenti, su cloud. Il materiale informatico viene utilizzato mediante accessi (utente e password) autorizzati.

I dati personali vengono gestiti e protetti dalla Cooperativa nel rispetto del GDPR. Inoltre il servizio è strettamente regolamentato dalla carta dei servizi.

8.5.4 Preservazioni

La preservazione riguarda in maggioranza prodotti informatici e cartacei, la cui conservazione è assicurata sui supporti esistenti al momento dell'erogazione del servizio.

Il rispetto del Codice Etico, del Regolamento disciplinare, della carta dei servizi, del GDPR, della Normativa e della Legislazione vigente, si assicura una corretta conservazione nel tempo.

8.5.5 Attività post-consegna

Per la particolare attività di Tonini-Boninsegna, il punto non è applicabile.

8.5.6 Controllo delle modifiche

Ogni modifica all'erogazione del servizio viene riesaminato e tenuto sotto controllo per assicurarne la piena conformità ai requisiti previsti dalle norme.

Vengono inoltre conservate informazioni documentate su tali attività.

8.6 Rilascio di prodotti e servizi

La Cooperativa ha previsto di effettuare in fasi appropriate dei propri processi di realizzazione dei servizi, adeguati monitoraggi e misurazioni allo scopo di verificarne la soddisfazione dei relativi requisiti.

Tali controlli assicurano che i servizi erogati soddisfino quanto pianificato, salvo diversa approvazione da parte delle autorità aventi titolo e, quando applicabile, dell'utente o del suo legale rappresentante.

Inoltre, tali controlli sono volti a valutare le prestazioni della sicurezza delle informazioni e della corretta erogazione dei servizi.

Il controllo della qualità dei servizi erogati dalla Cooperativa avviene verificando la congruità ed il rispetto di specifici requisiti, previsti nei contratti della Cooperativa:

- con gli ospiti, i loro legali rappresentanti e le autorità preposte.
- **con i discenti e i docenti esterni per i corsi di formazione e istruzione;**
- **con i committenti dei corsi di formazione.**

Tali controlli riguardano:

1. la corretta esecuzione delle attività programmate e dei servizi erogati così come previste dalla carta dei servizi e dal Piano Individuale per la parte sociosanitaria assistenziale e dal programma **e gli obiettivi del corso per quanto riguarda la parte di formazione e aggiornamento.**
2. il rispetto da parte degli operatori e collaboratori delle indicazioni contenute nelle procedure, dal codice etico e della corretta e completa esecuzione delle prestazioni richieste dalla carta dei servizi, dal piano individuale e dal contratto formativo.
3. l'efficacia dell'intervento e il raggiungimento dei risultati attesi (siano essi migliorativi che di mantenimento) in fase di erogazione dei servizi previsti, sia collettivi che individuali con la verifica e valutazione almeno semestrale dello stato di salute psicofisico dell'ospite tramite la valutazione dell'equipe multidisciplinare e, **nel caso dei corsi di formazione della verifica di specifici indicatori di performance ante, in itinere e post.**

Per tutti i servizi oggetto di certificazione sono previste misurazioni rispetto all'erogazione e agli esiti finali.

8.7 Controllo degli output non conformi

La Cooperativa ha predisposto e mantiene attiva la *Procedura per la gestione delle Non Conformità/Azioni correttive e preventive* che descrive le modalità e le responsabilità per l'esame delle Non Conformità (NC), sia di processo che nel servizio, e la persona autorizzata per decidere il relativo trattamento.

Le Non Conformità (NC) possono riguardare:

- i servizi sociosanitari erogati siano essi collettivi che individuali;
- **i servizi di formazione e aggiornamento;**
- **i processi di supporto all'erogazione dei servizi sociosanitari e di formazione;**
- i fornitori esterni;
- il Sistema Qualità;

Tale procedure definiscono le modalità per assicurare l'identificazione, la documentazione, la valutazione, il trattamento dei processi/attività non conformi e la notificazione alle Funzioni interessate.

9 VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione

9.1.1 Generalità

La Tonini-Boninsegna pianifica e mette in atto processi di monitoraggio, di misurazione, di analisi e di miglioramento, anche attraverso l'uso di appropriate tecniche statistiche, allo scopo di:

- a) Dimostrare la conformità dei propri servizi,
- b) Assicurare la conformità del proprio sistema di gestione per la qualità,
- c) Migliorare in modo continuo l'efficacia del proprio sistema di gestione integrato.

La misurazione dei processi e dei servizi erogati si applica a tutte le iniziative in essere; la rilevazione della qualità percepita dall'utente o da chi ne fa le veci costituisce uno degli elementi essenziali di tali misurazioni.

