



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE
PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024



Il presente Manuale della Qualità è stato redatto in riferimento alla Norma:

UNI EN ISO 9001, Edizione anno 2015

“Sistemi di Gestione della Qualità - Requisiti”.

REVISIONE Nr.: 0 del: 06/02/2024

Copia CONTROLLATA Nr. 1

Questo Manuale è in copia controllata, registrata e soggetta ad aggiornamento

Copia NON CONTROLLATA

Questo Manuale è in copia non controllata, ha carattere unicamente informativo e non è soggetta ad aggiornamento. Non può essere utilizzata a fini contrattuali.





MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

Revisioni del Manuale del Sistema di Gestione per la Qualità

Rev.	Data	Pagine	Descrizione della Modifica
0	30/05/2024	Tutte	Emissione ufficiale del Documento

Procedure ed Istruzioni del Sistema di Gestione per la Qualità

<i>Titolo della Procedura</i>	<i>Codice</i>	<i>Rif. UNI EN ISO 9001</i>
Gestione dei documenti e delle registrazioni	PRO 01	§ 7.5
Audit Interni	PRO 02	§ 9.2
Gestione delle Non Conformità ed Azioni Correttive	PRO 03	§ 8.7 - § 10.2
Competenza consapevolezza ed addestramento	PRO 04	§ 7.1 - § 7.2 - § 7.3
Controllo dei mezzi e delle infrastrutture	PRO 05	§ 7.1.3
Qualifica fornitori e gestione degli ordini	PRO 06	§ 8.4
Analisi requisiti e progettazione del servizio	PRO 07	§ 8.2 - 8.3
Erogazione del Servizio: trasporti e presidio eventi	PRO 08	§ 8.1 - § 8.5 - § 8.6
Erogazione del Servizio: consegna medicinali	PRO 09	§ 8.1 - § 8.5
Erogazione del Servizio: trasporto sangue	PRO 10	§ 8.1 - § 8.5
Gestione delle Donazioni	PRO 11	---
Gestione amministrativa	IST 01	---
Gestione del personale	IST 02	---
Soddisfazione dell'utente	IST 03	§ 9.1.2

L'elenco delle Procedure della Qualità con il relativo livello di revisione è tenuto aggiornato dalla Funzione Qualità ad ogni modifica.



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

SEZIONE 1 – PRESENTAZIONE DELL'ASSOCIAZIONE

DATI DELL'ASSOCIAZIONE

Denominazione	P.A. Croce Verde di Mombercelli ODV - ETS
Sede Legale ed operativa	Strada Dell'Orto 14 – 14047 Mombercelli (AT)
Telefono	0141 95 99 20
FAX	0141 95 97 07
E-mail	segreteria@croceverdemombercelli.it
COD. FISCALE	91001710051

"LA NOSTRA STORIA"

1985: un gruppo di persone iscritte all'A.V.I.S. sezione di Mombercelli, decide di proporre un sondaggio alla popolazione dei comuni di Mombercelli, Castelnuovo Calcea, Vinchio e Belveglio attraverso i bambini ed i ragazzi delle scuole elementari e medie da compilare con le proprie famiglie. I dati che emergono sono incoraggianti quindi si decide di far nascere "l'ambulanza a Mombercelli". In data 23/12/1985 i soci fondatori: Amerio Pasquale, Barbero Mauro, Monteleone Maurizio, Sconfienza Samuele, Pagliarino Claudio, Bellora Ferruccio e Rosso Roberto costituiscono l'Associazione "AVIS CROCE VERDE" sezione associata della Croce Verde di Nizza Monferrato.

1986: grazie alla raccolta fondi fatta porta a porta con l'encomiabile adesione della popolazione dei quattro comuni che frutta ben 40 milioni di lire e con il contributo della CR ASTI si acquista la prima Ambulanza, la numero 1. La nostra prima sede è in Piazza Alfieri n°18: piccola e spoglia ma la voglia dei/delle volontari/e sopperisce anche alla mancanza del riscaldamento grazie ad una stufa a cherosene da accendersi al momento della presa di servizio e con il bagno sul ballatoio esterno. Finalmente il primo servizio dell'ambulanza! 27 Marzo 1986: i militi Fresia Giuseppe e Sconfienza Antonio effettuano il primo servizio sanitario: la dimissione di una signora residente a Mombercelli dall'ospedale di Nizza Monferrato.

1987: il numero di servizi richiesti aumenta e con la solo ambulanza non si riesce a far fronte a tutte le richieste. La Croce Verde di Nizza Monferrato ci presta una Fiat 128 per svolgere i servizi socio assistenziali che gli abitanti della zona e l'ASL cominciano a richiedere.

1988: iniziano i traslochi e la sede operativa passa al numero 2 di Piazza Unione Europea. Si effettuano esercitazioni pratiche di soccorso aggiornando la preparazione dei militi.

1992: grazie ai continui servizi al territorio ed alle donazioni dei cittadini si provvede ad abbigliare tutti/e i/le volontari/e con la camicia arancione a bande rifrangenti: era la nostra unica divisa...A fine anno avviene la



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

svolta: il distacco dalla Croce Verde di Nizza; acquistando autonomia gestionale ed amministrativa nasce la P.A. CROCE VERDE MOMBERCELLI. Nuova sede e locali più ampi: il nuovo indirizzo è Piazza Unione Europea 12. Viene allestito il nostro primo ufficio per l'amministrazione e per i/le volontari/e è a disposizione una stanza per il riposo durante i turni notturni.

1993: l'Associazione aderisce all' Associazione Nazionale Pubbliche ASsistenze A.N.P.AS. l'organismo che raggruppa tutte le Pubbliche Assistenze d'Italia nella sezione dell'A.N.P.AS. PIEMONTE.

1996: dieci anni dalla fondazione!!! Grande festa, nuova ambulanza e premiazione per i/le volontari/e che hanno finora svolto servizi per la nostra Associazione. Partiti piano con 233 servizi effettuati nel 1986, dopo dieci lunghi anni, a dicembre i servizi sono 1208!!!

1998: nasce il 118! Per rendere idonei i/le volontari/e a prestare servizio di pronto soccorso, la Croce Verde aderisce con il servizio di Estemporanea del 118 ed i/le volontari/e, attraverso corsi di primo intervento, ricevono l'"ALLEGATO B". In data 20 febbraio 1998 è svolto il primo servizio 118 dai/dalle volontari/e Vespa Teresa e Castino Bartolomeo con ricovero del paziente all'ospedale di Nizza Monferrato. Nasce anche il servizio civile e per ottenere tale assegnazione garantendo ai militari vitto e alloggio si affitta il bilocale al piano superiore della nostra sede che con gli opportuni lavori di adeguamento garantisce accoglienza agli assegnati.

2000: si continuano i corsi per il primo intervento e si procede con la formazione dei/delle volontari/e con l'"ALLEGATO A". I servizi a fine dell'anno sono 1763.

2001: ancora una nuova sede: ci trasferiamo al numero 8/9 di piazza Unione Europea dove è presente un ampio spazio per la sala operativa, un ufficio accogliente ed ampi locali di servizio per i militi. In forza all'Associazione un solo dipendente ed i servizi sono 2242.

2003: il 1 Marzo diventiamo postazione fissa di 118 in H12. L'Associazione diventa operativa tutti i giorni dell'anno dalle 08.00 alle 20.00 per Emergenze Sanitarie. Servono spazi più ampi e dopo lunghe ricerche e trattative, oltre ad ottenere il riconoscimento di personalità giuridica, si decide di acquistare l'immobile in strada dell'Orto 14 per farne la nostra sede definitiva. Purtroppo è giunto il momento di rottamare la gloriosa ambulanza n°1 che ormai non è più funzionale ad alcun tipo di servizio socio-assistenziale. Ci confermiamo a livello territoriale ed il nostro impegno è ripagato dal numero di servizi effettuati nell'anno: siamo a quota 2698!!

2004: partono i lavori di ristrutturazione della nostra "casa"! Tutti lavorano instancabilmente per rendere accoglienti i locali ma purtroppo prima del trasloco definitivo viene a mancare il Dott. Carlo Porotto che fino ad allora è stato il nostro direttore sanitario. Lascia un grande vuoto in tutta l'Associazione ma soprattutto in tutta la comunità in quanto conosciuto per la sua professione e dedizione nella cura degli ammalati. Il 21 Settembre siamo finalmente nella nostra attuale Sede.

2005: nel ventennale si procede ai festeggiamenti e con l'occasione il direttivo con tutti i militi decide di dedicare la sede alla memoria del Dott. Carlo Porotto, nostro direttore sanitario per ben 18 anni



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

2007: l'Associazione continua a crescere e nell'anno precedente il numero di servizi è cresciuto a 3358 ed i chilometri percorsi sono stati 201397. Nasce il corso DAE, indispensabile per ottenere l'autorizzazione all'utilizzo del defibrillatore automatico che ormai diventa parte integrante della dotazione dei mezzi adibiti al Soccorso 118.

2009: continuiamo a crescere ed a fine anno i servizi sono più di 4000: nuovi mezzi e nuovi volontari si alternano durante le giornate. Purtroppo è anche l'anno del terribile sisma in Abruzzo. I nostri volontari si organizzano immediatamente per la raccolta di beni di prima necessità e presso la nostra sede è un continuo via e vai di persone che contribuiscono alla grande raccolta. Tutto ciò che viene raccolto è inviato in Abruzzo grazie anche alla collaborazione della Croce Verde di Asti. Alcuni volontari danno la propria disponibilità a recarsi direttamente nei centri colpiti dal terremoto ed il primo gruppo di essi parte il 24 Aprile e sono dislocati presso il campo di Acquasanta allestito dal Dipartimento di Protezione Civile. I nostri volontari che hanno partecipato con cuore ed anima ai soccorsi sono: Andrea Calati, Roberto Resta, Greta Castino, Susanna Becuti, Andrea Bozzolan, Alice Gambino, Alessandro Sconfienza, Sabrina Biglia, Gianni Vullo, Marco Vercelli, Michela Maestro, Andrea Cantin, Claudio Pagliarino, Marzio Heacliff e Simone Aloï.

2011: per alcuni volontari è il grande anno della Compagnia della Verde: alcune ragazze e ragazzi della nostra Associazione si rimettono in gioco allestendo a teatro il musical: MomberGrease! Dopo il grande successo dell'anno precedente quando lo spettacolo è stato presentato presso il palatenda allestito presso la cantina sociale di Momberecelli è finalmente la volta di rapportarsi con il grande palcoscenico: lo show è presentato al teatro Alfieri di Asti. I volontari reinterpretano le gesta di Danny Zucco (John Travolta) e Sandy Olson (Olivia Newton-John) ottenendo un grande successo di pubblico e critica. Gli incassi del progetto contribuiscono all'acquisto di un Fiat Doblò per i Servizi Sociali.

