

MANUALE ORGANIZZAZIONE E QUALITÀ

Copia
controllata

01

Edizione

1

Revisione

2

Del

01.01.2021

DG

Assegnata
a

RSGI

ENTE CERTIFICATORE



*E' distribuito a condizione che non sia riprodotto o copiato anche parzialmente, usato per fornire informazioni ad altri o per scopi contrari agli interessi della Cooperativa, e deve essere restituito in ogni momento su esplicita richiesta di **Coop. Sociale Onlus San Luigi***

SEZIONE 0 - INTRODUZIONE

Indice:

0.1 Generalità

0.2 Principi di gestione per la qualità

0.3 Approccio per processi

0.3.1 Generalità

0.3.2 Ciclo Plan-Do-Check-Act

0.3.3 Risk based Thinking

0.3.4 Analisi dei rischi

0.4 Relazione con altre norme di sistemi di gestione

0.1 Generalità

Il Sistema di Gestione della Cooperativa è stato realizzato sulla base dei contenuti della norma UNI EN ISO 9001:2015 e coordinato con i requisiti del D.Lgs. 231/01, al fine di realizzare un Sistema di Gestione Integrato.

Pertanto, scopo del presente Manuale Organizzazione e Qualità è di descrivere e sintetizzare l'Organizzazione ed il Sistema di Gestione per la Qualità ed il Sistema di Gestione per la Prevenzione dei Reati previsti dal D.Lgs. 231/01 di Cooperativa Sociale Onlus San Luigi (di seguito, la "Cooperativa"), da ora in avanti definito Sistema di Gestione Integrato (SGI), cioè l'insieme delle responsabilità, delle metodologie, dei documenti dei mezzi e delle risorse che la Cooperativa assegna al fine di raggiungere gli obiettivi che la direzione stabilisce per garantire la qualità dei processi interni e dei servizi forniti ai clienti, intesi questi ultimi come i destinatari dei servizi della Cooperativa.

Poiché la qualità e la prevenzione dei reati sono il risultato dell'applicazione delle disposizioni organizzative relative ai processi aziendali e ai compiti individuati, tutte le funzioni aziendali citate nel presente manuale sono tenute a rispettarne le prescrizioni e raccomandazioni.

0.2 Principi di gestione per la qualità

Nel determinare la struttura del proprio sistema di gestione e nell'elaborazione di questo manuale, la Direzione, di concerto con il Responsabile Sistema di Gestione Integrato, ha incentrato il proprio operato, non solo documentale ma anche operativo, sui seguenti principi ritenuti fondamentali per il raggiungimento dei propri obiettivi.

Focalizzazione sul cliente

Lo scopo primario del sistema di gestione è soddisfare i requisiti dei clienti, conquistando la loro fiducia e quella delle altre parti interessate rilevanti, in modo tale che il successo dei servizi della Cooperativa, si prolunghi nel tempo.

Ogni tipo di interazione con i clienti e con le parti interessate è adatto a fornire un'opportunità per creare valore.

Leadership

La Direzione crea le condizioni per far sì che le persone si impegnino nel raggiungere gli obiettivi della qualità stabiliti dall'Organizzazione, permettendo di allineare le strategie, i processi e le risorse per raggiungerli, nel rispetto della legge e del Codice Etico della Cooperativa.

Partecipazione attiva delle persone

La Cooperativa è consapevole che tutti i propri collaboratori devono essere competenti, formati e agire in modo da creare valore.

Approccio per processi

La Cooperativa è consapevole che risultati costanti e prevedibili, volti anche all'individuazione di minacce e opportunità, possono essere raggiunti in modo più efficace ed efficiente quando le attività vengono comprese e gestite come processi interconnessi che funzionano come un sistema coerente.

Miglioramento

Per poter mantenere livelli di performance e reagire ai cambiamenti interni ed esterni che potrebbero comprometterli e per creare nuove opportunità, il miglioramento è uno degli obiettivi che l'Organizzazione deve inevitabilmente perseguire.

Processo decisionale basato sulle evidenze

La consapevolezza dell'importanza della valutazione di dati e informazioni consente al processo decisionale di avere un'analisi dettagliata e controllata con un alto grado di obiettività riducendo sempre più la soggettività di alcuni input che spesso sono legati a libera interpretazione.

Gestione delle relazioni

L'Organizzazione è consapevole che, per un successo destinato a durare nel tempo, è di primaria importanza la gestione dei rapporti tra le parti, quali che siano, interne o esterne all'organizzazione medesima.

0.3 Approccio per processi

0.3.1 Generalità

È stata promossa l'adozione di un approccio per processi per lo sviluppo, l'attuazione e il miglioramento dell'efficacia del SGI della Cooperativa. Infatti, affinché un'organizzazione funzioni efficacemente, è necessario che essa determini e gestisca numerose attività collegate. Un'attività, o un insieme di attività, che utilizza risorse e che è gestita per consentire la trasformazione di elementi in ingresso in elementi in uscita, può essere considerata come un processo. Spesso l'elemento in uscita da un processo costituisce direttamente l'elemento in ingresso del processo successivo.

L'applicazione di un sistema di processi nell'ambito di un'organizzazione, unitamente all'identificazione e alle interazioni di questi processi e la loro gestione per conseguire il risultato desiderato, è denominata "approccio per processi", il cui vantaggio è la possibilità di controllare la connessione tra i singoli processi.

0.3.2 Ciclo Plan-Do-Check-Act

La Cooperativa basa le proprie decisioni strategiche su dati di fatto e per fare ciò, utilizza lo strumento comunemente denominato "ciclo PDCA", per lo sviluppo del quale si rimanda alla sezione 10, punto 10.1.

0.3.3 Risk based Thinking

Conformemente ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015, la Cooperativa pianifica e attua azioni che affrontino rischi e opportunità, accrescendo l'efficacia del sistema di gestione integrato al fine di conseguire risultati migliori e prevenire gli effetti negativi.

0.3.4 Analisi dei Rischi

La Cooperativa ha predisposto un documento denominato "Analisi dei Rischi 231" nel quale, attraverso un'analisi approfondita delle attività caratteristiche, sono individuate quelle nel cui ambito possono essere commessi i Reati 231, identificando le fattispecie di reato previste dal D.Lgs. 231/01 che possono astrattamente essere commesse nell'interesse o a vantaggio dell'ente/organizzazione ad opera dei soggetti di cui all'art. 5 del D.Lgs. 231/01.

In particolare il documento:

- Valuta, per ogni attività o processo, il rischio potenziale di commissione dei reati di cui al punto precedente, in base ai criteri di gestione e metodologie in essere
- Determina l'impatto, in funzione del grado di probabilità di accadimento, che la commissione dei reati di cui al primo punto può provocare
- Stabilisce il livello di rischio di commissione di ciascuno dei reati di cui al primo punto

L'"Analisi dei Rischi 231" è uno dei fattori in ingresso per la valutazione del rischio da parte della Cooperativa ai sensi della Norma UNI EN ISO 9001:2015.

0.4 Relazione con altre norme di sistemi di gestione

Il SGI della Cooperativa è stato progettato e viene implementato con l'intento di favorire e realizzare il coordinamento e l'integrazione tra il Sistema di Gestione Qualità e il Sistema di Organizzazione, Gestione e Controllo ex. D.Lgs. 231/01.

Lo sviluppo del Manuale Organizzazione e Qualità, garantisce la perfetta corrispondenza fra i requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2015 e i paragrafi e sotto paragrafi del presente documento. Alcuni paragrafi (per esempio in questa sezione: 0.3.4 Analisi dei rischi) sono stati aggiunti per illustrare i requisiti del Sistema di Gestione Integrato con particolare riferimento alla Prevenzione dei Reati 231 ed al Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex. Art. 6 del D.Lgs. 231/01. L'ordine dei paragrafi non pregiudica comunque la garanzia di corrispondenza con la norma UNI EN ISO 9001:2015.

SEZIONE 1 – SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Indice :

1 Scopo e campo di applicazione

1 Scopo e campo di applicazione

La Direzione ha deciso di implementare, documentare e mantenere attivo il proprio sistema di gestione come mezzo per dimostrare la capacità di erogare servizi che soddisfano i requisiti del cliente e quelli cogenti applicabili.

Applicando con regolarità il sistema di gestione, la Direzione si prefigge lo scopo di ottenere elementi e dati dalla cui analisi individuare spunti di miglioramento che, reintrodotti nel sistema stesso, contribuiscano ad accrescere la soddisfazione dei propri clienti e a migliorare e ottimizzare i processi.

Lo scopo della certificazione è quindi il seguente:

- 1) Progettazione ed erogazione di servizi di housing sociale e servizi di accoglienza profughi, minori, appartamenti per l'autonomia adulti.**

SEZIONE 2 – RIFERIMENTI NORMATIVI

Indice:

2 Riferimenti Normativi

2 Riferimenti normativi

Il SGI è stato implementato in modo da soddisfare i contenuti della:

UNI EN ISO 9001:2015 *Sistemi di gestione per la qualità. Requisiti.*

e del:

D.Lgs. 8 giugno 2001, 231 *Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300.*

Nella documentazione di sistema si fa inoltre riferimento anche alle seguenti norme:

UNI EN ISO 9000:2015 *Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e vocabolario.*

Nel processo aziendale sono inoltre osservati i contenuti dei seguenti documenti:



D.Lgs. 81/08	<i>Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro</i>
D.Lgs. 106/09	<i>Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro</i>
D.Lgs. 196/03	<i>Codice in materia di protezione dei dati personali</i>
Reg. UE 679/2016	<i>Regolamento UE in materia di protezione dei dati personali</i>

L'elenco esaustivo dei documenti cogenti i cui contenuti sono osservati durante le attività aziendali, è contenuto nel database denominato "**Aggiornamento normativo e legislativo**". Il controllo della validità e dell'aggiornamento dei documenti è affidato al RSGI il quale, personalmente o tramite consulenti, verifica almeno annualmente lo stato di tutti i documenti.