La Direzione si assicura che le prestazioni del sistema di gestione integrato siano costantemente misurate al fine di individuare i processi, le aree e gli aspetti che richiedono interventi migliorativi.

La Cooperativa effettua un monitoraggio costante dell'efficacia e dell'efficienza dei propri processi (primari, gestionali e di supporto) nel perseguire le proprie politiche ed obiettivi, in modo tale da rispondere alle crescenti esigenze ed aspettative dei propri soci e ospiti e da assicurare una evoluzione dinamica del proprio Sistema di Gestione. Qualora i risultati non siano raggiunti sono intraprese opportune azioni correttive.

Per ogni processo sono stati individuati opportuni indicatori e metodologie per la raccolta, analisi e misurazione dei dati al fine di misurarne l'efficacia. I parametri da tenere sotto controllo sono indicati nel Piano della Qualità del Sistema di Gestione Integrato, che definisce i tempi e le responsabilità per la raccolta ed elaborazione dei dati. I dati sono elaborati con le tecniche statistiche ritenute più opportune (§ 8.4).

In occasione del Riesame della Direzione del SGI o quando se ne ravveda la necessità, si riesaminano le PG, le specifiche, gli allegati, i contratti e in particolare la Valutazione del Rischio, i rischi residui e i livelli accettabili di rischio residuo già identificati, in modo da mantenere aderenti allo sviluppo e ai cambiamenti aziendali. La Tonini-Boninsegna adotta un sistema di gestione del rischio di tipo SCI-GR.

9.1.2 Soddisfazione del cliente

Tra le varie misure delle prestazioni del Sistema di Gestione Integrato, particolare attenzione viene posta su monitoraggio e misurazione della soddisfazione degli ospiti e dei discenti che partecipano ai corsi di formazione.

Riguardo gli utenti, si è valutato di ottemperare all'obbligo normativo mediante la somministrazione periodica di un questionario a domande multiple. Le risposte sono rielaborate e organizzate in forma statistica. **Riguardo i discenti dei corsi di formazione, i docenti e i**

committenti, viene loro somministrato un questionario per valutare la didattica, la gestione del corso oltre che il raggiungimento degli obiettivi previsti.

I Reclami o segnalazioni verbali sono raccolti da ogni persona che esercita le attività e trasmesse al RSGI.

I reclami sono presi in considerazione e trattati secondo la procedura delle NC quando vengono registrati in forma scritta.

Le lamentele verbali normalmente sono risolte verbalmente a cura del personale della Tonini-Boninsegna competente per area oggetto della lamentela stessa.

I reclami verbali sono registrati al fine di compiere periodicamente un'analisi complessiva degli stessi, in modo da individuare opportune azioni correttive per migliorare il servizio.

9.1.3 Analisi e valutazione

Attraverso adeguate tecniche statistiche vengono effettuate le analisi dei dati inerenti i diversi processi dell'organizzazione.

Dall'analisi dei dati è possibile avere un quadro preciso dell'organizzazione e pianificarne le adeguate azioni di miglioramento. I parametri da tenere sotto controllo sono indicati nel PdQ del Sistema di Gestione Integrato, che definisce i tempi e le responsabilità per la raccolta ed elaborazione dei dati. I dati sono elaborati con le tecniche statistiche ritenute più opportune. Nella Cooperativa le tecniche statistiche sono utilizzate come elemento fondamentale di una gestione per la qualità basata su parametri oggettivi e su dati concreti allo scopo di:

- controllare e verificare la capacità dei processi;
- individuare l'andamento nel tempo e le linee di tendenza di caratteristiche qualitative;
- analizzare le non conformità al fine di individuare le azioni di miglioramento;
- valutare le caratteristiche del servizio;
- valutare la soddisfazione degli utenti e dei discenti;
- fornire informazioni in merito alle prestazioni dei fornitori e in generale per la pianificazione ed il miglioramento della qualità a livello aziendale.

Le tecniche statistiche eventualmente utilizzate sono:

- istogrammi, tabelle, Gauss,
- media aritmetica, ponderata.

Altre elaborazioni consistono essenzialmente in una valutazione economica tenendo conto di quanto stabilito come budget iniziale per l'erogazione del servizio e quanto effettivamente sostenuto per portarlo a termine.

9.2 Audit interno

La Cooperativa ha predisposto e mantiene attiva una *Procedura per la Verifiche Ispettive del Sistema Integrato* che descrive le modalità di pianificazione ed esecuzione delle Verifiche Ispettive Interne del Sistema Integrato.