2012: Nuovo fatto funesto per l'Italia è il sisma in Emilia Romagna. Anche in questo caso la nostra Associazione attraverso i volontari si è fatta trovare pronta ed in prima linea per soccorrere le persone in difficoltà. Dalla nostra sede sono quindi partiti alla volta dell'Emilia i nostri volontari: Benchea Eusebio, Forin Alice, Gagliardi Giulia, Marinilli Chiara, Pagliarino Claudio, Sorce Alessio e Torchitti Jerika.

2013: continua con grande sforzo di tutti i volontari l'evoluzione della nostra Associazione e si continuano a cambiare automezzi ed ambulanze per essere sempre in regola con le leggi e le crescenti necessità della popolazione. Oltre alle normali attività in ambito sanitario, alcuni volontari intraprendono un nuovo progetto per dare vita ad una partita di calcio a 7 contro una squadra di detenuti della "Casa Circondariale di Quarto d'Asti".

2014: continuano i lavori, continuano i servizi di emergenza 118 ed i servizi socio assistenziali. Viene acquistata l'auto 2: una Fiat Panda 4x4.

2015: arriva in sede il Mezzo di Soccorso di Base "Bravo301" per completare la copertura dei servizi di Emergenza e Urgenza Sanitaria.

2016: l'Associazione acquista 2 mezzi per i Servizi Sociali, i Fiat Doblò 4 e 9.



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

2018: per completare il parco macchine vengono acquistati un mezzo 4x4, il Duster per Servizi Speciali e il nuovo mezzo da Trasporti Sociali e Trasferite Auto 6, un Fiat Doblò XL. Ad Ottobre, con la vincita del Concorso Cassa di Risparmio di Torino, viene acquistato il Mezzo di Soccorso di Base "Bravo303", un Fiat Ducato 2.3 MJT 16V 180CV. Nello stesso anno la Pubblica Assistenza adotta il Codice Etico e firma il Patto di Corresponsabilità Etica con il Presidente Regionale ed il Presidente Nazionale.

2019: iniziamo a combattere, come il resto del Mondo, contro il Virus SARS-CoV-2.

2020: sono i primi mesi dell'anno e come Croce Verde ci attrezziamo per la lotta che sembra non finire mai. Allestiamo la tenda di decontaminazione, organizziamo il servizio di consegna farmaci e beni di prima necessità per la popolazione. Durante i mesi della prima ondata (Marzo-Aprile) raddoppiamo il servizio di Emergenza 118 coprendo H24 le richieste di soccorso.

2023: Viene riconosciuto un attestato importante, per il valore morale che rappresenta: il nastrino benemerita Regione Piemonte per il contrasto alla Pandemia Covid-19. Una riconoscenza per un lavoro fatto quando le emozioni in gioco erano tante quante le vite che questa Pandemia ha toccato. Ringraziamo Anpas Piemonte e la Regione Piemonte per il pensiero. Un ringraziamento di cuore a tutti i Volontari e Dipendenti che hanno prestato servizio durante questo periodo difficile per tutti! Grazie anche a tutti coloro che ci hanno sostenuto.

La Croce Verde di Mombercelli si sostiene grazie all'attività dei propri volontari e dei dipendenti che costantemente fanno sacrifici affinché l'Associazione sia sempre viva e pronta a rispondere alle necessità del territorio.

SEZIONE 2 – RIFERIMENTI NORMATIVI

Sono state individuate le fonti esterne che determinano i requisiti che l'Associazione si impegna a soddisfare. Tali fonti sono riconducibili a due differenti ambiti:

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

1) Leggi e altre determinazioni di carattere cogente, sia di indirizzo generale che specifiche di settore. Tra queste possiamo identificare:

- D. Lgs 81/2008 e Succ. Mod. e Integraz. TESTO UNICO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO
- Reg UE 679/2016 Regolamento europeo sulla Privacy
- Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231
- Normativa relativa al terzo settore (LEGGE 6 giugno 2016, n. 106; Decreto legislativo 3 luglio 2017 n.117, e smi, circolari ministeriali applicative varie)
- Leggi regionali di settore (Legge Regionale 29 agosto 1994, n. 38 Regione Piemonte, DGR 48-7791 Regione Piemonte e smi.)

2) Riferimenti normativi Contrattuali applicati volontariamente:

- Norma UNI EN ISO 9001:2015
- Modello Organizzativo 231

Gli audit interni sono svolti seguendo la linea guida:

- **UNI EN ISO 19011: 2018 “Linee guida per audit di sistemi di gestione”**

Tutte le Norme e le Leggi sono gestite in maniera controllata, come documenti di origine esterna.

SEZIONE 3 – TERMINI E DEFINIZIONI

Per garantire la comprensione dei termini usati, il presente Manuale è stato redatto in conformità alla terminologia definita nella Norma:

UNI EN ISO 9000, Edizione anno 2015, Sistemi di Gestione per la Qualità – Principi e vocabolario;

Con la sigla ISO 9000 si identifica una serie di normative e linee guida sviluppate dall'Organizzazione Internazionale per la Normazione (ISO) che definiscono i requisiti per la realizzazione all'interno di un'Organizzazione di un sistema di gestione della qualità, al fine di condurre i processi aziendali, migliorare l'efficacia e l'efficienza nella realizzazione del prodotto e nell'erogazione del servizio, ottenere e incrementare la soddisfazione del cliente.

All'interno di ogni Procedura, quando necessario, sono riportati i termini e le definizioni utili ad agevolare la comprensione da parte di tutto il personale operativo coinvolto nell'esecuzione del processo.

SEZIONE 4 – CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

4.1 Comprendere l'Organizzazione ed il suo contesto



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

La Presidenza dell'Associazione ha svolto un'analisi del contesto di riferimento nel quale opera l'Associazione stessa, allo scopo di determinare i fattori che possono esercitare conseguenze sulle capacità dell'Associazione di conseguire i propri obiettivi. Tale analisi è registrata nel documento **“Analisi del contesto e delle parti interessate”**.

Nello svolgere la suddetta analisi i fattori sono stati suddivisi in esterni ed interni, e ricondotti in seguito a macro-categorie di appartenenza (es. legali, normativi, tecnologici, geografici, cultura, ecc.).

I fattori del contesto sono continuamente monitorati, e l'analisi viene riesaminata annualmente, in vista del Riesame della Direzione, con l'inserimento delle modifiche intervenute nelle varie componenti del contesto nell'ultimo anno, al fine di poter individuare i fattori critici per i quali sia necessario gestire il cambiamento.

4.2 Parti interessate rilevanti e loro requisiti

Il documento di **Analisi del contesto e delle parti interessate** contiene anche una seconda parte nella quale sono identificate e analizzate:

- Le parti in causa (c.d. *“stakeholders”*) rilevanti per l'attività aziendale (utenti, fornitori, altre associazioni, territorio, enti pubblici, ecc.)
- Le loro aspettative nei confronti dell'Associazione

Lo scopo dell'analisi è l'individuazione delle parti in causa significative e delle relative aspettative, al fine di definire le componenti che assumono maggiore rilevanza per il conseguimento degli scopi ed obiettivi dell'Associazione.

Il risultato di tale analisi costituisce elemento in ingresso per:

- Analisi dei rischi e delle opportunità
- Determinazione del campo di applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità
- Decisioni strategiche della Direzione

4.3 Campo di applicazione del SGQ

La Presidenza dell'Associazione ha determinato il campo di applicazione del SGQ prendendo in considerazione i seguenti fattori:

- I fattori interni ed esterni relativi al contesto in cui opera l'Associazione;
- I requisiti rilevanti delle parti interessate;
- I processi interni ed i servizi erogati dall'Associazione (descritti al paragrafo seguente).

Sulla base delle informazioni sopraindicate il campo di applicazione del SGQ è stato determinato relativamente ai processi di:



“Progettazione ed erogazione di viaggi ordinari interospedalieri, trasporto bambini, anziani e trasporti sociali. Erogazione servizi di trasporto privati e consegna farmaci a domicilio. Trasporto sangue”.

Relativamente all’applicazione dei punti della norma, l’Associazione ha determinato che **tutti i requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2015 risultano applicabili e pertanto non sono previste esclusioni.**

4.4 Sistema di Gestione per la Qualità

L’Associazione tiene sotto controllo i propri servizi attraverso una gestione per processi. La Presidenza ha svolto una dettagliata analisi che prende in considerazione i processi interni all’Associazione, al fine di identificarne:

- Elementi in ingresso ed in uscita;
- Sequenza ed interazione;
- Responsabilità ed autorità;
- Risorse necessarie;
- Rischi ed opportunità connessi;
- Metodi di controllo e, ove necessario, opportuni indicatori;
- Informazioni documentate, necessarie sia per garantirne il controllo (procedure, istruzioni) che per dimostrarne l’efficace realizzazione (registrazioni)

Nell’ottica del miglioramento continuo, i processi vengono periodicamente valutati (attraverso gli audit interni ed il monitoraggio di opportuni indicatori) e vengono decise azioni per il miglioramento.

Qualora intervengano modifiche sostanziali ai processi (es.: introduzione di un nuovo servizio, ecc.) l’analisi dei processi viene aggiornata e le modifiche al SGQ vengono gestite in maniera pianificata (vedi capitolo 6.3 del presente Manuale).