I seguenti link sono alcuni degli strumenti di verifica dello stato di aggiornamento delle norme applicabili:

- www.uni.com: Norme
- www.ilsole24ore.com: Norme e tributi

Nota: Quando nella documentazione di sistema si fa riferimento a documenti datati, si applica esclusivamente l'edizione dei documenti provvista di data. In caso di riferimenti a documenti non datati, vale l'ultima edizione dei documenti compresi gli aggiornamenti.

SEZIONE 3 – TERMINI E DEFINIZIONI

Indice:

3 Termini e definizione

3 Termini e definizioni

Oltre ai termini ricorrenti definiti dalla norma UNI EN ISO 9000:2015, nella stesura del presente manuale sono stati utilizzati termini e definizioni previsti dal D.Lgs. 231/01. Si riportano inoltre, per una migliore comprensione del Manuale, le seguenti abbreviazioni utilizzate dall'Organizzazione nella descrizione dei processi e delle funzioni.

SISTEMA GESTIONE QUALITÀ	SGQ
SISTEMA GESTIONE INTEGRATO	SGI
ORGANISMO DI VIGILANZA	ODV
PROCEDURA OPERATIVA	PO
NON CONFORMITÀ	NC
AZIONE CORRETTIVA	AC
RESPONSABILE SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO	RSGI
CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE	CDA
DIREZIONE GENERALE	DG
RESPONSABILE DEL SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	RSPP
RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA	RLS

EDUCATORE APPARTAMENTO	EDU APA
EDUCATORE CAS	EDU CAS
EDUCATORE CSA	EDU CSA
EDUCATORE CSM	EDU CSM
EDUCATORE CSC	EDU CSC
RESPONSABILE APPARTAMENTO	RESP APA
RESPONSABILE CAS	RESP CAS
RESPONSABILE CSA	RESP CSA
RESPONSABILE CSM	RESP CSM
RESPONSABILE CSC	RESP CSC
RESPONSABILE RISORSE UMANE	RESP RU
RESPONSABILE MARKETING	RESP MA
RESPONSABILE/COORD DOPO SCUOLA	RESP DS
AMMINISTRATORE DELEGATO	AD
COORDINATORE MEDICA DEL LAVORO	COORD ML
RESPONSABILE BENI MOBILI E IMMOBILI	RESP BMI
RESPONSABILE AMMINISTRATIVA	RESP AMM
RESPONSABILE PRIVACY	RESP PRI
COORDINATORE SICUREZZA	COORD SIC
EDUCATORI DOPOSCUOLA	EDU DS
COORDINATORE DOPOSCUOLA	COORD DS
COORDINATORE PROFUGHE	COORD PRO
COORDINATORE CSM	COORD CSM
COORDINATORE CSA/CSC	COORD CSA/CSC
COORDINATORE APPARTAMENTI	COORD APA
EDUCATORI APPARTAMENTI	EDU APA
EDUCATORI CSM	EDU CSM
EDUCATORI CSA	EDU CSA
RESPONSABILE BANDI	RESP BAN
ADDETTA AMMINISTRAZIONE	AMM
RESPONSABILE FUNZIONE	RESP FUN

RESP. SISTEMA GESTIONE INTEGRATO	RSGI
DIRETTORE GENERALE	DG
RESPONSABILE AREE	RESP AR
RESPONSABILE ACQUISTI	RESP ACQ

SEZIONE 4 – CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

Indice:

- 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 per la qualità**
- 4.4 Sistema di gestione per la qualità e relativi processi**
 - 4.4.1 Macro Processo: Leadership e Pianificazione**
 - 4.4.2 Macro Processo: Supporto**
 - 4.4.3 Macro Processo: Attività operative**

4.1 Comprendere l'organizzazione e il suo contesto

La cooperativa San Luigi è nata nel 2009 a Tradate (Va) da un gruppo di educatori, sacerdoti e psicologi che fin dal 1999 si sono occupati di progetti educativi rivolti principalmente a minori in ambito parrocchiale.

Dal 2015 la cooperativa ha sede operativa a Varese, presso Casa San Carlo, in via Cesare Correnti 22.

Per molti anni l'ambito educativo è stato il principale campo di azione della coop San Luigi. A lungo ha fornito servizi di supporto ai minori e alle famiglie attraverso attività proposte negli oratori della zona pastorale di Varese (nelle parrocchie di Tradate, Abbiate, Ceppine, Lurago, Legnano, Varese e Induno Olona), in particolare animazione degli oratori durante l'anno scolastico, gestione dei grest nei tempi estivi, progetti legati a doposcuola e affiancamento scolastico, laboratori creativi e offerta di spazi di tipo aggregativo per ragazzi tra i 6 e i 17 anni e le loro famiglie.

Dal 2012 la Cooperativa San Luigi, conformemente al proprio statuto sociale, si occupa dell'accompagnamento socio educativo di uomini e donne in emergenza dimora e in percorso di semi-autonomia per il reinserimento sociale, ospiti in comunità alloggio di prima accoglienza e in appartamenti di seconda accoglienza della Fondazione San Carlo di Milano e Fondazione Monsignor Proserpio di Varese e presso il centro diurno Beato Federico Ozanam di Induno Olona e presso la Parrocchia Sant'Antonio di Padova alla Brunella di Varese.

Dal 2016 gestisce anche alcuni appartamenti in accoglienza diffusa, in cui vengono accolte donne e donne con bambini, nell'ambito della cosiddetta "accoglienza profughi", secondo le modalità indicate dal Bando della Prefettura di Varese

Oggi la Cooperativa San Luigi si occupa di accoglienza di persone in "emergenza dimora" o in forte difficoltà economica e sociale.

Queste le strutture residenziali di accoglienza:

- *Casa san Carlo, Casa santa Margherita, alloggi per autonomia Mamma Bambino, Casa sant' Antonio, Casa accoglienza profughi.*

La Cooperativa ha determinato i fattori interni ed esterni che ritiene essere rilevanti per il raggiungimento dei suoi obiettivi strategici e che influenzano o possono influenzare la sua capacità ad ottenere i risultati attesi dal sistema di gestione.

Strettamente collegato alla determinazione dei fattori interni ed esterni è il concetto di rischio, che influenza l'analisi degli stessi fattori e il loro impatto sull'organizzazione e sulla capacità della stessa di erogare il servizio e di raggiungere gli obiettivi prefissati. Il rischio, quale combinazione delle probabilità di un evento e delle sue conseguenze, è inteso nella duplice accezione di minaccia (elemento negativo) e opportunità (elemento positivo), in quanto qualsiasi tipo di iniziativa implica potenzialmente eventi e conseguenze che non per forza sono da considerare negative.

Tale impostazione consente all'organizzazione di essere proattiva e di pianificare e monitorare ogni conseguenza, sia essa positiva o negativa.



L'obiettivo è di elevare il livello di visione strategica della Cooperativa tenendo conto del contesto in cui opera, dei servizi offerti e delle aspettative delle parti interessate e ragionando quindi in un'ottica di "Risk Based Thinking".

I fattori interni ed esterni individuati dalla Direzione della Cooperativa sono rappresentati nello specifico documento "**Analisi del contesto dell'Organizzazione**".

4.2 Comprendere le esigenze e le aspettative delle parti interessate

La Cooperativa comprende le esigenze e le aspettative delle parti interessate all'interno del documento "**Analisi del contesto dell'Organizzazione**", a cui si fa riferimento.

4.3 Determinazione del campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità

La Cooperativa ha determinato il proprio campo di applicazione del sistema di gestione per la qualità, tenendo in considerazione il contesto, le aspettative delle parti interessate e i servizi offerti dall'Organizzazione. Il campo di applicazione è individuato alla Sezione 1 del Manuale.

4.4 Sistema di gestione per la qualità e relativi processi

La Cooperativa ha stabilito, documentato, attuato e mantiene attivo un SGI e ne migliora in continuo l'efficacia, in conformità ai requisiti del presente documento, della norma UNI EN ISO 9001:2015 e nel rispetto delle prescrizioni del D.Lgs. 231/01.

In particolare, l'organizzazione ha identificato i processi tramite i quali espleta la sua attività caratteristica stabilendo le interazioni tra gli stessi e garantendo la tracciabilità e la trasparenza di qualsiasi attività.

I processi vengono monitorati attraverso appositi indicatori al fine di attuare le azioni necessarie a garantirne l'efficacia e il rispetto di quanto prescritto dal Decreto Legislativo 231/01.

Per garantire la qualità dei servizi, la Cooperativa ha strutturato i processi di seguito descritti, per i quali sono assegnate responsabilità precise.