Il RSGI ha la responsabilità di pianificare ed eseguire le Verifiche Ispettive Interne.

Le Verifiche Ispettive Interne hanno lo scopo di:

- accertare se le attività attinenti al Sistema di Gestione Integrato ed i relativi risultati sono in accordo con quanto pianificato;
- accertare l'adeguatezza e l'effettiva applicazione delle prescrizioni dei documenti del Sistema di Gestione Integrato;
- valutare la conformità del SGI ai requisiti delle Norme di riferimento;
- valutare l'efficacia del Sistema di Gestione Integrato.

Le Verifiche Ispettive vengono programmate in relazione allo stato di complessità e all'importanza delle attività da esaminare; vengono effettuate dal RSGI e, in ogni caso, da personale indipendente rispetto a chi ha diretta responsabilità per le attività sottoposte a Verifica Ispettiva.

Le Verifiche Ispettive vengono programmate con l'obiettivo di verificare, annualmente, tutti i processi del Sistema di Gestione Integrato della Cooperativa.

Le modalità di esecuzione prevedono:

- la pianificazione annuale e la pianificazione di dettaglio;
- l'identificazione del Responsabile e dei componenti dell'eventuale Gruppo di Verifica Ispettiva, che vengono scelti sulla base della loro esperienza e formazione;

- l'esame preliminare della documentazione;
- facoltativamente, la preparazione di liste di riscontro;
- una riunione iniziale con il responsabile del processo verificato allo scopo di precisare gli obiettivi e/o modificare il piano della visita;
- l'esecuzione della Verifica Ispettiva;
- la valutazione dell'efficacia dei processi sottoposti a verifica;
- la redazione di un Rapporto di Verifica e di eventuali rapporti di Non Conformità.

Al termine della Verifica Ispettiva, il Responsabile del Gruppo di Verifica Ispettiva redige il *"Rapporto di Verifica Ispettiva"* che consegna al responsabile di processo verificato. A seguito di tale rapporto, il responsabile del processo o personale da lui incaricato deve intraprendere tempestive Azioni Correttive relativamente alle carenze evidenziate.

Il RSGI è responsabile di accertare e di registrare che le Azioni Correttive previste siano state messe in atto e di valutare se queste siano risultate efficaci e siano state eliminate le cause che le avevano originate. Questo accertamento, se non effettuato appositamente, sarà effettuato in occasione di successive Verifiche Ispettive.

RSGI-Q&SI effettua un'analisi dei risultati delle Verifiche Ispettive Interne e presenta i risultati alla Direzione in modo da prendere in considerazione e valutarli durante il Riesame del Sistema Qualità.

La Tonini-Boninsegna dispone altresì di uno strutturato settore di compliance aziendale, di un internal audit e di MOGC ex D.Lgs 231/01 vigilato da un OdV nominato dal Cda.

9.3 Riesame di Direzione del SGI

9.3.1 Generalità

La Cooperativa ha pianificato i riesami del SGI con cadenza annuale.

Alle scadenze programmate, il direttore generale in collaborazione con il RSGI e le funzioni responsabili effettua un Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità proponendosi alcuni obiettivi primari:

- verificare la continua adeguatezza e l'efficacia del sistema in coerenza con la Politica aziendale e gli obiettivi per il SGI, proponendo le modifiche del caso.
- accertare il raggiungimento degli obiettivi fissati nel Piano della Qualità del Sistema di Gestione Integrato.
- pianificare azioni volte a migliorare il sistema.

9.3.2 Input al Riesame di Direzione

La verifica relativa al Riesame comprende l'esame:

- delle informazioni di ritorno da parte dell'utente (feedback e reclami) e delle parti interessate;
- del monitoraggio dell'efficacia dei processi;
- dei risultati delle Verifiche Ispettive Interne;
- delle Non Conformità e delle Azioni Correttive;
- vulnerabilità o minacce non adeguatamente considerate nella precedente valutazione del Rischio;
- delle eventuali modifiche da apportare al sistema;
- delle raccomandazioni per il miglioramento;
- dei reclami.

9.3.3 Output al Riesame di Direzione

La verifica viene effettuata attraverso la valutazione dei risultati raccolti nel rapporto di RSGI. Viene analizzato ogni eventuale scostamento e vengono decise azioni per:

- migliorare l'efficacia del sistema;
- migliorare il servizio;
- reperire le risorse necessarie.