DESCRIZIONE DEI PROCESSI DELL’ASSOCIAZIONE

Ai fini dell’analisi i processi sono stati suddivisi in:

- **PROCESSI PRIMARI DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO**
Servizi interessati: viaggi interospedalieri, trasporti (bambini, anziani, sangue, sociali), consegna farmaci.
 - Analisi e riesame dei requisiti del cliente / utente
 - Progettazione del servizio
 - Approvvigionamento (mezzi e dispositivi)
 - Erogazione del servizio
- **PROCESSI TRASVERSALI DI SUPPORTO AL FUNZIONAMENTO DELL’ASSOCIAZIONE**
 - Valutazione competenze e formazione interna
 - Manutenzione mezzi e infrastrutture



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

- Comunicazioni interne
- Processi amministrativi
- Gestione informazioni documentate del SGQ

▪ **PROCESSI TRASVERSALI DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DEL SGQ**

- Audit interni
- Monitoraggio e valutazione di indicatori ed obiettivi
- Riesame da parte della Direzione
- Gestione della non conformità ed azioni correttive
- Piano di miglioramento e definizione degli obiettivi

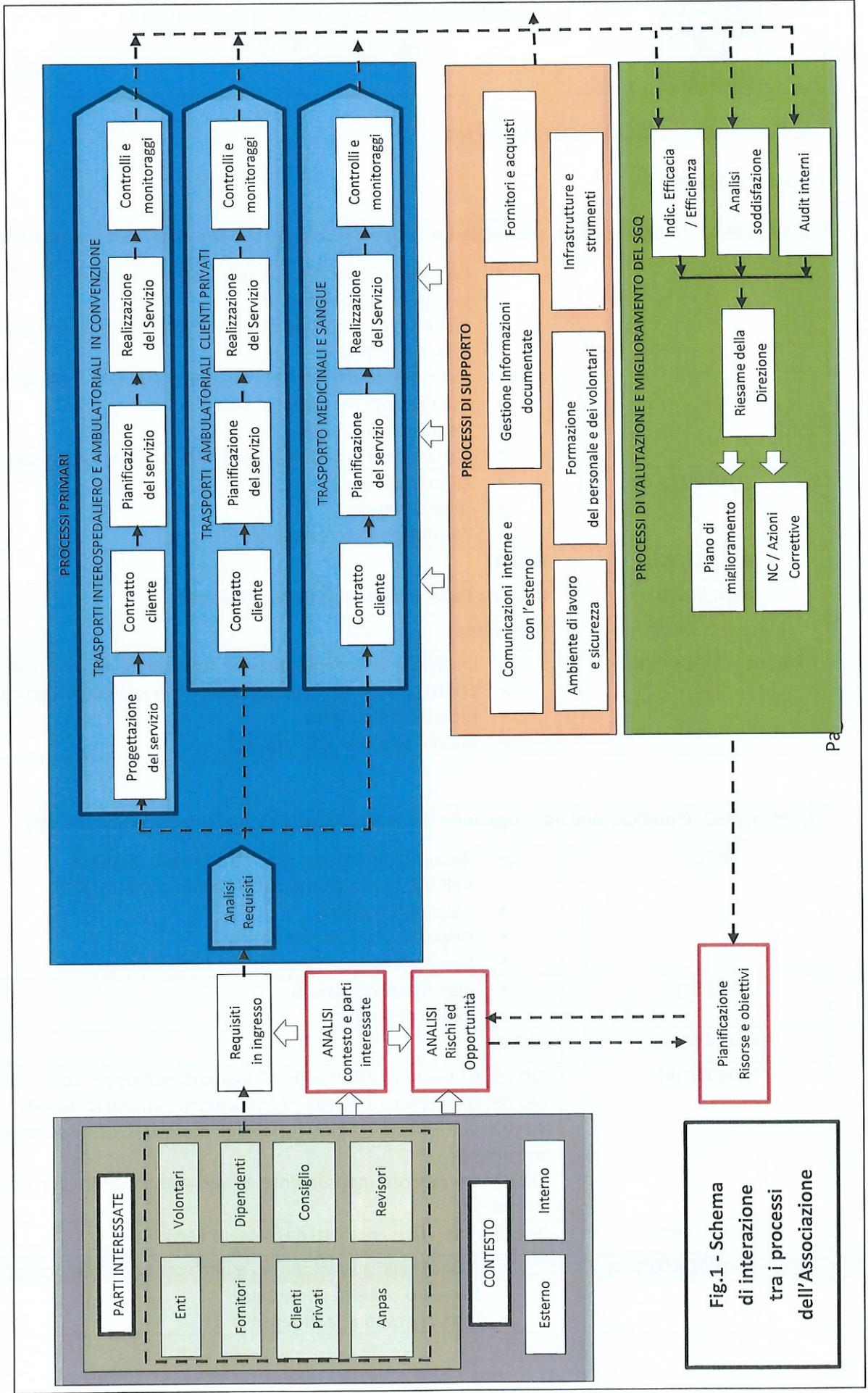


Fig.1 - Schema di interazione tra i processi dell'Associazione



**MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE
PER LA QUALITÀ**

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

TABELLE DESCRITTIVE DEI PROCESSI AZIENDALI

PROCESSI PRIMARI

1) PROCESSO: Analisi requisiti committente, progettazione del servizio (trasporti in convenzione)	
INPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contatto cliente (Enti pubblici, Aziende ospedaliere, RSA, privati e in misura minore aziende) ▪ Richieste (e-mail, telefono, ecc.) dal cliente (clienti già acquisiti, privati e aziende) ▪ Bandi pubblici (Enti, ASL, Aziende pubbliche o pubblico/private) ▪ Esigenze del territorio ▪ Requisiti del servizio ▪ Capitolati tecnici (bandi particolari e prodotti da realizzare)
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offerte per gara ▪ Allegati tecnici ▪ Tariffario servizi a catalogo
DESCRIZIONE:	PRO 07
INDICATORI:	IND 01: Bandi assegnati / Bandi partecipati
Process Owner	Presidente
RISCHI / OPPORTUNITÀ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Insufficiente documentazione requisiti in fase di analisi bisogni ➤ Contestazioni da parte del cliente ove non siano esplicitati i requisiti del servizio ➤ Rischio gestione dati sensibili

2) PROCESSO: Pianificazione ed erogazione del servizio trasporti (in convenzione o privati)	
INPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requisiti del servizio stabiliti contrattualmente nell'offerta/contratto con il cliente/committente ▪ Calendario attività ▪ Disponibilità mezzi e volontari ▪ Eventuali requisiti specifici legati all'utenza
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pianificazione attività ▪ Ordini di servizio
DESCRIZIONE:	PRO 08
INDICATORI:	IND 05: N° trasporti effettuati / n° trasporti richiesti in convenzione IND 06: N° trasporti effettuati / n° trasporti richiesti da privati IND 07: Delta totale trasporti effettuati anno in corso rispetto anno precedente IND 38: Km percorsi mensilmente ed annualmente/ Km percorsi anno precedente
Process Owner	Direzione Servizi e Trasporti e Direttore Parco Auto
RISCHI / OPPORTUNITÀ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ritardi negli appuntamenti e nell'esecuzione dei trasporti ➤ Mancato rispetto dei requisiti ➤ Rischio gestione dati sensibili



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

3) PROCESSO: Pianificazione ed erogazione del servizio consegna medicinali

INPUT:	<ul style="list-style-type: none">▪ Requisiti del servizio stabiliti contrattualmente nell'offerta/contratto con il cliente▪ Disponibilità mezzi e volontari
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none">▪ Gestione delle ricette▪ Consegna dei farmaci da parte della farmacia ai volontari▪ Consegna dei farmaci al cliente
DESCRIZIONE:	PRO 09
INDICATORI:	Non Previsto
Process Owner	Direzione Servizi e Trasporti e Direttore Parco Auto
RISCHI / OPPORTUNITÀ	<ul style="list-style-type: none">➤ Programmazioni errate e conseguenti indisponibilità➤ Non è presente il rischio gestione dati riservati dal momento che non vengono gestite ricette mediche ma solo confezioni sigillate.

4) PROCESSO: Pianificazione ed erogazione del servizio trasporto sangue

INPUT:	<ul style="list-style-type: none">▪ Requisiti del servizio stabiliti contrattualmente nell'offerta/contratto con il cliente▪ Disponibilità mezzi e volontari
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none">▪ Consegna del sangue dal Centro Trasfusionale dell'O.C. di Asti ai volontari▪ Consegna del sangue al Centro di Medicina Trasfusionale a Torino
DESCRIZIONE:	PRO 10
INDICATORI:	Non Previsto
Process Owner	Direzione Servizi e Trasporti e Direttore Parco Auto
RISCHI / OPPORTUNITÀ	<ul style="list-style-type: none">➤ Programmazioni errate e conseguenti indisponibilità➤ Non è presente il rischio gestione dati riservati



**MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE
PER LA QUALITÀ**

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

PROCESSI DI SUPPORTO

5) PROCESSO: Qualificazione dei fornitori e gestione acquisti	
INPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requisiti del prodotto stabiliti contrattualmente nell'offerta/contratto con il cliente ▪ Elenco fornitori qualificati ▪ Necessità di manutenzione dei mezzi ▪ Necessità prodotti (DPI e altri dispositivi)
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elenco fornitori qualificati ▪ Ordini a fornitore ▪ Consegna dei prodotti da parte del fornitore ▪ Verifica del prodotto approvvigionato ▪ Riqualfica periodica dei fornitori
DESCRIZIONE:	PRO 06
INDICATORI:	IND 02: Tempo medio per approvvigionamento IND 03: Tempo medio ricezione fatture IND 04: NC Fornitore / Anno IND 27: Ordini evasi conformemente / totale ordini anno IND 28: Giorni ritardo consegna prodotti IND 29: Tempi medi tra richiesta e preventivo IND 30: Tempi medi tra ordine d'acquisto e fornitura
Process Owner	Consigliere Responsabile
RISCHI / OPPORTUNITÀ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prodotti danneggiati o di bassa qualità ➤ Servizi non conformi

6) PROCESSO: Gestione informazioni documentate	
INPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requisiti Normativi (UNI EN ISO 9001) ▪ Requisiti di legge (normativa del terzo settore) ▪ Requisiti legali cogenti DPI e strumentazione (marchiature di prodotto, dichiarazioni di prestazione) ▪ Requisiti dei committenti ▪ Requisiti del SGQ
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documenti del SGQ (MQ, procedure, modulistica) ▪ RegISTRAZIONI del SGQ ▪ Elenco leggi cogenti
DESCRIZIONE:	PRO 01
INDICATORI:	Non previsto
Process Owner	Presidenza
RISCHI / OPPORTUNITÀ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mancato rispetto requisiti contrattuali o di legge sul servizio ➤ Esclusione albo regionale associazioni ➤ Manomissione, perdita o alterazione di dati gestiti elettronicamente



**MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE
PER LA QUALITÀ**

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

7) PROCESSO: Competenza, conoscenza ed addestramento del personale

INPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requisiti di qualità del servizio ▪ Requisiti formativi Anpas ▪ Profili di competenza ▪ Matrice delle competenze e schede del personale
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Piano formazione del personale interno ▪ Eventuale ricerca nuove competenze esterne/assunzione
DESCRIZIONE:	PRO 04
INDICATORI:	IND 12: N° degli interventi formativi erogati/progettati IND 13: N° ore di formazione erogate in un anno per volontario IND 14: N° schede di valutazione volontari positive / schede compilate IND 15: N° dei volontari formati / n° volontari iscritti IND 16: Valore medio schede soddisfazione corsi formazione volontari IND 17: N° corsi erogati ai laici nell'anno IND 18: Valore medio schede soddisfazione corsi formazione laici
Process Owner	Direzione Formazione
RISCHI / OPPORTUNITÀ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Errori di lavoro dovuti a mancanza di competenza/esperienza ➤ Opportunità: utilizzo di competenze dei volontari