Per ogni dettaglio si rimanda allo specifico documento "**Analisi dei Processi**".

4.4.1 Macro Processo: Leadership e Pianificazione

Attività
Riesame e Pianificazione
<i>Analisi del contesto</i>
<i>Analisi delle parti interessate: rischi e opportunità</i>
<i>Analisi della documentazione in vigore: politica per la qualità, piano strategico, obiettivi</i>
<i>Pianificazione obiettivi</i>
<i>Definizione ruoli e responsabilità</i>

<i>Comunicazione</i>
Monitoraggio del mercato e sviluppo dei servizi
<i>Analisi bisogni e rilevazione nuovi bisogni</i>
<i>Analisi mercato dei servizi</i>
<i>Analisi esigenze delle parti interessate</i>
<i>Monitoraggio della normativa</i>
<i>Monitoraggio dei servizi erogati</i>
<i>Elaborazione di un'ipotesi progettuale di sviluppo</i>
<i>Validazione</i>
Gestione delle attività di "vendita" dei servizi
<i>Individuazione delle iniziative di sviluppo delle attività e selezione delle opportunità da perseguire</i>
<i>Predisposizione dell'offerta</i>
<i>Negoziazione e conclusione del contratto</i>
<i>Gestione delle richieste di variazione di contratto</i>

4.4.2 Macro Processo: Supporto

Attività
Sviluppo e gestione delle risorse umane e Organizzazione
<i>Pianificazione delle risorse</i>
<i>Selezione del personale</i>
<i>Addestramento delle risorse umane inserite</i>
<i>Cura e sviluppo delle risorse umane</i>
<i>Formazione del personale</i>
<i>Amministrazione del personale</i>
<i>Gestione delle relazioni sindacali e/o di categoria</i>
<i>Valutazione delle risorse umane</i>
Gestione della conoscenza organizzativa e della compliance
<i>Monitoraggio delle normative di pertinenza dei servizi</i>
<i>Comunicazione modifiche normative</i>
<i>Modifica di procedure interne e di gestione dei servizi</i>
<i>Monitoraggio procedure, istruzioni operative e moduli del sistema di gestione</i>
<i>Revisione di procedure, istruzioni operative e moduli del sistema di gestione</i>
<i>Comunicazione e diffusione procedure, istruzioni operative e moduli del sistema di gestione per la qualità</i>
<i>Monitoraggio e adeguamento modello 231</i>
<i>Monitoraggio e adeguamento DVR</i>
<i>Monitoraggio e adeguamento manuale HACCP</i>
Amministrazione, finanza e controllo
<i>Definizione budget previsionale</i>

<i>Assegnazione budget ai centri di costo</i>
<i>Gestione della contabilità</i>
<i>Monitoraggio periodico bilanci centri di costo</i>
<i>Pianificazione fatturazione ricavi</i>
<i>Pianificazione finanziaria</i>
<i>Elaborazione bilancio di esercizio</i>
Gestione ICT
<i>Analisi bisogno attrezzature e adeguamento delle stesse</i>
<i>Manutenzione e gestione del server</i>
<i>Interventi di manutenzione</i>
<i>Gestione sito e social media</i>
Gestione infrastrutture
<i>Predisposizione e aggiornamento dossier infrastrutture</i>
<i>Programmazione manutenzioni programmate</i>
<i>Richieste di interventi di manutenzione ordinaria non programmati</i>
<i>Programmazione interventi di manutenzione straordinaria</i>
Gestione acquisti e fornitori
<i>Pianificazione degli acquisti</i>
<i>Gestione delle richieste di acquisto</i>
<i>Individuazione e selezione dei fornitori</i>
<i>Formalizzazione del rapporto di fornitura</i>
<i>Ricezione dei beni/servizi e autorizzazione al pagamento</i>

4.4.3 Macro Processo: Attività operative

Attività
<i>Gestione e monitoraggio requisiti dei servizi da erogare</i>
<i>Definizione requisiti di servizio e comunicazione ai centri</i>
<i>Monitoraggio dei requisiti</i>
<i>Introduzione di azioni di miglioramento e correttivi sui requisiti</i>
Progettazione e sviluppo del servizio
<i>Costruzione del budget di servizio</i>
<i>Progetto strutturale: individuazione, gestione spazi e logistica</i>
<i>Lavori di adeguamento della struttura</i>
<i>Approvvigionamenti e rapporti con i Fornitori</i>
<i>Organizzazione risorse umane</i>
<i>Gestione del servizio e monitoraggio in itinere</i>
Controllo processi e servizi forniti dall'esterno
<i>Selezione fornitore di servizi in outsourcing</i>

<i>Definizione contratto di fornitura</i>
<i>Monitoraggio servizi</i>
<i>Valutazione Fornitori ed eventuali modifiche</i>
<i>Erogazione del servizio</i>
<i>Comunicazione</i>
<i>Gestione attività di vendita</i>
<i>Filtro domande di ingresso</i>
<i>Inserimento utente</i>
<i>Definizione progetto individuale</i>
<i>Verifica andamento progetto individuale</i>
<i>reclami; obiettivi progetti individuali e registrazione attività</i>
<i>Dimissione ospite</i>
<i>Monitoraggio output dei servizi</i>
<i>Valutazione delle prestazioni</i>
<i>Riesame della direzione</i>
<i>Gestione audit interni</i>
<i>Monitoraggio e misurazione dei risultati dei servizi</i>
<i>Gestione non conformità, azioni correttive e miglioramento continuo</i>

SEZIONE 5 – LEADERSHIP

Indice:

5 Leadership

5.1 Leadership e impegno

5.1.1 Generalità

5.1.2 Focalizzazione sul cliente

5.2 Politica

5.2.1 Stabilire la politica per la qualità

5.2.2 Comunicare la politica per la qualità

5.2.3 Codice Etico

5.3 Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione

5 Leadership

5.1 Leadership e impegno

5.1.1 Generalità

La Direzione considera strategica l'adozione di un SGI e si assicura che tutta l'azienda si impegni per la sua costante attuazione e per il suo continuo sviluppo nel tempo ed è inoltre costantemente impegnata in tutti quei procedimenti decisionali necessari a soddisfare le prescrizioni di legge inerenti la prevenzione dei reati amministrativi, nonché i requisiti dello sviluppo del SGI e del miglioramento continuo di tutta l'organizzazione aziendale.

In tal senso la Direzione:

- Comunica a tutta l'organizzazione la necessità di soddisfare i requisiti del cliente
- Definisce la Politica per la Qualità, gli obiettivi e gli indicatori per misurare le prestazioni dei processi effettuando periodici e documentati riesami
- Assicura la disponibilità delle risorse (umane e materiali) necessarie a soddisfare i requisiti del cliente, quelli cogenti applicabili e i requisiti del sistema di gestione per la qualità
- Assicura una rivalutazione delle mutazioni del contesto e dei relativi rischi operativi
- Garantisce a tutto il personale necessaria formazione o addestramento per garantirne l'arricchimento professionale al fine di un corretto svolgimento della mansione. Le evidenze sono documentate nel database "**Formazione**"
- Stabilisce e promuove il Codice Etico (in via di scrittura)

Con particolare riferimento al Codice Etico la Direzione assicura che:

- Sia appropriato alle finalità dell'Organizzazione
- Sia comunicato e compreso all'interno e all'esterno dell'Organizzazione
- Sia riesaminato per accertarne la continua idoneità
- Sia approvato dal massimo vertice aziendale

5.1.2 Focalizzazione sul cliente

La Direzione aziendale è direttamente coinvolta nei processi che riguardano il Cliente e in quelli relativi alla misurazione, analisi e miglioramento e garantisce che tutti i livelli dell'organizzazione sono in condizione di recepire e soddisfare i requisiti del Cliente per accrescerne la soddisfazione. Per la Cooperativa, che opera con un approccio per processi, la consapevolezza che i risultati verso il Cliente esterno sono anche in funzione dell'attenzione posta nelle varie fasi operative ai Clienti interni è un elemento imprescindibile.

Pertanto, la Direzione svolge una costante azione affinché le esigenze e le aspettative del Cliente, inteso in senso lato, vengano correttamente recepite e messe in pratica da tutta l'organizzazione.

5.2 Politica

5.2.1 Stabilire la politica per la qualità

La Direzione ha definito la Politica per la Qualità che risulta adeguata agli scopi e agli indirizzi dell'organizzazione ed in linea con quanto definito ed individuato nell'analisi del contesto.



La Politica comprende l'impegno a soddisfare i requisiti del sistema di gestione per la qualità per ottenerne il miglioramento continuo. Per questa sua finalità la Politica per la Qualità non rappresenta un'enunciazione vaga e generica, ma è un vero e proprio documento strategico tarato sugli scopi aziendali.

Per ogni dettaglio si rimanda al documento "**Politica della Qualità**".

La Politica per la Qualità è per la Cooperativa il mezzo fondamentale per tendere al raggiungimento degli obiettivi e al miglioramento delle proprie prestazioni.