Sulla base dei risultati raggiunti, si stabiliscono:

- le modifiche o gli adeguamenti da apportare alla matrice di analisi del rischio;

- ove ritenuto opportuno, nuovi obiettivi;
- gli aggiornamenti dei piani di valutazione e trattamento del rischio;
- le modifiche a procedure e controlli che hanno effetto sulla sicurezza delle informazioni;
- esigenze di risorse;
- le azioni operative da mettere in atto per il raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- miglioramento del metodo di misurazione dell'efficacia dei controlli;
- azioni da mettere in atto per migliorare l'efficacia del SGI.

I risultati del riesame vengono riportati nel "Verbale di riesame da parte della Direzione" che è conservato dal Direttore Generale e presentato in C.d.A. per la valutazione.

10 MIGLIORAMENTO

10.1 Generalità

La Tonini-Boninsegna seleziona opportunità di miglioramento e attua azioni necessarie per soddisfare i bisogni degli utenti e per accrescerne la soddisfazione.

Per raggiungere tali obiettivi migliora con continuità i servizi erogati, corregge, previene e riduce gli effetti indesiderati, migliora le prestazioni del SGI.

10.2 Non conformità e Azioni correttive

La Procedura "SGI-PG15-Processo gestione NC-AC-Reclami" definisce le responsabilità per l'esame delle NC e la persona autorizzata per decidere il relativo trattamento.

Le Funzioni competenti, ciascuno per la propria competenza analizza la NC al fine di intraprendere la soluzione adeguata per eliminare la NC accertata. Tali Funzioni hanno la responsabilità e l'autorità per le decisioni relative al trattamento della NC.

Il servizio non conforme è valutato, le soluzioni e le azioni correttive vengono decise caso per caso.

Le funzioni responsabili del trattamento dei servizi/materiali non conformi sono i vari Responsabili di Funzione.

Il servizio erogato non conforme viene valutato e le soluzioni e le azioni correttive vengono decise caso per caso considerando il tipo particolare di servizio erogato.

In ogni caso, se previsto dalla carta dei servizi o da altra norma, all'utente e/o al suo legale rappresentante viene notificato il riscontro della Non Conformità e la soluzione intrapresa per ottenerne la soluzione.

Trascorso il tempo necessario per la risoluzione della Non Conformità viene eseguita da parte della Funzione di competenza una verifica per accertare che il trattamento adottato abbia dato il risultato desiderato e ne viene informato, laddove previsto, l'utente e/o il suo legale rappresentante.

La documentazione relativa ad ogni Non Conformità costituiscono registrazioni e vengono conservate.

L'analisi costante del SGI porta a definire le AC e AP, che vengono analizzate nello specifico Modulo, inoltre nel PdQ allegato al Riesame del SGI-Q&SI sono individuati i miglioramenti da mettere in atto.

Le AC seguenti sono in capo al RSGI che potrà chiedere la collaborazione di personale competente.

Le Azioni Correttive, la cui gestione, descritta nella *Procedura per la gestione delle Non Conformità, delle Azioni Correttive*, è responsabilità del RSGI, sono intraprese per trattare le cause di effettive non conformità, al fine di prevenire il loro ripetersi.

Per quanto riguarda la loro gestione:

- 1) le Azioni Correttive possono essere conseguenti:
 - a valutazione emerse durante il Riesame del Sistema Qualità da parte della Direzione;
 - all'analisi dei rapporti di Verifiche Ispettive Interne;
 - all'analisi dei *Rapporti di Non Conformità*;
 - a seguito di reclami da parte dei fruitori del servizio;
- 2) l'incaricato dell'attuazione raccoglie e analizza le informazioni, allo scopo di individuare e rimuovere le cause;

- 3) inoltre, deve elaborare le proposte di Azioni Correttive da intraprendere e, prima di metterle in atto, deve concordarle con RDPQ indicando la data proposta per l'attuazione delle stesse;
- 4) trascorso il tempo previsto per il completamento dell'Azione Correttiva il RSGI effettua un controllo per accertare che l'Azione Correttiva sia stata messa in atto come concordato.

10.3 Miglioramento continuo

La Tonini-Boninsegna si propone di migliorare con continuità, attraverso un processo che richiede dei successivi passi di consolidamento, l'efficacia del proprio sistema di gestione integrato. Le azioni per il miglioramento continuo sono quindi un obiettivo permanente dell'organizzazione comprendendo e utilizzando la politica per la qualità, i risultati delle verifiche ispettive, l'analisi dei dati, le azioni correttive e preventive e i riesami da parte della Direzione.

ALLEGATI:

1. Elenco dei riferimenti normativi
2. Politica della Qualità
3. Organigramma
4. Parti Interessate
5. Matrice Analisi del Rischio

QUESTA È L'ULTIMA PAGINA DEL DOCUMENTO