8) PROCESSO: Infrastrutture e strumenti

INPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mezzi aziendali ▪ Strumenti hardware e software
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elenco apparecchiature e strumenti ▪ Piano dei controlli ▪ Contratti esterni per la manutenzione
DESCRIZIONE:	PRO 05
INDICATORI:	IND 22: N° interventi di manutenzione straordinaria sui presidi IND 23: N° interventi di manutenzione straordinaria sui mezzi IND 24: N° interventi di manutenzione ordinaria/interventi programmati IND 25: Tempo di risposta rispetto alla richiesta di intervento IND 26: Richieste di manutenzione convertite in ordini entro 3 giorni IND 32: Guasti strumenti informatici / anno
Process Owner	Responsabile Autoparco
RISCHI / OPPORTUNITÀ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Danno ad infrastrutture fisiche che possano comportare la sicurezza degli operatori o la conformità del servizio



**MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE
PER LA QUALITÀ**

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

9) PROCESSO: Comunicazioni interne e verso l'esterno

INPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flussi di informazione ▪ Analisi dei processi
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Scelta del mezzo di comunicazione opportuno ▪ RegISTRAZIONI delle comunicazioni interne (e-mail, verbali, sistema informativo aziendale) ▪ RegISTRAZIONI delle comunicazioni esterne (preventivi, contratti, ordini, registro reclami)
DESCRIZIONE:	Manuale Qualità
INDICATORI:	Non Previsto
Process Owner	Responsabile Comunicazione
RISCHI / OPPORTUNITÀ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manomissione, perdita o alterazione di dati ➤ Errori nella trasmissione di dati

10) PROCESSO: Ambiente di lavoro e sicurezza

INPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requisiti cogenti (D. Lgs.81/2008) ▪ Requisiti fisici ambientali per la qualità del prodotto ▪ Requisiti di conservazione del prodotto ▪ Ambiente di lavoro esterno (luoghi pubblici, abitazioni private) ▪ Fattori umani e psicologici che influenzano e sono influenzati dall'ambiente di lavoro
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rispetto normativa cogente (DVR ed altri adempimenti) ▪ Mantenimento di un ambiente di lavoro idoneo alla qualità del prodotto / servizio realizzato ▪ Gestione dei servizi in luoghi pubblici e privati in sicurezza ▪ DPI
DESCRIZIONE:	MQ
INDICATORI:	IND 19: N° di infortuni nell'anno in corso IND 20: N° corsi di formazione sulla sicurezza effettuati rispetto ai programmati IND 21: N° contestazioni per mancato uso DPI
Process Owner	Presidenza
RISCHI / OPPORTUNITÀ	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Danno ad infrastrutture fisiche che possano comportare la sicurezza degli operatori



**MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE
PER LA QUALITÀ**

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

PROCESSI DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO DEL SGQ

11) PROCESSO: Monitoraggio dei processi

INPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prestazioni dei processi ▪ Target indicatori
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisi dati ▪ Tabella indicatori
DESCRIZIONE:	MQ
INDICATORI:	Non Previsto
Process Owner	Presidenza
RISCHI / OPPORTUNITÀ	***

12) PROCESSO: Monitoraggio soddisfazione del cliente

INPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicazioni con i clienti ▪ Eventuali reclami ▪ Relazioni di feedback da parte degli enti committenti
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analisi della soddisfazione clienti
DESCRIZIONE:	ISTRUZIONE 03
INDICATORI:	IND 34: Reclami clienti/anno
Process Owner	Presidenza
RISCHI / OPPORTUNITÀ	***

13) PROCESSO: Audit interni

INPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requisiti della Norma di riferimento (ISO 9001) ▪ Requisiti delle procedure del SGQ e di altri documenti applicabili
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programmazione e Pianificazione degli audit interni ▪ Documentazione audit interni ▪ Gestione rilievi audit interni
DESCRIZIONE:	PRO 02
INDICATORI:	Non Previsto
Process Owner	RSQ
RISCHI / OPPORTUNITÀ	***



**MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE
PER LA QUALITÀ**

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

14) PROCESSO: Gestione Non Conformità ed Azioni Correttive

INPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processi aziendali ▪ Requisiti di qualità del prodotto / servizio ▪ Audit interni ▪ Audit di terza parte
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentazione delle Non Conformità (Registro NC) ▪ Gestione delle Non Conformità ▪ Analisi delle cause ▪ Azioni correttive ▪ Verifica dell'efficacia di correzioni ed azioni correttive
DESCRIZIONE:	PRO 03
INDICATORI:	IND 35: NC gestite efficacemente / NC registrate anno IND 36: Azioni correttive completate / Azioni correttive attivate
Process Owner	Presidenza
RISCHI	***

15) PROCESSO: Riesame della Direzione e Piano di miglioramento

INPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processi aziendali ▪ Audit interni e altri processi di valutazione delle prestazioni ▪ Gestione NC ed azioni correttive ▪ Variazioni contesto ▪ Variazioni rischi ed opportunità ▪ Obiettivi raggiunti o falliti
OUTPUT:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Azioni di miglioramento del SGQ ▪ Azioni per il miglioramento del prodotto e servizio ▪ Risorse necessarie ▪ Obiettivi (piano di miglioramento) ▪ Aggiornamenti ad analisi contesto e rischi/opportunità
DESCRIZIONE:	MQ
INDICATORI:	IND 37: Azioni di miglioramento completate / Azioni pianificate anno
Process Owner	Direzione
RISCHI	***



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

SEZIONE 5: LEADERSHIP ED IMPEGNO

La Presidenza dell'Associazione dimostra la leadership nell'attuazione del Sistema di Gestione per la Qualità assumendosi i seguenti impegni:

- dell'efficace gestione del SGQ;
- di stabilire e diffondere la politica e gli obiettivi per la qualità;
- di assicurare la disponibilità delle risorse necessarie all'attuazione del SGQ;
- di promuovere l'approccio per processi e la valutazione del *risk-based thinking*;
- di integrare i requisiti del SGQ all'interno delle prassi aziendali;
- di promuovere il miglioramento dei processi interni dell'Associazione;
- di supportare le pertinenti figure all'interno dell'Associazione nel contribuire al miglioramento.

La Presidenza si impegna inoltre a comunicare l'importanza dell'efficace gestione del SGQ a tutti i livelli all'interno dell'Organizzazione, al fine di creare consapevolezza ed una reale "cultura della qualità". Tali impegni si integrano con quelli relativi ad una condotta etica, che sono integrati nel *Codice Etico* che viene parimenti divulgato ed attuato a tutti i livelli.

5.1 Focalizzazione sul cliente

La focalizzazione sul cliente si concretizza nelle seguenti azioni:

- costante monitoraggio della soddisfazione del cliente e pianificazione di azioni tese al suo costante aumento (stabilite nel riesame e programmate operativamente nel piano di miglioramento);
- valutazione costante delle necessità del cliente anche in relazione ai requisiti cogenti ed a quelli non direttamente espressi dal cliente stesso;
- analisi dei rischi e delle opportunità che incidono sulla conformità del servizio e definizione di opportune azioni per la gestione del rischio stesso, al fine di ridurre i possibili impatti negativi (documento di analisi del rischio aggiornato almeno annualmente)

5.2 Politica per la qualità

La politica per la qualità è dichiarata formalmente dalla Presidenza in un documento apposito che ha le seguenti funzioni:

- formalizzare l'impegno al rispetto dei requisiti del cliente ed alla soddisfazione dello stesso;
- formalizzare l'impegno al miglioramento continuo del SGQ;
- definire un quadro strutturale di obiettivi inerenti la qualità.

Il documento di politica per la qualità è periodicamente riesaminato (con cadenza annuale nel corso del riesame della direzione) per:

- Accertarne la continua idoneità (e riconfermarlo o aggiornarlo se necessario);
- Verificare che il quadro strutturale contenente gli obiettivi sia ancora attuale con l'evolversi della realtà aziendale.



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

La politica per la qualità è diffusa all'interno della sede dell'Associazione tramite pubblicazione sul sistema informativo ed affissione nelle bacheche interne. Su decisione del presidente può essere comunicata ad altre parti interessate rilevanti.

5.3 Ruoli, responsabilità ed autorità

La Presidenza definisce le responsabilità, l'autorità ed i rapporti reciproci di tutto il personale che dirige, esegue e verifica le attività che influenzano la qualità, in particolare quelle del personale che dispone di autonomia organizzativa e l'autorità necessaria a:

- promuovere le azioni necessarie per prevenire il verificarsi di non conformità del servizio, del processo e del sistema di gestione della qualità;
- identificare e registrare ogni problema relativo al servizio, al processo ed al sistema di gestione della qualità;
- avviare, proporre e fornire soluzioni attraverso i canali stabiliti;
- verificare l'attuazione delle soluzioni;
- tenere sotto controllo l'ulteriore trattamento del servizio non conforme, affinché la carenza o la condizione insoddisfacente sia corretta.

A tale scopo la Presidenza ha definito:

- L'organigramma della Croce Verde di Mombercelli;
- La scheda di rilevamento del servizio effettuato.

L'organigramma, emesso e firmato dalla Presidenza, è esposto all'interno dell'Associazione in luoghi preposti e visibili, e viene aggiornato in caso di cambiamenti nella struttura organizzativa.

Su richiesta di enti preposti al controllo può essere fornita copia dell'organigramma dell'ODV Croce Verde di Mombercelli, in forma funzionale e/o nominativa.



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

DESCRIZIONE DEI RUOLI ORGANIZZATIVI PREVISTI DALL'ASSOCIAZIONE E DELLE RELATIVE RESPONSABILITÀ:

Consiglio Direttivo

Il Consiglio Direttivo, oltre agli adempimenti di legge, definisce le strategie della Croce Verde di Mombercelli di cui gli obiettivi qualità sono parte integrante. Esso svolge inoltre compiti di presidenza ed in tale funzione segue direttamente il sistema qualità. I membri del consiglio direttivo hanno potere di decisione e di firma autonoma per tutti gli aspetti inerenti alla qualità, secondo le delibere di spesa predisposte dai consigli direttivi.

Presidenza

E' la massima autorità dell'Associazione per la qualità. Definisce la politica per la qualità e le strategie riguardanti l'impostazione, l'attuazione e l'aggiornamento del sistema qualità.

Attua verifiche e riesami periodici del sistema di gestione della qualità, col supporto del RSQ.