Per rendere possibile ciò, la Politica per la Qualità si indirizza agli aspetti aziendali necessari per garantirne il successo, e cioè:

- A tutti i processi aziendali per i quali vanno definiti tipi e livelli di miglioramenti futuri, individuandone gli indicatori idonei alla loro gestione e misurazione delle prestazioni
- Alla soddisfazione del cliente, definendo il livello atteso e le azioni da intraprendere per il suo raggiungimento
- Al personale della Cooperativa il cui contributo è fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi aziendali

L'implementazione di un sistema di gestione conforme ai requisiti della UNI EN ISO 9001:2015, è uno dei mezzi che la Direzione rende disponibili a tutta l'Organizzazione nella convinzione che la sistematica attuazione dei documenti di sistema contribuirà al raggiungimento degli obiettivi definiti.

Tutta l'Organizzazione dovrà porre la massima attenzione nell'interpretare i bisogni dei clienti riuscendo a rilevarne la soddisfazione e utilizzando tale elemento affinché l'analisi e la corretta interpretazione dei dati ponga le basi per poter erogare servizi sempre più rispondenti alle aspettative.

La Direzione esegue riesami periodici, promuove azioni di miglioramento e accerta la continua idoneità della presente politica con gli obiettivi strategici con riferimento, non solo al contesto interno, ma anche e soprattutto al contesto esterno che inevitabilmente influenza le strategie e l'attività della Cooperativa.

5.2.2 Comunicare la politica per la qualità

La Cooperativa rende disponibile la politica per la qualità all'interno della propria Organizzazione al fine di promuovere e sensibilizzare un effettivo coinvolgimento del personale, attraverso diffusione e condivisione cartacea ed elettronica.

Allo scopo di promuovere il coinvolgimento di tutte le parti interessate, non solo quelle interne, ma anche quelle esterne, la Cooperativa ha ritenuto utile divulgare la Politica per la Qualità pubblicandola sul proprio sito *online* in modo tale da poter essere conosciuta e condivisa da tutti.

5.2.3 Codice Etico (in scrittura)

La Cooperativa ha predisposto, tiene aggiornato e diffonde il proprio "Codice Etico" che formalizza i diritti, i doveri e le responsabilità dell'Organizzazione nei rapporti interni ed esterni e in relazione ai valori e agli obiettivi perseguiti.

Il Codice Etico, che costituisce parte integrante del Modello 231/01, è uno degli elementi predisposti dalla Cooperativa allo scopo di assicurare una efficace attività di prevenzione e contrasto a violazioni di legge e a disposizioni regolamentari applicabili all'attività.

5.3 Ruoli, responsabilità e autorità dell'organizzazione

Dopo aver determinato i processi aziendali necessari per governare l'intero processo di erogazione del servizio, la Direzione ha coerentemente assegnato incarichi e responsabilità tenendo in considerazione il grado d'istruzione, l'addestramento, l'abilità e l'esperienza di ogni risorsa. L'organizzazione interna della Cooperativa e i relativi ambiti di responsabilità ed autorità sono rappresentati da:

- Organigramma funzionale
- Protocolli ex D.Lgs. 231/01
- Ruoli, competenze e mansionari

Le responsabilità e le autorità assegnate sono comunicate e note all'interno dell'Organizzazione, attraverso la condivisione dei protocolli, dell'organigramma e di momenti formativi interni.

SEZIONE 6 – PIANIFICAZIONE

Indice:

- 6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità
- 6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento
- 6.3 Pianificazione delle modifiche
- 6.1 Azioni per affrontare rischi e opportunità

La Direzione ha identificato i rischi, nella loro duplice accezione di minaccia e opportunità, legati al raggiungimento dei risultati attesi e ha individuato gli eventi che possono interferire con il raggiungimento degli obiettivi o che possono costituire opportunità di miglioramento (sezione 4, punto 4.1).

I rischi individuati ai fini del Modello 231, sono trattati nell'apposito documento "**Analisi dei Rischi 231**" e al documento "**Analisi del Contesto**".

6.2 Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento

Un concetto fondamentale per una politica incisiva per la Qualità è la definizione di obiettivi chiari e misurabili, che siano una guida nel processo di miglioramento del sistema di gestione che non deve avere fine, ma che di volta in volta deve avere ben chiaro i risultati e il livello che deve raggiungere. Le attività da svolgere per perseguire ciascuno degli obiettivi individuati presuppongono, per la loro concreta attuazione, la predisposizione di indicatori, ossia la definizione di "che cosa misurare" per poter quantificare e valutare se gli obiettivi sono stati raggiunti.

La Direzione verifica il raggiungimento degli obiettivi identificati e ne assegna di nuovi stabilendo (se necessario) ulteriori e/o diversi indicatori. Tale analisi è documentata nel riesame di Direzione i cui risultati potranno determinare anche una revisione della politica aziendale per la qualità per assicurarne la continua idoneità.

L'individuazione degli obiettivi per la qualità, la loro pianificazione e la loro revisione sono caratterizzati da eventuali mutazioni del contesto in cui opera l'Organizzazione con relativi cambiamenti dei fattori (interni/esterni) e dei rischi.

La Direzione garantisce che:

- Tutte le attività relative al sistema di gestione sono svolte in modo pianificato e controllato al fine di soddisfare i requisiti generali, tenendo inoltre conto del contesto in cui l'Organizzazione opera, e conseguire gli obiettivi per la qualità definiti nella politica
- Indipendentemente dalle modifiche al sistema di gestione, lo stesso è sempre conforme alla norma di riferimento e ai requisiti cogenti applicabili

Per soddisfare quanto sopra, sono stati identificati i processi significativi (sezione 4, punto 4.4) per ognuno dei quali sono state descritte nelle sezioni del manuale le metodologie di conduzione, i mezzi, le risorse impegnate e le attività di monitoraggio.

6.3 Pianificazione delle modifiche

La Cooperativa verifica, nel caso di modifiche, l'impatto delle stesse sul sistema di gestione per la qualità. La Direzione ha individuato una serie di modifiche che possono avere impatto sull'Organizzazione e sul suo contesto:

- *Modifica di requisiti cogenti*
- *Modifiche di carattere organizzativo e del contesto*
- *Modifiche o introduzione di nuovi sistemi informativi*
- *Erogazione di nuovi servizi*
- *Nuove leggi o regolamenti*

L'impatto, in relazione agli obiettivi, al cliente e alle parti interessate, viene analizzato e gli elementi in uscita dalla suddetta analisi sono considerati input per il Riesame della Direzione

SEZIONE 7 – SUPPORTO

Indice:

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
 - 7.1.5.1 Generalità
 - 7.1.5.2 Riferibilità delle misurazioni
- 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

7.1 Risorse

7.1.1 Generalità

La Direzione della Cooperativa rende disponibili risorse adeguate al fine di assicurare la soddisfazione dei clienti e delle parti interessate e di migliorare l'efficacia del SGI e dei processi di erogazione dei servizi.

Per raggiungere gli obiettivi di miglioramento continuo sono determinate e rese disponibili le risorse necessarie per:

- Attuare e tenere aggiornato il sistema di gestione migliorandone in modo continuo l'efficacia
-
- Accrescere la soddisfazione dei clienti
- Garantire l'addestramento e la formazione necessarie per il personale che con la propria attività influenza la conformità ai requisiti del servizio, per fare in modo che lo stesso raggiunga le necessarie competenze e abilità nello svolgimento dei compiti spettanti
- Conservare le necessarie informazioni documentate circa l'istruzione, l'addestramento, le abilità e l'esperienza di ogni risorsa

La Direzione garantisce la disponibilità di risorse e infrastrutture necessarie per conseguire la conformità ai requisiti del SGI.

7.1.2 Persone

La Direzione garantisce che il personale è in possesso dei requisiti necessari per le responsabilità alle quali deve far fronte, e che viene formato relativamente all'importanza del SGI.

Nell'ottica del miglioramento continuo, di quanto dichiarato nella Politica per la Qualità, della variazione della regolamentazione esterna e a fronte del continuo variare delle esigenze dei clienti al fine di perseguire la loro soddisfazione, la Direzione effettua un attento riesame delle esigenze di formazione dei propri collaboratori.

La gestione delle risorse umane è tale per cui per ogni collaboratore è prevista la conservazione di appropriate informazioni documentate riguardanti Job Description, formazione e addestramento. Gli interventi formativi possono essere rivolti a:

- Migliorare le conoscenze nel campo della qualità
- Informare in ordine alla normativa ex. D.Lgs. 231/01 e dei modelli di organizzazione, gestione e controllo per la prevenzione dei reati ai sensi del citato decreto
- Formare i soggetti deputati allo svolgimento di attività individuate come "sensibili" dall'analisi dei rischi in ordine alle misure, protocolli e strumenti introdotti per prevenire la commissione di reati 231
- Promuovere e dare ampio spazio ai temi legati all'area etico/comportamentale del personale ed alla prevenzione delle irregolarità



7.1.3 Infrastruttura

La Cooperativa ha determinato, fornisce e mantiene le infrastrutture necessarie per conseguire la conformità ai requisiti del SGI. Le infrastrutture comprendono, per quanto applicabile:

- Edifici, spazi di lavoro e servizi connessi
- Apparecchiature di processo (sia hardware che software)
- Servizi di supporto (quali sistemi di comunicazione o informativi)

7.1.4 Ambiente per il funzionamento dei processi

La Direzione è particolarmente sensibile alle condizioni dell'ambiente di lavoro ed è consapevole di come le stesse influiscano positivamente sulla soddisfazione dei Clienti e sulla motivazione e la soddisfazione anche del personale e di come questi fattori contribuiscano al conseguimento della conformità ai requisiti del servizio e al miglioramento delle prestazioni.

Per questo si impegna a garantire:

- *Sicurezza degli ambienti e massimo livello di pulizia ed igiene*
- *Condizioni di temperatura, umidità, illuminazione ecc., adeguate alle attività e agli ambienti in cui le stesse si svolgono*

L'osservanza di quanto sopra è garantita e documentata ed è conforme ai contenuti delle vigenti disposizioni legislative.

7.1.5 Risorse per il monitoraggio e la misurazione

7.1.5.1 Generalità

Servizio

La Cooperativa si occupa di accoglienza di persone in "emergenza dimora" o in forte difficoltà economica e sociale e di accoglienza profughi.

La Cooperativa ha individuato opportune attività di monitoraggio del servizio che consistono nel monitoraggio periodico degli indicatori di efficienza dei processi diretti (eventuali moduli di soddisfazione della clientela) e indiretti (continuità di permanenza, nuovi arrivi, conferma e sviluppo relazioni e servizi con gli Enti locali, ecc.)

Oltre che nell'eventuale documentazione, i risultati dei monitoraggi e delle misurazioni sono documentati anche nel riesame della direzione.

Nell'erogazione dei servizi vengono utilizzati strumenti di rilevazione della temperatura per monitoraggi HACCP.

7.1.5.2 Riferibilità delle misurazioni

Per l'effettuazione delle attività di cui sopra, la Cooperativa utilizza software comunemente installati sui computer aziendali, per la cui gestione si rimanda al punto 7.1.3

7.1.6 Conoscenza organizzativa

La Direzione è focalizzata sull'importanza della disponibilità costante, all'interno dell'Organizzazione, della conoscenza adeguata per ottenere la conformità ai requisiti dei servizi, e di programmarne la disponibilità in caso di mancanza della stessa.

Come descritto al punto 7.1.2, la Direzione non solo assicura un'adeguata formazione e un costante aggiornamento del personale, ma è anche in grado di poter rispondere con adeguata competenza ai cambiamenti del contesto interno ed esterno in cui opera, alle aspettative dei clienti e delle parti interessate.

7.2 Competenza

Come già detto al 7.1.2, sono previste specifiche Job Description volte a descrivere l'attività da svolgere, le specifiche competenze necessarie per il raggiungimento degli obiettivi. La competenza di ogni singolo collaboratore viene costantemente mantenuta attraverso specifici corsi di formazione e aggiornamento.

Inoltre, la Direzione ritiene che la competenza può essere acquisita in molti modi e non è strettamente legata alla formazione, pur rivestendo quest'ultima primaria importanza, e considerando come elemento fondamentale anche l'esperienza costante e continua sul campo.

7.3 Consapevolezza

Il personale della Cooperativa è consapevole dell'importanza del proprio lavoro come contributo all'efficacia del sistema di gestione. Al personale interno e a tutte le parti interessate è resa pubblica la Politica per la Qualità adottata dall'Organizzazione e inoltre è comunicato a tutti, interni ed esterni, la volontà della Cooperativa di mantenere un comportamento eticamente corretto attraverso l'adozione e la diffusione del Modello Organizzativo 231/01 e la condivisione del Codice Etico.

Attraverso formazione idonea sui sistemi di gestione, la Direzione mantiene costantemente consapevole il proprio personale dell'importanza di mantenere un sistema di gestione vivo ed efficace, improntato al miglioramento continuo. Oltre che con la formazione, la consapevolezza del personale viene mantenuta attraverso:

- Riunioni periodiche
- Comunicazione dei contenuti della Politica per la Qualità del Codice Etico
- Audit sul sistema di gestione
- Riunioni
- Condivisione del documento sull'analisi dei rischi e del contesto, ogni qual volta ve ne sia un aggiornamento
- Condivisione del documento sull'analisi dei rischi ex. D.Lgs. 231/01

7.4 Comunicazione

La direzione della Cooperativa assicura che la comunicazione all'interno dell'Organizzazione sia adeguata ed efficace al fine di sviluppare una forza coesiva tra le diverse componenti dell'organizzazione e comportamenti orientati verso obiettivi comuni.

La Cooperativa, anche sulla base delle indicazioni dell'OdV, utilizza appropriati strumenti di comunicazione (E-mail – Riunioni informative – Comunicazioni Organizzative) al fine di:

- Assicurare le comunicazioni interne tra i differenti livelli e le diverse funzioni dell'organizzazione relativamente alle informazioni riguardanti il SGI, al fine di agevolare la comprensione della criticità di alcune operazioni motivando pertanto il personale addetto
- Assicurare le comunicazioni esterne verso parti terze relativamente alle informazioni riguardanti il SGI
- Ricevere, registrare, rispondere alle richieste e segnalazioni relative ai requisiti del SGI, provenienti dalle parti interessate interne ed esterne all'organizzazione

7.5 Informazioni documentate

7.5.1 Generalità

Il sistema di gestione è stato predisposto e documentato mediante:

- Documenti in formato elettronico
- Il manuale organizzazione e qualità
- Le informazioni documentate ritenute necessarie per dimostrare la conformità dei servizi ai requisiti specificati/applicabili/cogenti, i risultati ottenuti e dare evidenza delle attività svolte.

All'intero del manuale sono inclusi:

- Lo scopo e il campo di applicazione comprese le eventuali esclusioni
- La politica aziendale per la qualità
- Le metodologie adottate per la conduzione e il controllo dei processi aziendali

Il manuale è emesso da RSGI e approvato da CDA e può essere distribuito in forma controllata e/o non controllata. La documentazione inserita nel manuale viene elaborata, gestita e all'occorrenza modificata dal RSGI insieme ai responsabili e coordinatori dei servizi; le modifiche apportate vengono inserite nel manuale e la nuova versione viene approvata nel suo complesso una volta all'anno. In azienda è stata predisposta la sola copia cartacea del manuale **01** che, fisicamente conservata e gestita da RSGI, è distribuita in forma **controllata**:

- alla **Direzione Generale**
- al **Responsabile Sistema di Gestione Integrato**
- all'**Ente di certificazione**

Una copia del manuale è comunque disponibile in rete mentre, se necessario, altre copie opportunamente identificate potranno essere distribuite in forma controllata per fare in modo che ogni funzione aziendale possa condurre le proprie attività secondo linee guida documentate. Quando necessario (modifiche delle attività gestionali e produttive, recepimento delle osservazioni dell'ente di certificazione ecc.), RSGI ha il compito di aggiornare le sezioni del manuale

Ogni sezione modificata deve essere approvata (come nel caso della prima emissione) e quindi distribuita da RSGI che elimina i documenti non più validi, li identifica con la dicitura "**REVISIONATI**" e li conserva per il periodo definito ; La prima edizione del manuale (edizione **1**) è identificata dal numero di revisione **0**, mentre le successive riporteranno una numerazione progressiva sino alla numero **3**.

Ogni edizione può comprendere al massimo **4** revisioni (**0 – 1 – 2 – 3**) al termine delle quali il manuale viene rimesso in una nuova edizione. Le copie **non controllate** sono utilizzate per soddisfare le eventuali richieste dei clienti. Per la loro distribuzione si userà una metodologia che garantisca l'evidenza oggettiva della ricezione del documento da parte del destinatario (servizio postale, posta elettronica ecc.). Sarà cura del RSGI gestire quindi tali registrazioni. La validità di queste copie (opportunamente identificate in prima pagina) è limitata alla revisione indicata sul frontespizio di ciascuna sezione.

Le comunicazioni inerenti documentazione interna ed esterna vengono gestite dal responsabile di riferimento che elabora un documento ; viene poi consultato il responsabile della comunicazione per definire le modalità di diffusione dell' elaborato che viene poi gestito come da procedura comunicazioni int ed est.

7.5.2 Creazione e aggiornamento

Le informazioni documentate realizzate internamente dalla Cooperativa rispondono alle necessità individuate per dare evidenza della conformità dei risultati dei processi e della conformità dei prodotti/servizi ai requisiti cogenti applicabili e alle prescrizioni del D.Lgs. 231/01. Per le informazioni documentate previste dalla norma al punto 7.5.2 (almeno quelle ritenute pertinenti al processo aziendale), è previsto un sistema di controllo descritto al punto 7.5.3.

7.5.3 Controllo delle informazioni documentate

Il sistema di controllo adottato è tale per cui, per ogni informazione documentata, sono garantite:

Identificazione	Esempio	RAI/0 del gg.mm.anno
Individuazione univoca di un documento ottenuta mediante opportune sigle, acronimi, numeri, codici ecc.	⇒ RAI	Rapporto di Audit Interno
	⇒ /0	Stato di revisione
	⇒ gg.mm.anno	Data di validità
Numerazione	Esempio	XXX- 00/9999 (RNC-01/2018)
Sistema per correlare l'informazione al documento e quindi all'attività/processo cui si riferisce.	⇒ XXX (RNC)	(Rapporto di Non Conformità)
	⇒ 00	Numero progressivo
	⇒ 9999	Anno di riferimento
Rintracciabilità	E' ottenuta e garantita con la corretta gestione dei documenti. Ogni informazione documentata, compilata in modo chiaro e leggibile, è riposta in contenitori adeguati e tali da consentirne la conservazione per il tempo previsto.	
Capacità di risalire alla storia, all'utilizzazione o all'ubicazione di ciò che si sta considerando.		