Definisce le responsabilità, l'autorità e gli obiettivi d'ogni singola funzione/servizio dell'Associazione e ne definisce e sviluppa la politica del personale.

Stabilisce, in collaborazione con RSQ i piani di formazione, addestramento e sviluppo di tutto il personale.

Pianifica le modalità d'inserimento dei nuovi soci soccorritori.

Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità (RSQ)

Gestisce su delega della Presidenza il sistema di gestione della qualità. In particolare, cura l'emissione di:

- Manuale della qualità
- Procedure, norme, istruzioni operative interne, etc.
- Documenti di registrazione, ecc.

Costituisce il supporto tecnico per la documentazione del sistema di gestione della qualità e per la documentazione tecnica di servizio.

Esegue:

- Audit Interni (su mandato della presidenza, su processi non di propria competenza diretta);
- Sovrintende al processo di erogazione del servizio o delega questa copertura ad altro personale in turni di lavoro ove non sia presente;
- Gestione Non Conformità
- Gestione Richieste di Azioni Correttive
- Gestione Reclami dell'Utente
- Verbalizzazione del Riesame del Sistema Qualità e del Piano di Miglioramento.

Propone e partecipa per la:

- Definizione obiettivi di qualità



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

- Definizione specifiche di qualità e affidabilità dei servizi
- Scelta delle caratteristiche critiche da tenere sotto controllo
- Definizione del processo di servizio
- Verifiche e misure di soddisfazione degli utenti

Al responsabile del sistema di gestione per la qualità è attribuita ampia delega decisionale ed autorità per garantire l' idoneità degli interventi di soluzione ai problemi evidenziati.

Responsabile Servizio Protezione e Prevenzione

Tenendosi aggiornato sulle disposizioni di legge e le normative in vigore relative alla sicurezza, igiene e ambiente, gestisce il sistema associativo per la sicurezza delle persone, dei beni e della protezione ambientale.

E' responsabile della documentazione dell'Associazione riguardante la sicurezza e le verifiche periodiche eseguite per il controllo.

Propone alla presidenza periodicamente il piano per la sicurezza.

Direzione Amministrativa / Segreteria

Assicura il collegamento con gli enti esterni di credito (banche, ecc.), utilizzatori, fornitori, enti fiscali e previdenziali.

Assicura la correttezza delle operazioni relative alla contabilità inerente utilizzatori, affidatari dei servizi, fornitori e generale.

Garantisce l'esatta applicazione delle norme di legge vigenti nell'ambito delle sue competenze.

Direttore Sanitario

Sovrintende alle attività dell'Associazione relative alla formazione dei soci soccorritori, delle attrezzature e dei presidi sanitari in dotazione sugli automezzi.

Direttore dei servizi

Definisce i programmi di attività elaborando un piano **giornaliero /settimanale**.

Analizza i fabbisogni dei servizi sia in termini di risorse umane che di mezzi.

Analizza l'andamento dei servizi erogati e ne cura le azioni di affinamento.



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

Direttore autoparco

Provvede al mantenimento ed all'aggiornamento delle schede automezzi.

Provvede a richiedere le manutenzioni ordinaria e straordinaria, e le monitora.

Per quanto riguarda i volontari ed i ruoli operativi si fa riferimento a quanto previsto dai **Profili di competenza** (Vedi § 7.2 del presente Manuale).

SEZIONE 6: PIANIFICAZIONE

6.1 Azioni per la gestione di rischi ed opportunità

La presidenza dell'ODV Croce Verde di Mombercelli ha svolto un'analisi per identificare i rischi e le opportunità che possono influenzare la capacità di erogare un servizio conforme ai requisiti stabiliti.

Elementi in ingresso della suddetta **Analisi Rischi-Opportunità** sono:

1. i dati determinati in uscita dall'analisi del contesto (interno ed esterno) in cui opera l'Associazione;
2. i requisiti principali delle parti interessate rilevanti;
3. i processi e le procedure interni e le risorse disponibili.

Lo scopo dell'analisi dei rischi e delle opportunità è quello di identificare i possibili rischi che incombono sulla capacità di conseguire i risultati attesi, individuando le possibili cause di incertezza e quantificando, ove possibile, il livello di rischio e l'eventuale opportunità / grado di probabilità associato al verificarsi di un esito favorevole.

Il concetto di rischio/opportunità sottintende all'effetto dell'incertezza sulla determinazione degli esiti di un processo/attività.

Tale incertezza può derivare da:

- non conoscenza o conoscenza parziale di condizioni esterne (es.: mutamenti repentini del contesto esterno, ingresso di nuovi soggetti il cui comportamento non è noto a priori, evoluzione tecnologica o normativa, decisioni arbitrarie di soggetti esterni, ecc.)
- impossibilità di determinare esattamente l'esito di alcuni processi soggetti a variabilità naturale (es.: nr. di nuovi volontari che entrano a far parte dell'Associazione, nr. di richieste degli utenti, disponibilità di mezzi e personale nel tempo, ecc.)

Un processo sul quale incombe incertezza può risolversi con in situazioni negative ("rischi") oppure positive per l'Associazione ("opportunità"). Lo scopo dell'analisi di cui al presente punto è appunto quella di fare in modo di gestire nella maniera più oculata possibile il bilanciamento tra rischi ed opportunità, sulla base, ove in assenza di dati certi, di valutazioni verosimili delle stesse.



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

La procedura individuata per lo svolgimento dell'Analisi Rischi-Opportunità è la seguente:

1. Individuazione delle fonti dei fattori di incertezza (da analisi del contesto e analisi dei processi);
2. Determinazione dei rischi e delle opportunità ad essi connesse;
3. Quantificazione, ove possibile, della probabilità del rischio (in seguito indicata con P) e della dannosità dello stesso (in seguito indicata con D);
4. Decisione di un'azione per la gestione (accettare il rischio, ridurre P, mitigare D, evitare il rischio, o una combinazione delle stesse);
5. Analisi delle misure già applicate per la gestione del rischio e valutazione della loro adeguatezza;
6. Definizione, ove necessario, di ulteriori azioni da mettere in atto per una migliore gestione del rischio e delle opportunità, in linea con quanto deciso al punto 4. (Queste azioni vengono inserite nel **Piano di Miglioramento**)

L'efficacia delle azioni per la gestione viene periodicamente riesaminata (almeno annualmente in fase di Riesame della Direzione).

6.2 Obiettivi per la qualità

Annualmente la presidenza, in sede di riesame della direzione, traduce le indicazioni emerse in uscita del riesame stesso in una pianificazione strategica, documentando in un apposito **Piano di Miglioramento** gli specifici obiettivi settoriali.

Questi obiettivi, inerenti il miglioramento continuo dei processi organizzativi e di erogazione del servizio, devono essere misurabili mediante parametri e indicatori numerici, ed essere coerenti:

- con i principi generali espressi nella politica per la qualità;
- con la considerazione primaria della soddisfazione del cliente.

Gli obiettivi sono divulgati a tutti i livelli, al fine di coinvolgere e motivare tutte le persone che operano all'interno dell'Associazione al loro conseguimento. Per agevolare al massimo la chiarezza e la trasparenza, il piano di miglioramento indica chiaramente:

- cosa deve essere fatto;
- le responsabilità per il conseguimento degli obiettivi;
- le risorse collegate;
- le scadenze;
- gli indicatori per la valutazione dei risultati.

Lo stato di conseguimento degli obiettivi è tenuto sotto controllo con continuità attraverso:

- indicatori numerici misurabili
- audit interni
- monitoraggio costante del piano di miglioramento

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

6.3 Pianificazione delle modifiche.

Il Sistema di Gestione per la Qualità è strutturato in una serie di *procedure ed istruzioni operative interconnesse* in modo tale da garantire l'integrità del sistema quando vengono effettuate modifiche su una o più parti del sistema stesso.

Quando si rende necessaria una modifica alla struttura dell'intero sistema di gestione, viene redatto uno specifico piano per la qualità nel quale vengono indicati:

obiettivi – responsabilità – stato iniziale e stato finale desiderato – risorse – modifiche alle informazioni documentate – modalità di svolgimento – modalità e responsabilità di controllo – risorse necessarie – rischi connessi alle modifiche – allocazione o riallocazione di responsabilità sui processi.

SEZIONE 7: SUPPORTO

7.1 Messa a disposizione delle risorse

7.1.1 Risorse

L'Organizzazione di Volontariato Croce Verde di Mombercelli ha individuato ed ha reso disponibili le risorse necessarie per:

- Attuare e tenere aggiornato il sistema di gestione della qualità e migliorarne in modo continuo l'efficacia mediante opportune risorse umane, tecnologiche ed ambientali.
- Accrescere la soddisfazione dell'utilizzatore, ottemperando ai requisiti delle norme interne e leggi cogenti attinenti l'attività di servizio.

7.1.2 Persone

L'Organizzazione di Volontariato Croce Verde di Mombercelli ha individuato ed ha reso disponibili le risorse umane per il funzionamento del SGQ attraverso l'impegno della presidenza per la qualità e la nomina di un responsabile del sistema di gestione per la qualità (RSQ) identificato in organigramma.

7.1.3 Infrastrutture

La Croce Verde di Mombercelli opera in strutture idonee all'attività svolta.

Costantemente la Croce Verde di Mombercelli, nel rispetto delle leggi vigenti, monitorizza le diverse aree dell'Associazione e, nel riesame del sistema di gestione della qualità, stabilisce le migliorie da intraprendere (apparecchiature hardware, software, servizi di supporto ed infrastrutturali) considerando gli eventuali problemi ambientali come la conservazione dei prodotti necessari all'attività ed il loro relativo smaltimento dopo l'uso.

È stata predisposta una procedura documentata per la gestione dei controlli sulle infrastrutture e sui mezzi necessari all'Associazione per l'erogazione del servizio, la cui idoneità riveste fondamentale importanza per la qualità del servizio erogato: **PRO 05 - Controlli su Infrastrutture e mezzi**

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi

La Croce Verde di Mombercelli rispetta i requisiti legislativi per la sicurezza sul lavoro, attenendosi al D.G.L.81/08 e S.M.I.

Per quanto attiene l'aspetto dei fattori ambientali ed umani, la Croce Verde di Mombercelli si avvale delle figure professionali previste dal D.G.L. 81/08 e S.M.I. mantenendo all'interno dell'Associazione le condizioni di lavoro idonee come un adeguato regime di calore, luminosità e igiene.