Informazioni di origine esterna

I documenti di origine esterna ricevuti dai clienti e/o dai fornitori sono gestiti in modo da salvaguardarne i contenuti e, in quanto contenenti proprietà intellettuale e dati personali, trattati secondo quanto previsto dal D.Lgs. 196/03 e Reg. UE 679/2016.

Gestione e aggiornamento delle norme e dei documenti cogenti

Per quanto riguarda le norme di sistema e gli altri documenti cogenti, il controllo è affidato al RSGI il quale, personalmente o tramite consulenti, verifica almeno annualmente lo stato di tutti i documenti.

I seguenti link rappresentano alcuni degli strumenti di aggiornamento normativo:

- www.uni.com: Norme
- www.ilsole24ore.com: Norme e tribut

Accesso ai documenti e dati

È consentito a tutte le funzioni e ai collaboratori che ne abbiano necessità per lo svolgimento della propria attività. Ogni funzione e ogni collaboratore è responsabile del corretto utilizzo di tali documenti e della relativa archiviazione dopo la consultazione.

SEZIONE 8 – ATTIVITA' OPERATIVE

Indice:

- 8.1 Pianificazione e controllo 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 di prodotti e servizi**
- 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 Controllo della produzione e dell'erogazione dei servizi
 - 8.5.2 Identificazione e rintracciabilità
 - 8.5.3 Proprietà che appartengono ai clienti o ai fornitori esterni
 - 8.5.4 Preservazione
 - 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**
- 8.1 Pianificazione e controllo operativi**

Dopo aver determinato e analizzato il contesto organizzativo, i fattori esterni e interni rilevanti per il raggiungimento dei suoi obiettivi strategici, la Cooperativa ha conseguentemente individuato i processi, (punto 4.4 sezione 4 del manuale) assegnando le risorse necessarie e adeguate a garantire una corretta pianificazione e controllo, al fine di garantire il soddisfacimento dei requisiti contrattuali e cogenti applicabili.

8.2 Requisiti per i prodotti e i servizi

8.2.1 Comunicazione con il cliente

La Cooperativa si impegna a garantire modalità efficaci di comunicazione con il Cliente, relativamente a:

- Informazioni relative al servizio: attraverso l'aggiornamento del sito internet, della pagina Facebook e attività in campo presso i clienti
- Informazioni e comunicazioni relative a quesiti

- Informazioni di ritorno dal Cliente inclusi i suoi reclami: attraverso segnalazioni raccolte verbalmente e/o per iscritto e questionari di *customer satisfaction*

8.2.2 Determinazione dei requisiti relativi ai prodotti e servizi

La Direzione Aziendale definisce i requisiti dei Clienti attraverso diverse modalità differenti:

- Cliente esterno - Enti che incaricano la Cooperativa di progettare e/o erogare attività socio educative, istituzioni territoriali, organizzazioni comunitarie, utenti dei servizi. Il CDA incontra periodicamente i Coordinatori dei servizi che hanno una conoscenza aggiornata della situazione in merito ai requisiti, alle aspettative implicite o esplicite del Cliente stesso, e al suo grado di soddisfazione.
- Cliente interno - Dipendenti, soci e collaboratori. Il CDA della Cooperativa incontra periodicamente i Coordinatori dei servizi per discutere e verificare nel merito le aspettative implicite o esplicite dei lavoratori, rilevate come previsto dalla procedura relativa alla gestione delle Risorse Umane, attraverso incontri, questionari e rilevazioni.

Il monitoraggio della soddisfazione del Cliente è tenuto sotto controllo dal CDA attraverso incontri e/o documenti che periodicamente vengono redatti dai Coordinatori dei servizi e comunque una volta all'anno durante il Riesame della Direzione.

8.2.3 Riesame dei requisiti relativi ai prodotti e servizi

La Cooperativa riesamina i requisiti relativi al servizio prima di impegnarsi a fornire lo stesso ai Clienti coinvolgendo i Coordinatori interessati e si assicura che:

- a) i requisiti del servizio siano definiti e chiari
- b) siano state risolte eventuali divergenze tra i requisiti di un contratto o di un ordine rispetto a quelli espressi in precedenza
- c) la Cooperativa abbia le capacità per soddisfare i requisiti definiti

Dove il Cliente non fornisce indicazioni documentate, i requisiti del Cliente sono confermati dalla Cooperativa prima della loro accettazione.

Dove i requisiti di un servizio siano modificati, la Cooperativa assicura che siano emendati i relativi documenti e che il personale coinvolto sia messo a conoscenza delle modifiche ai requisiti.

8.2.4 Modifiche ai requisiti per i prodotti e servizi

Dove i requisiti di un servizio siano modificati, la Cooperativa assicura che siano emendati i relativi documenti e che il personale coinvolto sia messo a conoscenza delle modifiche ai requisiti. Nel corso dell'anno 2020 con l'insorgenza della pandemia da Coronavirus la cooperativa ha adottato le procedure e applicato la normativa come da indicazioni pervenute dagli Enti competenti (Ministero della salute, Regione, ATS); e' stato creato un comitato Covid , composto dal CDA, i coordinatori dei servizi, il direttore, il responsabile privacy e il medico di riferimento; e' stato nominato un referente, il Covid Manager che ha seguito un corso di formazione sulla sicurezza e ottenuto un attestato; i DVR sono stati aggiornati con il rischio biologico e il personale formato e aggiornato; e' stata creata e distribuita sul drive tutta la documentazione per la protezione da Covid; il comitato si e' riunito periodicamente per monitorare la situazione; attualmente si ritrova in caso di necessità (caso di contagio appurato o sospetto).

8.3 Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi

8.3.1 Generalità

La Cooperativa ha predisposto e mantiene attive procedure per la progettazione dei servizi erogati dove sono descritte le modalità per la gestione delle attività di progettazione dei servizi che vengono sviluppati nell'ambito della Cooperativa. Tali procedure vengono applicate anche nel caso di partecipazione a bandi o appalti, progetti a rendicontazione e proposte di nuovi progetti.

8.3.2 Pianificazione della progettazione e sviluppo

La Direzione garantisce la pianificazione ed il controllo della progettazione e sviluppo, delegando e coinvolgendo direttamente le funzioni aziendali interessate nell'ambito delle proprie competenze. Ogni singolo progetto ha un suo piano delle attività, definito a cura del Responsabile e dal Coordinatore di Servizio. Per garantire il controllo delle attività di progettazione la Cooperativa:

- Definisce il Responsabile di Progetto
- Definisce i dati d'ingresso (Input)
- Definisce i dati di uscita (Output) allo scopo di verificare se gli stessi soddisfano le richieste del cliente
- Pianifica le singole fasi del progetto
- Identifica le necessità di risorse, anche esterne
- Definisce le fasi di riesame, verifica e validazione della progettazione

8.3.3 Input alla progettazione e sviluppo

I dati e i requisiti di base per la progettazione, compresi quelli cogenti per leggi e regolamenti, sono identificati e documentati per singolo servizio e ospite e la loro definizione è riesaminata dal Responsabile di Servizio e dal Coordinatore d'area e, se necessario, approvata dal Cliente. Vengono analizzati:

- I fabbisogni del Cliente
- I requisiti cogenti applicabili
- I requisiti tecnici
- Le informazioni derivanti da precedenti progettazioni e/o esecuzioni similari
- Ogni altro requisito essenziale per la progettazione e sviluppo

8.3.4 Controlli della progettazione e sviluppo

La Cooperativa, al fine di tenere sotto controllo il processo di progettazione, si avvale di diversi strumenti:

- Incontri operativi: incontri tra i Responsabili di servizio e l'equipe operativa consentono di monitorare lo stato di avanzamento del progetto
- Audit interni: vengono effettuati audit sul progetto al fine di verificarne la conformità con norme o leggi

Tutta la documentazione viene conservata e archiviata in formato cartaceo e/o informatico da parte dei referenti del Progetto individuati dal CDA.

Le attività di incontro e gli Audit interni sul progetto sono di fatto assimilabili a vere e proprie fasi di riesame e verifica della progettazione.

La validazione del progetto coincide con la verifica documentata del soddisfacimento dei requisiti del cliente e quindi del raggiungimento degli obiettivi stabiliti in fase di pianificazione.

8.3.5 Output della progettazione e sviluppo

I risultati della progettazione sono indicati e individuati nelle procedure operative, in modo da poter essere verificati e approvati prima del loro rilascio.

8.3.6 Modifiche della progettazione e sviluppo

Per modifiche alla progettazione si intendono le variazioni apportate ad una fase del progetto che si riteneva conclusa, o variazioni riscontrate nel corso del progetto eventualmente ritenute necessarie dalla Cooperativa e/o richieste dal cliente. Le modifiche alla progettazione possono presentarsi:

- Nel corso di audit interni
- In occasione dei riesami
- Su segnalazione del cliente
- In occasione del riscontro di non conformità

Le modifiche proposte vengono analizzate dai referenti del Progetto e, se ritenute fattibili, costituiscono nuovi dati in ingresso alla progettazione.

Le modifiche al progetto non richiedono l'emissione di un nuovo Piano di Progettazione. E' sufficiente la documentazione delle stesse nei nuovi documenti che vengono emessi/modificati, e dai quali sia possibile individuare chiaramente obiettivi e tempistiche.

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

La valutazione della qualità del servizio e dell'effettiva corrispondenza del medesimo ai requisiti definiti contrattualmente, è effettuata dalla Direzione che la documenta nel periodico riesame. Le evidenze sono documentate nel database "Fornitori"

8.5 Produzione ed erogazione dei servizi

8.5.1 Controllo della produzione e dell'erogazione dei servizi

La Cooperativa utilizza per il monitoraggio e la misurazione dei propri processi appropriati strumenti di rilevazione, quali questionari, interviste ecc. Poiché i questionari si configurano come dispositivi di monitoraggio e misurazione, essi sono sottoposti a periodica revisione allo scopo di garantirne la continua efficacia.

Per quanto riguarda la valutazione dell'efficacia dei servizi erogati dalla Cooperativa, gli strumenti sono di natura indiretta (es. permanenza ospiti, arrivo nuovi ospiti, conferma, rinnovo e nuovi servizi da Clienti, ecc.).

L'adeguatezza di tali questionari, siano essi formulati per la valutazione dell'efficacia del servizio e della soddisfazione dei Clienti, è controllata periodicamente dal Responsabile di Area e dal CDA che oltre a elaborare l'analisi dei dati di ritorno, ne aggiornano la struttura ed i contenuti affinché risultino sempre più rispondenti allo scopo.



8.5.2 Identificazione e rintracciabilità

Le informazioni documentate utilizzate nelle fasi di erogazione del servizio, sono gli strumenti con i quali la Cooperativa assicura la corretta identificazione e la rintracciabilità dei documenti e delle prescrizioni applicabili. La loro gestione è descritta nella sezione 7, al punto 7.5.

8.5.3 Proprietà che appartengono ai clienti o ai fornitori esterni

Tra le proprietà del cliente vengono considerati i dati personali, il cui trattamento avviene nel rispetto della vigente normativa in materia di privacy ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Reg. UE 679/2016. Si rimanda alla documentazione di legge per ogni dettaglio.

8.5.4 Conservazione

Le modalità di gestione della documentazione utilizzata/prodotta durante tutte le fasi di erogazione del servizio, nonché le regole per la loro gestione e archiviazione (vedi sezione 7, punto 7.5), garantiscono la conservazione per il tempo previsto contrattualmente e/o legalmente di tutti gli output dei processi necessari a garantire la conformità dei servizi erogati.

8.5.5 Attività post-consegna

La Cooperativa garantisce adeguata assistenza ai clienti, oltre che durante lo sviluppo del servizio, anche al termine dello stesso (es. dimissione ospite). L'attività, non necessariamente documentata, consiste in assistenza telefonica, informatica e/o in contatti diretti, ed è mirata a recepire le esigenze espresse dai clienti e a risolvere le loro eventuali problematiche.

8.5.6 Controllo delle modifiche

Ogni modifica alle modalità di erogazione del servizio, ricevimento e riesame degli ordini, sviluppo delle attività progettuali ecc. è documentata così come descritto ai punti 8.2, 8.3 e 8.5.

8.6 Rilascio di prodotti e servizi

Come per il punto precedente, anche in questo caso le metodologie adottate/descritte ai punti 8.2, 8.3 e 8.5, garantiscono che ogni servizio sia erogato solo dopo che le funzioni aziendali pertinenti (e comunque identificate nella documentazione relativa al processo) ne abbiano fornito specifica autorizzazione.

8.7 Controllo degli output non conformi

In qualunque fase del processo venissero evidenziate situazioni anomale e comunque tali da far ritenere che il risultato dell'attività non sia coerente con i requisiti, è compito del personale della Cooperativa attivare la procedura per la gestione delle non conformità e/o reclami, descritta nella sezione 10, al punto 10.2.

SEZIONE 9 – VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Indice:

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

9.3.1 Generalità

9.3.2 Input al riesame di direzione

9.3.3 Output del riesame di direzione

9.1 Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione

9.1.1 Generalità

La Cooperativa, attraverso i propri processi, assicura:

- La conformità del servizio offerto (compresa la conformità agli eventuali documenti cogenti applicabili)
- La conformità, attraverso un costante monitoraggio, del proprio SGI ai requisiti della UNI EN ISO 9001:2015 e a leggi e regolamenti
- Il miglioramento del proprio SGI
- Il costante monitoraggio del valore degli indicatori al fine di verificare il soddisfacimento degli obiettivi stabiliti

La Cooperativa ha quindi individuato le tecniche e le frequenze di controllo più idonee per lo svolgimento di queste attività.

9.1.2 Soddisfazione del cliente

Per ciascun Cliente individuato la Cooperativa, prendendo in considerazione i diversi requisiti/aspettative da esso espressi, viene di volta in volta individuata la metodologia più corretta per pianificare ed attuare opportune misurazioni. Si identificano pertanto degli adeguati indicatori e predisposti appositi strumenti quali questionari, colloqui, interviste, report fotografici ecc. al fine di individuare il posizionamento attuale rispetto alla soddisfazione del Cliente e pianificare idonee azioni di miglioramento.

Sono altresì predisposti questionari per la soddisfazione (“**Questionario soddisfazione dipendenti-operatori della Coop**”) per il personale della Cooperativa con obiettivi di rilevazione del grado di soddisfazione generale e analitica del servizio specifico. I dati sono analizzati con la proposizione di miglioramento individuata qualora sussistano segnalazioni/criticità. Ogni indicazione viene attentamente valutata, per poi essere considerata nel processo di miglioramento e, in particolare, durante il riesame del CDA.

Allo scopo di garantire una continua e pertinente lettura dei bisogni e della soddisfazione del Cliente, il riscontro di tali misurazioni e l'adeguatezza degli strumenti di rilevazione utilizzati, sono annualmente oggetto di valutazione del CDA.

Per tutti i servizi certificati la misurazione della soddisfazione del cliente può altresì derivare da dati di tipo indiretto quali rinnovi dei contratti con enti committenti, espressioni di gradimento e richieste di intervento nel corso dell'erogazione del servizio.

9.1.3 Analisi e valutazione

La Cooperativa, per realizzare, mantenere e migliorare continuamente il proprio Sistema di Gestione della Qualità conforme alla norma UNI EN ISO 9001, ha definito diverse metodologie di analisi e raccolta dati che consentono di tenere sotto controllo l'andamento qualitativo del servizio erogato e dei propri processi.

Sono quindi attuate attività di analisi dei dati relativi a:

- Andamento delle NC
- Andamento dei Reclami
- Soddisfazione dei clienti
- Andamento degli indicatori di processo
- Report dell'OdV

9.2 Audit interno

La Cooperativa effettua, ad intervalli pianificati, audit interni finalizzati a stabilire la conformità del Sistema di Gestione Integrato ai requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2015 e alle prescrizioni del Decreto Legislativo 231/01, a quanto stabilito e pianificato nella Politica per la Qualità e nel Codice Etico.

Pertanto, gli audit hanno come diretta conseguenza l'esame della documentazione di sistema e la raccolta di riscontri oggettivi che devono dare evidenza della puntuale e sistematica applicazione di tutti i documenti di riferimento, compresi eventualmente quelli di carattere cogente.

Gli audit sono pianificati sul **Programma degli audit interni (PAI)** che il RSGI prepara (e la Direzione approva) individuando i processi da verificare, quelli coinvolti, i punti norma, i documenti di riferimento e la frequenza.

La frequenza con cui vengono pianificati gli audit interni è determinata dall'importanza dei processi e deve tener conto anche dei risultati degli audit precedenti.

Indipendentemente dalla pianificazione, durante l'anno saranno verificati almeno una volta tutti i punti della UNI EN ISO 9001:2015, così come saranno effettuati audit non programmati nel momento in cui le registrazioni disponibili diano evidenza di una tendenza allo scostamento da quanto stabilito.

Per garantire la necessaria obiettività e imparzialità, gli audit sono condotti da personale preparato, non coinvolto nelle aree/processi da esaminare e/o da professionisti approvati dalla Direzione.

L'audit viene condotto sulla base dei punti di norma e dei documenti di riferimento identificati sul programma e sul Rapporto di audit. Durante gli audit vengono esaminati:

- *La documentazione di sistema e la eventuale documentazione tecnica*
- *Le attività e le aree di lavoro*

L'esecutore ricercherà evidenze oggettive che diano la ragionevole certezza dell'applicazione dei contenuti dei documenti applicabili e della conoscenza da parte del personale della politica aziendale per la qualità, dei principali obiettivi e degli indicatori di processo. I risultati, analizzati con il responsabile del processo, sono documentati nel Rapporto di audit in modo da evidenziare sia

gli aspetti negativi sia quelli positivi, ovvero le criticità e le opportunità che possono presentarsi a seguito di audit. Se necessario sarà concordata l'emissione di opportune azioni correttive in modo che le anomalie riscontrate possano essere eliminate senza indebiti ritardi. I rapporti di audit sono disponibili sia in formato cartaceo che elettronico e sono conservati da RSGI.