7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione

L'Associazione dispone di strumenti di misurazione a bordo dei mezzi di soccorso (es. termometri, ecc.). Tali strumenti di misurazione non sono soggetti a verifiche dello stato di taratura in quanto vengono sostituiti periodicamente in base alle linee guida di manutenzione delle dotazioni dei mezzi di soccorso previste da ANPAS.

7.1.6 Conoscenza organizzativa

La conoscenza organizzativa è prevalentemente costituita dal patrimonio esperienziale dei volontari. Il trasferimento di competenze avviene all'interno dei momenti di condivisione delle esperienze tra i volontari, nonché nei momenti di formazione e aggiornamento. Il processo è gestito dalla direzione formazione.

7.2 Competenza

L'Associazione ha definito le competenze necessarie per le persone, le cui attività hanno una ricaduta sulla qualità del servizio erogato ed in generale sulle prestazioni del sistema di gestione per la qualità. Queste competenze sono state documentate all'interno dei **Profili di competenza (Mod. 11)**.

L'Associazione ha attivato un processo di valutazione delle competenze e di formazione interna che si articola nelle seguenti fasi:

- Valutazione delle competenze necessarie e disponibili
- Identificazione dei gap di competenza
- Pianificazione della formazione
- Realizzazione e registrazione delle attività formative pianificate
- Valutazione dell'efficacia della formazione

Le attività formative realizzate all'interno dell'Associazione sono suddivise in:

- Formazione nuovi volontari secondo linee guida regionali per i conseguimenti delle varie abilitazioni, ovvero:
 - "l'allegato A" D.G.R. n 34 – 5039 per quanto riguarda il personale impiegato in attività di soccorso (barellieri). Questo corso prevede in seguito un tirocinio per un totale di 100 ore.
 - il corso Sara relativo al "Servizio di accompagnamento con relazione di aiuto" formalizzato con determinazione della Giunta Regionale del 17.04.2001 (durata corso: 40 ore).

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

- Aggiornamento periodico volontari abilitati come prescritto da normativa.
- Formazione obbligatoria sulla sicurezza D. Lgs. 81/08 e s.m.i. al personale dipendente.
- Formazione sulle prassi operative a tutto il personale secondo le necessità individuate (es.: formazione procedure ed istruzioni SGQ, ecc.).
- Formazione ai laici.

Abilitazioni

- L'ottenimento della certificazione "allegato A" da parte del volontario e/o dipendente fornisce l'abilitazione ai servizi di emergenza.
- L'ottenimento della certificazione "corso Sara" da parte del volontario o dipendente fornisce l'abilitazione ai servizi ordinari/sociali e trasporto infermi con ambulanza.

Formazione per la conduzione dei veicoli

Il Consiglio Direttivo, su richiesta del dipendente o volontario, provvede a valutare tale richiesta in funzione a:

- Esigenze dell'Associazione
- Caratteristiche dell'aspirante conducente

Se tali valutazioni sono ritenute positive, provvede ad attivare la procedura di formazione secondo il "Regolamento soccorritori autisti" (vedere relativo verbale del consiglio direttivo e manuale).

Per la gestione delle attività formative è stata definita una procedura documentata (**PRO 04 – Formazione ed addestramento**)

7.3 Consapevolezza

La formazione interna alle risorse comprende momenti di condivisione della consapevolezza in relazione a:

- politica;
- obiettivi;
- importanza del proprio operato all'interno del SGQ e ai fini della conformità del servizio;
- conseguenze delle non conformità.

In particolare il consigliere responsabile per la formazione programma dei momenti di condivisione di buone pratiche e favorisce lo scambio di esperienze anche finalizzate all'accrescimento della consapevolezza dei volontari.

7.4 Comunicazione

L'Organizzazione è attraversata da flussi di comunicazioni sia interne sia con l'esterno.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

COMUNICAZIONI INTERNE: Le comunicazioni interne (all'interno dell'Associazione) sono suddivisibili in due categorie:

1. Comunicazioni relative alla vita sociale dell'Associazione (convocazioni di assemblee, sedute del Consiglio Direttivo e via di seguito). Questo tipo di comunicazioni è registrata attraverso i verbali delle assemblee ed i libri sociali.
2. Comunicazioni relative all'operatività del servizio (registrazioni derivanti dalla realizzazione dei processi principali e di supporto, formazione interna, manutenzione mezzi, pianificazione ed erogazione del servizio, registrazioni del sistema di gestione per la qualità, ecc.)

Per la gestione delle comunicazioni di servizio vengono utilizzati sia strumenti elettronici (es.: e-mail, telefoni cellulari, software di *instant messaging*) sia registrazioni cartacee (modulistica, fogli forma, verbali).

COMUNICAZIONI ESTERNE: quando sia necessaria la registrazione delle comunicazioni con il cliente, esse avvengono per iscritto (tramite e-mail) da parte del responsabile del servizio o persona da lui delegata.

L'efficacia dei flussi informativi è verificata attraverso:

- Audit interni
- Analisi delle Non Conformità di processo imputabili a problemi di comunicazione

Le comunicazioni circa l'efficacia del SGQ avvengono nelle seguenti modalità:

Comunicazione verticale ascendente: rapporti degli audit, input al riesame della direzione.

Comunicazione verticale discendente: output del riesame, pianificazione per la qualità (piano di miglioramento), riunioni verbalizzate.

7.5 Informazioni documentate

La Croce Verde di Mombercelli ha predisposto una procedura documentata (**PRO 01 – Gestione delle informazioni documentate**) per tenere sotto controllo i documenti e i dati attinenti le prescrizioni del presente manuale, in altre parole per garantire l'adeguatezza, l'aggiornamento e la disponibilità della documentazione che sostiene e regola il funzionamento del sistema di gestione della qualità, definendo le attività, le modalità e le responsabilità necessarie per una corretta ed efficiente gestione.

La procedura è applicata alle seguenti tipologie di documenti:

- Politica per la qualità
- Analisi del contesto e parti interessate
- Analisi rischi ed opportunità
- Manuale della qualità
- Procedure
- Istruzioni
- Leggi
- Documenti di supporto/registrazione

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

Tutti i documenti del sistema di gestione della qualità sono realizzati con sistemi informatici ma gestiti in forma controllata anche a livello cartaceo; è prevista un'apposita attività di salvataggio dei relativi "files".

Il presente MQ contiene:

- La descrizione del campo di applicazione del SGQ dell'Associazione e delle esclusioni applicate (Vedi § 4.3)
- La descrizione dei processi e delle loro interazioni (Vedi § 4.1)
- I riferimenti alle procedure ed alle istruzioni del SGQ (elenco completo in seconda di copertina e richiami nei punti relativi al processo in oggetto)

Il sistema di gestione della qualità dell'ODV Croce Verde di Mombercelli prevede la documentazione dello svolgimento dei processi attraverso modulistica del SGQ, la cui compilazione produce registrazioni, sia in formato cartaceo che elettronico.

Le registrazioni servono a tenere traccia:

- che una data attività è stata eseguita
- dei risultati che sono stati raggiunti

Tutte le informazioni documentate del SGQ sono gestite secondo le modalità descritte dalla procedura **PRO 01** che descrive le modalità di: creazione, aggiornamento e controllo di tutte le informazioni documentate, comprese le registrazioni.

SEZIONE 8: ATTIVITÀ OPERATIVE

8.1 Pianificazione e controllo operativi

La pianificazione del servizio è svolta sotto la responsabilità del **direttore dei servizi** per quanto riguarda le risorse, dal **direttore dell'autoparco** per quanto riguarda i mezzi da rendere disponibili; detta pianificazione è svolta giornalmente (pianificazione giornaliera dei servizi) o con congruo anticipo a seconda del tipo di servizio (es. servizi presidio 118 anche annuale).

8.2 Requisiti per i prodotti e i servizi

8.2.1 Comunicazione con il cliente

L'Associazione di volontariato ha stabilito ed attivato modalità per comunicare con l'utente del servizio in merito a:

- Informazioni relative al servizio erogato mediante comunicazioni scritte;
- Informazioni di ritorno in caso di reclami o non conformità;
- Riesami dell'attività svolta.

Nel caso di reclami o non conformità questi vengono registrati sul "Registro non conformità".

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

8.2.2 Determinazione dei requisiti del cliente

RICHIESTE RELATIVE ALL'UTENTE (affidatario del servizio)

La Croce Verde di Mombercelli assicura che ogni accordo preso con l'ente affidatario del servizio venga formalizzato e come tale possa essere oggetto di riesame.

La convenzione (o quant'altro possa essere formalizzato in accordo con la relativa documentazione allegata) costituisce l'atto formale ufficiale che riporta tutte le informazioni ed i requisiti riguardanti la fornitura del servizio.

L'ODV Croce Verde di Mombercelli ha predisposto apposita procedura operativa (**PRO 07 – Analisi del fabbisogno e progettazione del servizio**) al fine di assicurare l'adeguatezza e la correttezza dei dati e delle informazioni, assunti come base per la fornitura, mediante il riesame ed il coordinamento dei documenti stabiliti, in modo da garantire che la convenzione possa essere svolta soddisfacendo tutte le esigenze dell'utente. In particolare, in fase di acquisizione dei requisiti dall'ente affidatario, viene verificato che:

- a) I requisiti da osservare siano opportunamente definiti e documentati; non sono previsti accordi verbali.
- b) La Croce Verde di Mombercelli abbia la capacità di soddisfare i requisiti richiesti.

8.2.3 Riesame dei requisiti del cliente

Il riesame, evidenziato dalla firma della presidenza sul contratto, o sul progetto in caso di bando, serve per documentare che:

- i requisiti del servizio da realizzare siano definiti, precisati e documentati;
- siano stati presi in considerazione anche eventuali requisiti non specificati dal cliente ma necessari all'erogazione del servizio;
- siano state risolte le eventuali divergenze tra i requisiti specificati nel contratto rispetto a quelli attesi dal cliente;
- si abbiano le capacità per soddisfare i requisiti definiti (sia da un punto di vista tecnico, sia della disponibilità all'erogazione del servizio).

Le attività di riesame delle convenzioni, sono opportunamente documentate e conservate.

La fornitura del servizio è regolamentata in base alla convenzione di servizio approvata da entrambe le parti.

8.2.4 Modifiche alla convenzione

Nel caso di modifiche alle convenzioni durante l'erogazione del servizio, la presidenza ed il consiglio direttivo effettuano un nuovo riesame al fine di valutare che l'Associazione continui ad essere in grado di garantire di poter soddisfare i requisiti del servizio così come modificati. La presidenza provvederà a fornire adeguata informazione in merito ai settori della Croce Verde di Mombercelli interessati.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

8.3 Progettazione e sviluppo del servizio

La progettazione del servizio interviene solo nel caso di servizi in convenzione, che vengono progettati sull'input dei requisiti stabiliti dal bando di un ente affidatario del servizio.

Lo scopo della progettazione è quello di documentare se e come l'Associazione può realizzare un servizio conforme ai requisiti stabiliti dal committente, verificando la disponibilità di infrastrutture, professionalità e capacità operativa. A tale scopo l'Associazione ha documentato una procedura specifica **PRO 07 – Analisi dei Requisiti e Progettazione del Servizio** che descrive le modalità con le quali vengono gestite le attività suddette.

La pianificazione ed il controllo della progettazione sono documentate su un apposito modulo di Registrazione (**Mod. 20 – Piano di Progetto**) sul quale vengono registrati:

- la pianificazione iniziale;
- gli elementi in ingresso;
- gli elementi in uscita;
- i controlli pianificati;
- l'esecuzione dei controlli effettuati con il procedere delle attività;

L'output del processo di progettazione è costituito dall'offerta che viene presentata al committente, corredata degli eventuali allegati richiesti dal bando.

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

Per erogare i propri servizi l'Associazione si avvale prevalentemente di personale interno (volontari o personale dipendente). Per alcuni processi connotati da forte valenza tecnica ci si avvale della collaborazione di professionisti esterni. Si tratta in particolare di:

- Processi amministrativi: Studio Bocchino.
- Consulenza per la sicurezza sul lavoro D. Lgs. 81/2008: per il DVR presente in Associazione redatto in data 18/01/2022 ci si è avvalsi della consulenza esterna della ditta SicuR Consul di Bosticco Fabio. Il DVR viene costantemente aggiornato dal personale preposto.
- Il servizio di RSPP viene svolto internamente all'Associazione dal presidente pro tempore.
- Referente per la privacy: dott. Marco Galvagno.
- Presidente dell'Organismo di Vigilanza D. Lgs. 231/2001: perito Fabio Bosticco.
- Revisore dei conti esterno: dott. Giuseppe Cotto.
- Consulente del lavoro: studio Rota Porta.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

Non sono esternalizzati in alcun modo i processi di erogazione del servizio.

Per quanto riguarda i fornitori, sono presenti:

- fornitori di beni (prevalentemente DPI, detersivi, cancelleria, mezzi e dispositivi a bordo dei mezzi, hardware e software)
- Fornitori di servizi (manutenzioni dei mezzi e delle attrezzature),

Tutti i fornitori, la qualità del cui servizio incide sulla qualità del servizio erogato dall'Associazione, sono sottoposti ad un processo di qualifica periodica sulla base di criteri stabiliti.

È stata predisposta una procedura documentata (**PRO 06 – Qualifica fornitori e gestione ordini**) per definire:

- I criteri di qualifica e riqualifica dei fornitori;
- Le modalità di gestione dell'ordine;
- I controlli da effettuarsi sul prodotto/servizio approvvigionato.

8.5 Produzione ed erogazione dei servizi

8.5.1 Controllo della produzione ed erogazione dei servizi

I servizi erogati dall'Associazione sono quelli descritti nell'analisi dei processi. E comprendono:

- Trasporto di pazienti tra ospedali o tra ospedale e abitazione, trasporto di pazienti per svolgimento di esami clinici o terapie in convenzione o privatamente;
- Consegna di medicinali a domicilio;
- Trasporto sangue da O.C. Asti a Centro di Medicina Trasmfusionale di Torino;
- *Servizio di 118 (non incluso nel campo di applicazione del SGQ in quanto già regolato da protocolli Anpas e leggi regionali).*

Per erogare i propri servizi conformemente ai requisiti previsti dalla Norma ed in condizioni controllate, l'Associazione ha predisposto due procedure documentate inerenti i servizi erogati:

- **PRO 08 Gestione del Servizio di Trasporto** (descrive la programmazione, l'esecuzione e la documentazione del servizio di trasporto sia sotto convenzione sia per gli utenti privati)
- **PRO 09 Consegna di medicinali** (descrive il servizio di consegna domiciliare dei medicinali)
- **PRO 10 Trasporto sangue** (descrive il servizio di trasporto del sangue)

I servizi sono programmati dalla direzione dei servizi e sono documentati attraverso una serie di moduli standard dell'Associazione: (registro dei servizi, foglio di servizio, scheda presenze).

Per la programmazione dei servizi e la verifica della disponibilità dei volontari vengono inoltre gestiti flussi di comunicazioni con i gestiti secondo quanto indicato al punto 7.4 del presente manuale, prevalentemente mediante telefonate o l'utilizzo di software di messaggistica istantanea e/o e-mail.

L'erogazione avviene in condizioni controllate definite, in funzione del servizio, dalle procedure **PRO 07** o **PRO 08** e dal **Codice Etico**.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

8.5.2 Identificazione e rintracciabilità

L'identificazione e la tracciabilità sono un requisito finalizzato a:

- documentare i Km percorsi dai mezzi, per pianificare le manutenzioni ordinarie e per i processi amministrativi (rendicontazione al committente o tariffazione al cliente);
- tenere traccia delle attività dei volontari ai fini di eventuali rimborsi spese;
- mantenere traccia degli equipaggi che hanno operato in caso di successivi reclami da parte dell'utenza/committenza al fine di migliorare il servizio;
- mantenere traccia dei contatti nel caso di successive segnalazioni di persone con malattie infettive potenzialmente contagiose.

L'identificazione e la tracciabilità sono garantite dalle seguenti registrazioni: registro dei servizi, foglio di servizio, scheda presenze.

8.5.3 Proprietà che appartengono a clienti o a fornitori esterni

Durante l'erogazione dei servizi il personale dell'Associazione non gestisce proprietà del cliente: durante i trasporti è possibile che l'utente porti con sé del bagaglio (vestiario) o altri oggetti (documentazioni cliniche), la cui gestione resta in capo all'utente stesso o ad eventuali accompagnatori. I mezzi vengono ricontrollati dal personale quando l'utente viene accompagnato fuori dal mezzo.

Per quanto riguarda la consegna dei medicinali, questi ultimi sono proprietà dell'utente. I volontari dell'Associazione prendono in carico le confezioni sigillate e le trasportano all'utente con la massima cura al fine di preservarne l'integrità. La responsabilità dell'Associazione è circoscritta alla preservazione delle confezioni durante il trasporto.

Relativamente ai dati personali, le bacheche che riportano i registri del servizio contengono informazioni sensibili che sono gestite dal solo personale incaricato e conservate in archivi accessibili al solo personale autorizzato.

8.5.4 Preservazione

Il requisito si applica alla proprietà del cliente nel servizio di consegna medicinali come indicato al punto 8.5.3. La preservazione dei dati, anche sensibili, degli utenti avviene tramite back-up del server e mediante protezione fisica degli archivi cartacei.

8.5.5 Attività post-consegna

Il requisito si applica alle attività di documentazione del servizio effettuato ai fini amministrativi e di rendicontazione o fatturazione. Le attività compito dell'equipaggio e della direzione dei servizi sono descritte nella procedura di erogazione del servizio. In estrema sintesi la documentazione del servizio svolto avviene con la compilazione delle apposite schede da parte dell'equipaggio, che vengono consegnate in duplice copia al direttore dei servizi ed all'amministrazione. La direzione dei servizi trascrive i dati sul software gestionale Regola al fine di tenere traccia informatica di tutte le attività svolte.

Le attività dell'amministrazione sono descritte dall'istruzione operativa IST 03.

	<p style="text-align: center;">MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ</p>	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

8.5.6 Controllo delle modifiche

Le modifiche al servizio possono intervenire a seguito di comunicazione da parte del committente in riferimento allo spostamento del giorno o dell'orario di un servizio programmato per motivi di tipo contingente. La modifica alla programmazione viene presa in carico dalla direzione dei servizi, comunicata ai volontari ed aggiornata sul registro dei servizi.

8.6 Rilascio dei servizi

L'evidenza del controllo sul rilascio del servizio è costituita dalla scheda di servizio che viene riconsegnata dall'equipaggio al termine del servizio. Essa contiene le registrazioni inerenti le modalità di effettivo svolgimento del servizio rispetto a quanto programmato.

8.7 Controllo degli output non conformi

Nel caso in cui il servizio erogato non sia conforme a quanto stabilito contrattualmente con il cliente/committente o con i requisiti di qualità stabiliti dalle procedure e dal codice etico interni, il fatto viene segnalato al RSQ che registra il disservizio.

È stata predisposta una procedura documentata per affrontare situazioni di non conformità o disservizio (**PRO 03 - Non Conformità ed Azioni Correttive**). Lo scopo della procedura è identificare le responsabilità per la gestione della non conformità e per la scelta, ove possibile, delle azioni per ripristinare la conformità del servizio. In una seconda fase la procedura descrive anche le modalità per la ricerca e l'eliminazione delle cause (azioni correttive).

SEZIONE 9: VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

9.1 Monitoraggi, misurazioni, analisi e valutazioni

9.1.1 Generalità

L'Associazione ha stabilito, all'interno del campo di applicazione del SGQ, di effettuare i seguenti monitoraggi:

- Efficacia ed efficienza dei processi, misurata tramite un **Quadro indicatori (Mod. 23 e Mod. 24)**;
- Efficacia della formazione erogata ai volontari tramite test di apprendimento ed esami come previsto dal Regolamento Anpas e dalla normativa regionale vigente;
- Prestazioni dei fornitori (tramite alcuni degli indicatori di cui al punto precedente);
- Prestazioni del SGQ tramite gli audit interni;
- Soddisfazione del cliente mediante questionari e colloqui (vedi punto successivo);
- Efficacia delle azioni per la gestione del rischio in base alla valutazione del numero di eventi indesiderati accaduti nell'ultimo anno nonostante le misure poste in essere.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

I dati rilevati in questo processo di misurazione sono analizzati ed esposti nel riesame della direzione.

9.1.2 Soddisfazione del cliente

L'Associazione monitora la percezione del cliente circa la qualità del servizio offerto. Per effettuare questo tipo di analisi sono stati presi in considerazione due *stakeholders* di riferimento:

- I committenti di servizi in convenzione
- Gli utenti dei servizi (in convenzione o privati)

Per quanto riguarda i committenti la soddisfazione è misurata sulla base di feedback periodici e nel corso degli incontri periodici con i responsabili; per quanto riguarda invece gli utenti la rilevazione della soddisfazione non è possibile in maniera estensiva su tutti, perché non sempre l'utente è in condizioni di poter esprimere serenamente un giudizio di questo tipo. È stato predisposto un questionario da somministrare a campione agli utenti secondo criteri di campionamento predefiniti.