L'Organizzazione inoltre, tramite l'Organismo di Vigilanza, attua una costante vigilanza sulle attività che la Cooperativa stessa svolge, con particolare attenzione per quelle attività/processi che risultano sensibili alla commissione dei Reati 231.

9.3 Riesame di direzione

9.3.1 Generalità

Il riesame, condotto durante una riunione che coinvolge oltre alla Direzione, il RSGI (se necessario), è effettuato per:

- Accertare la continua idoneità, adeguatezza ed efficacia del sistema di gestione integrato
- Individuare le opportunità di miglioramento
- Individuare le esigenze di modifiche alla politica, agli obiettivi, agli indicatori e alla documentazione prevista dal D.Lgs.231/01

È condotto su base pianificata (nel Programma degli Audit Interni, PAI) in periodi nei quali è possibile avere a disposizione elementi e dati consolidati in base ai quali verificare i risultati ottenuti e la tendenza al raggiungimento degli obiettivi. Ulteriori riesami non programmati potranno essere effettuati nel caso in cui l'analisi degli indicatori dei processi evidenzia situazioni di particolare criticità.

9.3.2 Input al riesame di direzione

Per effettuare il riesame, la Direzione prende in considerazione i seguenti elementi forniti dal RSGI:

- I risultati degli audit interni
- Le informazioni di ritorno da parte del cliente e del mercato (soddisfazione e/o insoddisfazione)
- Le prestazioni dei processi e il monitoraggio degli indicatori
- La conformità del servizio
- Lo stato delle azioni correttive
- La verifica dello stato delle azioni decise nei precedenti riesami
- L'adeguatezza delle risorse
- Le modifiche che potrebbero avere effetti sul sistema di gestione per la qualità
- Le raccomandazioni per il miglioramento
- L'efficacia delle azioni intraprese per affrontare i rischi e le opportunità
- I cambiamenti nei fattori esterni e interni che sono rilevanti per il sistema
- Le relazioni periodiche dell'OdV
- L'analisi dei rischi aggiornata, qualora sia cambiato lo stato dell'organizzazione, rispetto al riesame precedente
- Modifiche a leggi e regolamenti applicabili

9.3.3 Output del riesame di direzione

L'output del riesame è un documento che comprende decisioni e azioni relative:

- Al miglioramento dell'efficacia del sistema di gestione per la qualità
- Al miglioramento dei processi
- Al miglioramento dei prodotti/servizi in relazione ai requisiti del cliente, del cliente e/o di quelli cogenti applicabili
- Ai bisogni di risorse (anche quelle destinate agli audit interni)
- All'eventuale aggiornamento del documento Analisi dei rischi, qualora sia emersa una variazione rilevante per la Cooperativa

Quando applicabile, sarà determinata anche la necessità di assegnare specifiche risorse economiche affinché i responsabili e i collaboratori siano in grado di raggiungere gli obiettivi loro assegnati. Le azioni correttive eventualmente individuate sono gestite secondo i contenuti della sezione 10 del manuale.

L'efficacia degli interventi sarà valutata nel corso dei successivi riesami e/o mediante audit appositamente condotti. Il riesame è considerato un'informazione documentata e come tale gestita secondo i contenuti della sezione 7 del manuale.

SEZIONE 10 - MIGLIORAMENTO

Indice:

10.1 Generalità

10.2 Non conformità e azioni correttive

10.3 Miglioramento continuo

10.1 Generalità

La Cooperativa si pone come obiettivo il miglioramento continuo dell'efficacia del proprio sistema di gestione dichiarando tale intento nella Politica Aziendale per la Qualità e negli obiettivi dei processi. Per far ciò utilizza (oltre alla politica e agli obiettivi per la qualità) i risultati degli audit interni/esterni, l'analisi dei dati, le azioni correttive e i riesami di Direzione. Il miglioramento è vissuto dalla Cooperativa come un'attività continua, tale per cui ogni qual volta un'opportunità di miglioramento dovesse essere identificata, la Direzione stabilisce se perseguirla e quali risorse utilizzare e/o eventualmente assegnare.

Le opportunità di miglioramento sono individuabili:

- Attraverso il riesame della Direzione
- Mediante aggiornamento della valutazione dei rischi connessi all'Organizzazione e al contesto della stessa
- Mediante gli audit interni

- Tramite tecniche dirette ed indirette per rilevare la soddisfazione del cliente recependone esigenze e opportunità.
- Mediante l'aggiornamento e l'analisi della valutazione dei rischi di commissione Reati 231

Per miglioramento, Cooperativa non intende solo il miglioramento del servizio, ma anche il miglioramento del sistema di gestione. Qualora dovesse verificarsi un'opportunità di miglioramento la Direzione opererà in modo da:

Pianificare le attività prima di iniziarle:

- Analisi costi/benefici
- Analisi opportunità
- Valutazione delle risorse necessarie
- Assegnazione delle risorse
- Individuazione degli incarichi e delle responsabilità
- Decisioni circa l'attuazione
- Pianificazione

Adottare ciò che è stato deciso:

- Implementazione dell'azione di miglioramento

Verificare i risultati delle attività:

- Monitoraggio periodico
- Misurazione dell'impatto di miglioramento
- Valutazione dei risultati al successivo riesame della direzione

Standardizzare:

- Documentare i risultati
- Adottare quanto eventualmente deciso modificando la documentazione

Questo schema operativo può essere ripetuto più volte sino al raggiungimento di quanto stabilito.

10.2 Non conformità e azioni correttive

Non conformità

Per non conformità si intende una qualsiasi difformità da quanto descritto nella documentazione di riferimento sul servizio erogato e sui processi del SGI della Cooperativa.



Nel momento in cui viene segnalata una non conformità e/o si registra un reclamo da parte del cliente, la Cooperativa reagisce tempestivamente per analizzarne le cause e adottare le adeguate azioni correttive.

Le non conformità e i reclami, rilevati da una qualunque funzione all'interno della Cooperativa o da parte dell'OdV, sono gestite da RSGI, e da chi ha rilevato la NC, attraverso l'utilizzo di uno specifico database elettronico ("**NC e Reclami**"), in cui vengono definite le attività necessarie per la risoluzione della NC, i tempi e le responsabilità di attuazione.

Reclami

Il reclamo, presentato dai clienti, è una forma di NC che viene gestito e registrato nello stesso modo in cui sono gestite le NC. I reclami possono essere espressi in forma verbale, scritta, telematica o telefonica, preferibilmente tramite il modulo "**Reclami segnalazioni suggerimenti**" disponibile sul sito aziendale e devono contenere generalità e reperibilità del proponente.

Per tutti i reclami, RSGI risponde sempre in forma scritta, con celerità e, comunque, non oltre quindici giorni.

Azioni correttive

Le azioni correttive sono uno dei metodi utilizzati per eliminare le cause di non conformità e/o reclamo segnalate/registrate (o di altre situazioni indesiderabili rilevate) e la loro necessità è individuata durante la periodica analisi dei dati che il Responsabile Sistema Gestione Integrato sottopone alla Direzione nel periodico riesame.

La necessità può essere individuata e documentata anche durante le attività di sorveglianza del cliente o dell'autorità ispettiva, durante l'esame delle informazioni documentate, durante la normale conduzione delle attività, durante gli audit interni e durante la conduzione delle attività da parte dell'Organismo di Vigilanza.

Richieste da parte del Cliente o dell'Autorità Ispettiva

Possono manifestarsi in sede di audit o di attività di sorveglianza: sono esaminate da RSGI per valutare il problema, identificare le cause che le hanno generate e definire le adeguate azioni da adottare.

Richieste da parte dell'Organismo di Vigilanza

La necessità di adottare azioni correttive può essere determinata da situazioni non conformi ripetitive o da tendenze negative riscontrate dall'Organismo di Vigilanza durante i propri controlli interni.

Il RSGI emette un'azione correttiva quando si riscontrano:

- Problemi di qualità sostanziali o situazioni al di fuori delle richieste contrattuali
- Situazioni non conformi ripetitive o tendenze negative
- Riscontri oggettivi tali da far ritenere indispensabile l'emissione di un'azione correttiva (per esempio durante l'esecuzione degli audit interni)

La situazione è analizzata con la Direzione affinché possano essere adottate le iniziative adeguate in relazione a quanto riscontrato e alla situazione operativa. In questa sede sono anche stabilite le date di attuazione di ognuna delle azioni identificate. Tutte le richieste sono gestite dal RSGI che ha anche il compito di coordinarne l'attuazione verificandone successivamente l'applicazione e l'efficacia utilizzando lo strumento degli audit interni (quando necessario), sul cui rapporto deve esserci evidenza oggettiva dello stato e dell'esito delle azioni adottate.

10.3 Miglioramento continuo

La Cooperativa si pone come obiettivo il miglioramento continuo dell'efficacia del proprio sistema di gestione dichiarando tale intento nella politica aziendale per la qualità e negli obiettivi del processo.

Per far ciò utilizza (oltre alla politica e agli obiettivi per la qualità):

- I risultati degli audit interni/esterni
- L'analisi dei dati
- Le azioni correttive
- I riesami di Direzione
- L'aggiornamento del documento di analisi dei rischi e del contesto dell'Organizzazione
- L'aggiornamento del Modello Organizzativo 231/01
- Il Codice Etico
- L'aggiornamento del Regolamento Disciplinare