È stata predisposta un'istruzione operativa al fine di definire il dettaglio delle modalità di rilevazione e di registrazione della soddisfazione dei committenti e degli utenti.

9.1.3 Analisi e valutazione

I dati del monitoraggio indicati al punto 9.1.1 del presente manuale, una volta raccolti sono consuntivati ed elaborati da RSQ, secondo le seguenti modalità:

- Quadro indicatori: aggiornamento mensile su file Excel
- Altri dati (es. prestazione dei fornitori, audit interni): aggiornamento annuale in vista del riesame della direzione

RSQ prepara i report sui dati che vengono poi discussi con il presidente nel corso del riesame della direzione.

9.2 Audit interni

La Croce Verde di Mombercelli ha definito una procedura documentata (**PRO 02 – Audit interni**) per la pianificazione e l'esecuzione di audit interni, allo scopo di:

- accertare se le attività realizzate ed i servizi erogati risultino svolti in accordo con quanto indicato nelle procedure ed istruzioni operative del sistema di gestione della qualità;
- valutare l'efficacia del sistema stesso.

Mediante gli audit interni, la presidenza è tenuta informata sull'andamento del sistema di gestione della qualità e delle principali carenze riscontrate. Infatti le informazioni emerse dagli audit interni, oltre ad innescare correzioni e/o azioni correttive immediate e mirate alle singole aree, forniscono alcuni dei dati in ingresso necessari per l'effettuazione del riesame del sistema qualità da parte della direzione.

La presidenza delega l'attuazione degli audit interni a personale qualificato, competente, di propria fiducia, in grado di esprimere una propria opinione indipendente.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

La programmazione annuale degli audit interni è attuata in modo da coprire tutte le aree del sistema di gestione della qualità, ed è diversificata in rapporto allo stato e all'importanza delle attività oggetto di verifica.

9.3 Riesame della Direzione

Il sistema qualità, è riesaminato da parte della presidenza almeno una volta l'anno in modo da verificarne l'adeguatezza e l'efficacia e quindi pianificare azioni correttive o di miglioramento.

Durante il riesame viene anche verificato il conseguimento degli obiettivi di qualità prefissati, valutando in modo approfondito e totale i risultati conseguiti nel periodo intercorrente dall'ultimo riesame.

In vista dello svolgimento del riesame della direzione, RSQ raccoglie e consuntiva i dati, gli indicatori prestazionali e le informazioni derivanti dai processi interni, verifica lo stato di attuazione del piano di miglioramento e fornisce alla direzione tutte le informazioni in ingresso necessarie per l'analisi e le decisioni in uscita.

Gli elementi in ingresso che vengono valutati nel corso del riesame della direzione sono:

- Lo stato delle azioni decise nei precedenti riesami della direzione;
- I cambiamenti nei fattori del contesto;
- i risultati degli audit interni e di terza parte;
- i risultati della misura della soddisfazione del cliente (inclusi i reclami);
- le prestazioni dei processi;
- le non conformità e le azioni correttive;
- la misura di conseguimento degli obiettivi per la qualità;
- le prestazioni dei fornitori esterni;
- le opportunità di miglioramento;
- l'adeguatezza delle risorse;
- l'adeguatezza delle azioni per la gestione del rischio e delle opportunità.

Tra i dati di uscita dal riesame sono incluse azioni relative a:

- miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità;
- necessità di nuovi Audit Interni sul processo;
- necessità di nuove risorse e piani di formazione;
- nuovi obiettivi di miglioramento;
- aggiornamento delle azioni per la gestione del rischio e delle opportunità;
- aggiornamento dell'analisi del contesto e delle parti interessate;
- ogni esigenza di modifica al Sistema di Gestione per la Qualità;
- definizione delle risorse necessarie

I dati relativi ad ogni riesame sono conservati e archiviati secondo quanto previsto dalla procedura **PRO 01 (Gestione delle informazioni documentate)**.

	MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

Gli esiti del Riesame costituiscono uno degli elementi fondamentali per la stesura del Piano di Miglioramento annuale. Il Responsabile del Sistema di Gestione della Qualità con frequenza annuale sintetizza le informazioni fornite dall'intero Sistema di gestione della Qualità in una relazione contenuta nel "Bilancio consuntivo/Esercizio finanziario".

SEZIONE 10: MIGLIORAMENTO

10.1 Generalità

La Croce Verde di Mombercelli pianifica ed attua un processo di monitoraggio, di analisi e di miglioramento, al fine di dimostrare la conformità del servizio erogato, la conformità al sistema di gestione della qualità e di migliorarne l'efficacia in modo continuo anche a fronte delle verifiche ispettive condotte in Associazione sia all'interno sia da enti esterni.

10.2 Non Conformità ed Azioni Correttive

L'ODV Croce Verde di Mombercelli ha individuato ed ha reso disponibili le risorse necessarie per valutare ed affrontare le non conformità.

Le situazioni che possono portare ad uno scostamento rispetto ai parametri qualitativi stabiliti in fase di programmazione delle attività devono essere individuate e gestite al fine di controllare e risolvere situazioni pregiudizievoli della qualità del servizio. Tali problematiche possono essere causate da:

- conduzione dei processi interni difforme rispetto a quanto pianificato (non conformità di processo);
- prodotti inviati da fornitori che si rilevino non conformi in fase di accettazione o in sede di utilizzo;
- situazioni derivanti da carenze rilevate sul sistema qualità in relazione a requisiti previsti dalla norma (non conformità di sistema).

All'emergere di una delle succitate problematiche vengono attivate una o più delle seguenti fasi:

- Registrazione della non conformità su documentazione del SGQ;
- Analisi e decisione di azioni di correzione immediata per ripristinare il processo;
- Esecuzione delle azioni pianificate;
- Analisi delle cause e ricerca di eventuali azioni correttive.

È stata predisposta una procedura per la gestione di situazioni di non conformità (**PRO 03 - "Gestione Non Conformità ed Azioni Correttive"**) che descrive le modalità di registrazione e gestione di situazioni rilevate di non conformità, siano esse di processo, servizio o sistema.

Periodicamente RSQ, in collaborazione con la presidenza riesamina le non conformità registrate al fine di:

- identificarne le cause attraverso l'analisi di tutte le informazioni disponibili;
- verificare l'esigenza di azioni sulle cause che ne prevenano il ripetersi (anche sulla base della valutazione dell'impatto economico)
- individuare e pianificare appropriati provvedimenti correttivi atti ad eliminare o minimizzare tali cause e gestirne le attività necessarie;
- attuare in modo controllato le attività pianificate;

	<p style="text-align: center;">MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ</p>	MQ
		Rev. 0 del 06/02/2024

- riesaminare l'efficacia delle azioni intraprese.

La procedura per la gestione delle non conformità (**PRO 03 - “Gestione Non Conformità ed Azioni Correttive”**) integra anche le modalità di svolgimento e documentazione delle azioni correttive.

10.3 Miglioramento Continuo

Il Sistema di Gestione per la Qualità dell'ODV Croce Verde di Mombancelli viene migliorato in maniera continua attraverso i seguenti processi:

- Monitoraggio, analisi e valutazione dei processi e delle risorse disponibili;
- Riesame della direzione;
- Azioni correttive;
- Aggiornamento dell'analisi rischi ed opportunità.

Da queste attività scaturiscono le decisioni relative al miglioramento, che vengono definite in sede di riesame della direzione e confluiscono all'interno del piano di miglioramento, che definisce obiettivi, risorse, responsabilità, scadenze e modalità di valutazione per ogni singolo obiettivo di miglioramento. Eventuali modifiche agli obiettivi strategici dell'Associazione comportano anche l'aggiornamento della politica per la qualità.



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

Sommario

SEZIONE 1 – PRESENTAZIONE DELL’ASSOCIAZIONE	3
SEZIONE 2 – RIFERIMENTI NORMATIVI.....	6
SEZIONE 3 – TERMINI E DEFINIZIONI	7
SEZIONE 4 – CONTESTO DELL’ORGANIZZAZIONE	7
4.1 Comprendere l’Organizzazione ed il suo contesto	7
4.2 Parti interessate rilevanti e loro requisiti	8
4.3 Campo di applicazione del SGQ.....	8
4.4 Sistema di Gestione per la Qualità.....	9
SEZIONE 5: LEADERSHIP ED IMPEGNO	19
5.1 Focalizzazione sul cliente	19
5.2 Politica per la qualità	19
5.3 Ruoli, responsabilità ed autorità.....	20
SEZIONE 6: PIANIFICAZIONE	23
6.1 Azioni per la gestione di rischi ed opportunità.....	23
6.2 Obiettivi per la qualità	24
6.3 Pianificazione delle modifiche.	25
SEZIONE 7: SUPPORTO.....	25
7.1 Messa a disposizione delle risorse.....	25
7.1.1 Risorse.....	25
7.1.2 Persone	25
7.1.3 Infrastrutture	25
7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi.....	26
7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione.....	26
7.1.6 Conoscenza organizzativa	26
7.2 Competenza	26
7.3 Consapevolezza.....	27
7.4 Comunicazione.....	27
7.5 Informazioni documentate	28
SEZIONE 8: ATTIVITÀ OPERATIVE.....	29
8.1 Pianificazione e controllo operativi	29
8.2 Requisiti per i prodotti e i servizi	29
8.2.1 Comunicazione con il cliente	29
8.2.2 Determinazione dei requisiti del cliente.....	30



MANUALE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

MQ

Rev. 0
del 06/02/2024

8.2.3 Riesame dei requisiti del cliente	30
8.2.4 Modifiche alla convenzione	30
8.3 Progettazione e sviluppo del servizio	31
8.4 Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall'esterno	31
8.5 Produzione ed erogazione dei servizi	32
8.5.1 Controllo della produzione ed erogazione dei servizi	32
8.5.2 Identificazione e rintracciabilità	33
8.5.3 Proprietà che appartengono a clienti o a fornitori esterni.....	33
8.5.4 Conservazione.....	33
8.5.5 Attività post-consegna	33
8.5.6 Controllo delle modifiche	34
8.6 Rilascio dei servizi	34
8.7 Controllo degli output non conformi.....	34
SEZIONE 9: VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	34
9.1 Monitoraggi, misurazioni, analisi e valutazioni	34
9.1.1 Generalità	34
9.1.2 Soddisfazione del cliente	35
9.1.3 Analisi e valutazione	35
9.2 Audit interni	35
9.3 Riesame della Direzione.....	36
SEZIONE 10: MIGLIORAMENTO	37
10.1 Generalità	37
10.2 Non Conformità ed Azioni Correttive	37
10.3 Miglioramento Continuo	38